

**19 Noviembre
Día Mundial**

**para la Prevención del Abuso
contra los Niños**



Marcelo Javier de los Reyes – Irma Passarelli (compiladores)

CEID

Centro de Estudios Internacionales para el Desarrollo

**Marcelo Javier de los Reyes – Irma Passarelli
(compiladores)**

**19 Noviembre
Día Mundial
para la Prevención del
Abuso
contra los Niños**

**CEID
Centro de Estudios Internacionales para el Desarrollo**

Marcelo Javier de los Reyes – Irma Passarelli (compiladores)
19 Noviembre. Día Mundial para la Prevención del Abuso
contra los Niños
Edición electrónica
Centro de Estudios Internacionales para el Desarrollo - CEID
Buenos Aires , Argentina

Centro de Estudios Internacionales para el Desarrollo - CEID

Av. Juan Bautista Alberdi 6043 Piso 8°
1440 – Ciudad Autónoma de Buenos Aires
República Argentina

Teléfono 0054 - 011-3535-5920

admin@ceid.edu.ar

www.ceid.edu.ar

Todos los derechos reservados. Hecho el depósito que marca la Ley N° 11.723.

La responsabilidad por las opiniones expresadas en las colaboraciones son de pertenencia exclusiva de los autores y no reflejan necesariamente el pensamiento de la Comisión Directiva del Centro de Estudios Internacionales para el Desarrollo.

Se autoriza su reproducción citando la fuente.

ÍNDICE

Prólogo del Dr. Alberto Grieco	4
I. Introducción	7
II. La Ley y el Día	
Defensa contra el maltrato y el abuso infantil en la argentina. ¿Una ley no reglamentada?	9
<i>Irma Passarelli</i>	
El resguardo de los niños está en déficit	15
<i>Marcelo Javier de los Reyes</i>	
III. Historias de vida	
Un día de “servicio” muy especial	24
<i>Matías</i>	
Maltratado sólo por ser diferente	25
<i>Laura Liliana Desimone</i>	
Recuerdos de la infancia para no recordar	27
<i>María Maringolo</i>	
IV. La visión desde la Medicina	
Breve reseña del maltrato infantil	29
<i>Soledad Monge Galiano y Patricio Ráttagan</i>	
Aspectos clínicos y legales del abuso infantil (Primera parte)	34
<i>Claudio Adelfang, Verónica Anastasio, Silvia González, Alicia Lasausa, Cecilia Scliar, Luis Stabilito</i>	
Aspectos clínicos y legales del abuso infantil (Segunda parte)	60
<i>Claudio Adelfang, Verónica Anastasio, Silvia González, Alicia Lasausa, Cecilia Scliar, Luis Stabilito</i>	
Síndrome de Munchausen Por Poderes	88
<i>Javier Indart</i>	
Rol del odontólogo ante el maltrato infantil	92
<i>M. Conde, M. Fernández, V. Martins, C. Morón</i>	
El trabajo infantil: otra forma de maltrato	101
<i>Adrián Marcelo Cutri</i>	
Abuso sexual infantil	106
<i>Nora Liliana Nigro</i>	

PRÓLOGO

El primer lugar quiero felicitar a los organizadores del CEID, (Centro de Estudios Internacionales para el Desarrollo) por la brillante idea de construir una herramienta de conocimiento que permita a los profesionales conocer en profundidad este tema y además agradecer por el reconocimiento que me han dispensado en prologar este libro, eso tiene que ver con una trayectoria compartida, no siempre conocida, en el mejoramiento de la salud de los niños y sus familias.

Estoy seguro que esta será una obra de consulta para los interesados en los temas que plantea y que tiene la intención de actualizarse permanentemente

Hoy el aspecto que conmociona mas a la sociedad es la violencia que se ejerce, social o privadamente contra los niños y los comportamientos violentos entre ellos.

Además la infancia por ser una etapa de extrema fragilidad es blanco de los impactos culturales como son las crisis de paradigmas, utilitarismo, individualismo, desencanto, como los de orden económico, desempleo, subempleo, el temor a perderlo todo, además del orden social como la violencia juvenil, la criminalización y las drogadicciones.

Hay distintas formas de violencia que han sido bien tratadas en este libro fruto del trabajo de profesionales que están consustanciados con dicha problemática: El trabajo infantil: "otra forma de maltrato" del Dr. Adrián Marcelo Cutri, médico pediatra del Hospital de Niños Doctor Pedro de Elizalde, quien hace un recorrido histórico desde donde proviene esta forma de explotación infantil y las causas basadas en la supervivencia. Diferencia los trabajos dentro de la casa y los afuera de ella y como él refiere que antiguamente si las condiciones no eran penosas podían ser fuentes de aprendizaje, y va marcando un derrotero hasta los trabajos infantiles de hoy, verdaderas formas de explotación. El afirma que en nuestro país la explotación de los menores tiene como causa la pobreza pero no es la única como bien dice sino "También influyen la desocupación adulta, el trabajo en negro, la demanda de prostitución o pornografía infantil, y factores culturales que tienden a naturalizarlo". Mas adelante aclara que los mas explotados en nuestro país suelen ser los más vulnerables, como las niñas, los huérfanos, los menores provenientes de minorías étnicas y los niños de la calle, quienes también constituyen la mayor parte de la población infantil que no recibe educación escolar y están expuestos en la calle a robar, drogarse, asaltar, etc.

Los Doctores M. Conde, Marcelo Fernández, V Martins, C Morón, tambien del Hospital de Pediatría, "Dr. Pedro de Elzalde", nos orientan con su interesante trabajo: "Rol del Odontólogo ante el Maltrato Infantil", luego de

hacer una reseña sobre la terminología usada, de la importancia de la observación por el odontólogo en la consulta para detectar los hechos de violencia ya que como bien ellos dicen “Los estudios demuestran que más de la mitad de los casos de maltrato físico se producen en cabeza y cuello” y añaden “La cavidad oral puede ser el foco central de abuso físico por su significación con la comunicación y la nutrición”, y concluyen: “También podemos encontrar ataque sexual con presencia de signos en la región bucofacial. Debido a esto, los odontólogos tienen una posición muy favorable para la detección del maltrato infantil”. También refieren como hacer el diagnóstico a través de la: historia clínica, el examen extra-oral, el examen intra-oral y pruebas complementarias.

Realizan un detallado muestreo de las lesiones más comunes observadas y concluyen

“Se sabe que el maltrato es una de las problemáticas más serias y complejas de nuestra sociedad, también una de las más desconocidas, menos denunciadas y poco tenidas en cuenta debido a que se desconoce su magnitud y repercusión”.

La Doctora Nora Liliana Nigro, médica pediatra, endocrinóloga infantil y médica legista expone sobre el abuso sexual infantil y lo que primero que resalta es que “La ausencia de signos físicos no descarta la existencia de abuso sexual” y nos alerta sobre las distintas lesiones que pueden presentar los niños por el abuso. Realiza una interesante síntesis de las patologías más frecuentes dermatológicas, ginecológicas y se ajusta a la clasificación de Adams sobre “hallazgos físicos y de laboratorio”, de ASI año 2003.

Dice: “La detección de un caso de violencia por parte del médico, o de cualquier integrante del equipo de salud, o de la institución educativa, es a veces, la única posibilidad que se le presenta a un niño que la está padeciendo de poder ser rescatado”.

Este importante planteo nos hace reflexionar sobre las soluciones que no son fáciles de implementar pero que deben adoptarse sin pérdida de tiempo porque esta problemática no está quieta sino que se mueve a una velocidad vertiginosa

Habíamos planteado ya hace algunos años con la Psicóloga Mirta Videla que deberían concretarse soluciones que puedan ser eficaces porque hecha la detección y diagnóstico de cualquier tipo de violencia y/o abuso, se entra en un manto de oscuridad. Las soluciones deben plantearse desde leyes adecuadas, oficinas legales de asesoramiento, aumento de servicios médicos, sociales, y legales especializados, eliminación de la violencia de los medios de comunicación y diferentes formas de discriminación, capacitación permanente del personal de salud, de seguridad, y de educación, formación de técnicas de mediación para la resolución de los conflictos familiares y comunitarios, creación de grupos de autoayuda y por último construcción de casas de refugio como hogares provisorios, verdaderamente una política sanitaria estructural.

Quiero destacar antes de terminar la personalidad de la Dra. Irma Passarelli con quien me une una amistad no sólo de carácter profesional sino

ideológico, que con su humildad, su templanza, su perseverancia, su humanismo y su capacidad, han hecho ya una referente en la pediatría. Ahora abocada a la compilación de este libro que junto al Licenciado Marcelo Javier de los Reyes y los distintos profesionales que los acompañan con sus excelentes trabajos de interesante lectura completan esta obra de gran utilidad.

Dr. Alberto Grieco
Neonatólogo y Pediatra
Jefe de Pediatría
Hospital Municipal Materno-Infantil de Tigre
"Dr. Florencio Escardó"

I. INTRODUCCIÓN

Participar en la prevención contra el maltrato y el abuso infantil implica un importante desafío por la amplitud del tema, aunque debería ser una actitud fundamental para cada uno de nosotros en la sociedad en la que nos toca vivir.

Este proyecto de participación surge luego de haber observado desde el CEID, que no se conmemora en la República Argentina el día dedicado a la Prevención del Abuso contra los Niños.

¿Qué es el CEID?

Es una institución sin fines de lucro (Centro de Estudios Internacionales para el Desarrollo) que, además de poner sus esfuerzo en las cuestiones inherentes a las relaciones internacionales, está atenta a las inequidades sociales y busca permanentemente realizar aportes que permitan contribuir a su reducción.

Como viene reflejando desde su creación, el CEID siempre trató de mostrar un especial interés por estas problemáticas difundir las necesidades y apremios que aquejan a buena parte de la sociedad.

En función de esa permanente inquietud, los miembros del Centro se preguntaron ¿Qué puede hacer el CEID por la niñez? Estamos convencidos que los niños deben ocupar un lugar de privilegio dentro de la sociedad, la que debe velar por su salud y su educación ya que constituyen su proyección en los tiempos venideros: los niños son el futuro de una sociedad.

Juzgamos que aún hoy falta mucho por hacer por los niños y los jóvenes. La exclusión, el trabajo forzado, la explotación sexual y la desidia generalizada por parte de numerosos integrantes de la sociedad, hacen que este pilar se vea cada vez más debilitado y con un futuro más que incierto.

Creemos que tal vez el esfuerzo de unos pocos aunado, al de muchos, puede realmente iniciar un cambio de conciencia en esta “sociedad de adultos”. Por lo pronto, debemos romper el silencio para que la cuestión del maltrato y del abuso infantil sea asumido por la sociedad como una deuda que tiene con los niños.

Los políticos, los médicos, los docentes y cada uno de nosotros desde el lugar que ocupa en la comunidad debe trabajar para erradicar este flagelo –que no se limita solamente al ámbito sexual, sino al trabajo infantil, a las situaciones de conflictos armados y a la explotación de todo tipo– y poner en marcha un cambio que no debe ser una opción sino una obligación de todos nosotros.

Consideramos que con la conmemoración del Día Nacional para la Prevención del Abuso contra los Niños se hará una gran contribución a favor de que, cada vez, más ciudadanos se unan a esta causa a la vez que apoyaremos a fortalecer los pilares de nuestra sociedad de cara al futuro.

Se puede hablar de lo que significa el maltrato o el abuso y de sus consecuencias, pero debemos ser conscientes que lo que más se precisa es **actuar** a favor de la prevención.

El tema plantea interrogantes acerca de los avatares sufridos por la niñez a lo largo de la historia y precisa de una respuesta acerca de qué manera se podría participar para proteger a la infancia.

Con el propósito de despejar esos interrogantes, se presentan distintos trabajos, desde diferentes ópticas, con el fin de recordar el significado que, en la sociedad actual, adquiere trabajar en la defensa por la infancia.

EL EQUIPO DEL CEID

II. LA LEY Y EL DÍA

DEFENSA CONTRA EL MALTRATO Y EL ABUSO INFANTIL EN LA ARGENTINA. ¿UNA LEY NO REGLAMENTADA?

*Irma Passarelli**

Introducción

Por la **ley 26.316**, sancionada el 13 de diciembre de 2007 según consta en el Boletín Oficial de esa fecha y por las averiguaciones realizadas se crearía **aún no reglamentada**, se conmemora en la República Argentina el día de la Prevención del Abuso y Maltrato Infantil¹.

A esa ley la precedió la ley de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires N° 617, publicada en Boletín Oficial de la Ciudad de Buenos Aires el 3 de septiembre de 2001, como Día de la Prevención del Maltrato Infante Juvenil².

La Legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires sancionó con fuerza de ley al 27 de septiembre como el día de la Prevención del Maltrato Infante Juvenil³.

El 10 de diciembre de 2008, en el Boletín Oficial de la Ciudad de Buenos Aires N° 3074, con el N° 2916, se dio fuerza de ley al 19 de noviembre como el Día para la Prevención del Abuso contra Niños, Niñas y Adolescentes⁴.

Lo expuesto anteriormente demuestra que en distintas oportunidades hubo interés porque existiera una ley para defender a los niños contra el maltrato y el abuso, pero todavía no existe la decisión política de reglamentarla.

Tal vez el hecho de que el 20 de noviembre sea el Día Mundial por los Derechos del Niño, hace que el día anterior se vea opacado, sintetizando 19 y 20 de noviembre en una sola conmemoración.

* Médica Pediatra. Hospital General de Niños Doctor Pedro de Elizalde.

¹ Ciudad y derechos, <<http://www.ciudadyderechos.org.ar>>.

² *Ídem.*

³ *Ídem.*

⁴ *Ídem.*

Aspectos históricos

Los niños, fueron protagonistas de distintas situaciones: hubo quienes desearon destruirlos y hubo quienes los amaron y los protegieron.

La historia se remonta aún antes de la era Cristiana, cuando los hijos vivían como si fueran propiedad privada de los padres y de la sociedad, de tal manera que los progenitores tenían derechos sobre la vida y la muerte de sus hijos y hasta determinaban que fueran libres o esclavos, sin importar el sexo ni la clase social a la que pertenecieran.

En el siglo IV antes de Cristo aparecieron las primeras reglamentaciones para proteger a los niños pero luego de mucho tiempo, en el 374, luego que el Imperio Romano adoptara el cristianismo como religión oficial, se conoció la primera ley contra el infanticidio⁵.

El infanticidio se practicaba como ofrenda a los dioses, o para deshacerse de niños no deseados por diferentes causas.

Con respecto al abuso sexual, en la antigua Grecia lo padecían niños y adolescentes de ambos sexos.

Con la Revolución Industrial aumentó la explotación laboral de los niños a quienes se sometía a trabajos de adultos, en condiciones de hacinamiento, sin contemplar el tiempo de descanso y ni que hablar de tener un salario.

El abandono también fue y sigue siendo una forma de maltrato.

En nuestro medio, sería injusto no mencionar a Benito Quinquela Martín, uno de los más grandes artistas argentinos, quien fue depositado en el torno que giraba en la puerta de la Casa Cuna, hoy Hospital de Niños, y allí amamantado y criado como se hacía con los demás niños⁶.

Desde el punto de vista de la educación, y hasta hace pocas décadas, el uso de castigos como método de corrección era algo muy común en los colegios.

El síndrome del maltrato fue descrito en Francia en 1868, por el doctor Ambroise Tardieu, quien se basó para el descubrimiento en la autopsia de niños quemados y golpeados⁷.

En 1946, John Caffey en los Estados Unidos de América, publicó el trabajo "Fracturas múltiples en los huesos en niños que sufren hematomas crónicos subdurales". Con ese trabajo demostró que los niños muy pequeños sacudidos fuertemente o golpeados contra superficies blandas, pueden no

⁵ Sotomayor Tribin, Hugo A. "Una reflexión histórico-antropológica sobre el maltrato infantil". En: *Revista Colombiana de Pediatría*. <<http://www.encolombia.com/medicina/pediatria/38303>>.

⁶ "Casa Cuna. ¿Una institución virreinal en el siglo XXI?" En: *Infinita Buenos Ayres*, 25/08/09, <<http://turismoenba.wordpress.com/2009/08/25/una-institucion-virreinal-en-el-siglo-xxi/>>, [consulta: 10/10/2009].

⁷ Gentile Ramos, Irma. "Violencia, maltrato, exclusión. ¿Dónde estamos?". En: *Archivos de Pediatría del Uruguay*, vol. 72 N° 1, Montevideo, marzo 2001.

presentar hematomas externos pero la fractura de uno o varios huesos, da la pauta de un cuadro de maltrato físico⁸.

El Dr. Henry Kempe y sus colegas de la Escuela de Medicina de la Universidad de Colorado, en 1962, definieron por primera vez al abuso infantil como “una condición clínicamente observable” y reconocieron que “es una amenaza a la vida de los niños”. Lo llamaron el Síndrome del Niño Apaleado (*battered child syndrome*) y lo definieron como “una grave injuria física al niño, cometida en forma no accidental”⁹. Actualmente esa injuria se conoce con el nombre de Abuso Infantil, que abarca no sólo al maltrato físico, sino que también se extiende al maltrato sexual y emocional.

Aspectos actuales

Las situaciones de abuso infantil y de maltrato que hasta hace poco se silenciaban, se han hecho trágicamente evidentes en los últimos tiempos. Diariamente se conoce que niños y niñas de todas las clases sociales son abusados y maltratados emocionalmente, físicamente y/o sexualmente dentro del seno de la familia o fuera de ella.

La magnitud de este problema se refleja en la cantidad de casos que llegan a los hospitales o distintos centros de salud y las denuncias ante la justicia. Lamentablemente no todos los casos se conocen, permaneciendo una gran mayoría en el anonimato.

Se puede definir tanto al abuso como al maltrato infantil como todo daño producido a un niño, en forma no accidental, por una persona de mayor edad, más fuerte o autoritaria, conocida o no por el niño.

Tanto el abuso infantil como el maltrato, producen trastornos físicos y/o mentales e impiden el desarrollo normal para un adecuado desenvolvimiento en el resto de la vida.

El abuso infantil es siempre un hecho traumático y provoca mayores o menores perturbaciones del desarrollo psicofísico del niño, muchas de las cuales se hacen evidentes recién en la edad adulta¹⁰.

Las manifestaciones desde el punto de vista psicológico, pueden ser: trastornos del aprendizaje, de la conducta, de la sexualidad.

Si se lo considera desde el punto de vista social, se puede hablar de deserción y fracaso escolar, delincuencia y prostitución.

⁸ Onostre Guerra, Raúl D. y Sandóval Morón, Oscar. “Síndrome de Pits o Síndrome del bebé sacudido. A propósito de un caso”. En: *Organización Panamericana de la Salud* (Bolivia), <<http://www.ops.org.bo/textocompleto/rnsbp96350106.pdf>>, [consulta: 15/10/2009].

⁹ Sierra Rodríguez, Pedro Alberto. “El médico no puede ver al niño sólo desde el punto de vista orgánico, para no omitir el diagnóstico del síndrome del niño maltratado”. En: *Revista de Pediatría*, <http://www.encolombia.com/pediatria_el_medico.htm>, [consulta: 15/10/2009].

¹⁰ Diner, Mónica. *Abuso Infantil. Manual de Prevención y Detección*. Buenos Aires, 1999.

Lo que se le hace a los niños se le hace también a la sociedad.

La detección y el tratamiento del abuso infantil están sustentados por leyes y reglamentaciones, como por ejemplo la Convención de los Derechos del Niño. Esta Convención adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en Nueva York en 1989, forma parte de nuestra Constitución Nacional desde 1994 y certifica que los niños son sujetos de derecho, aunque esto no esté presente en la conciencia colectiva, que obra como si los niños menores de edad fuesen sólo objeto de los deseos de los adultos. A los efectos de esta convención se considera niño al menor de 18 años.

El niño goza, entre otros, de los siguientes derechos:

1. Derecho a una protección especial para su desarrollo físico, mental y social.
2. Derecho a comprensión y amor por parte de los padres y la sociedad.
3. Derecho a una alimentación, vivienda y atención médica adecuada para el niño y la madre.
4. Derecho a recibir educación gratuita y a disfrutar del juego y el descanso.
5. Derecho a ser protegido contra el abandono, la explotación en el trabajo y el abuso sexual, físico o mental.
6. Derecho a la libertad de expresión; buscar, recibir y difundir ideas.
7. Derecho a obtener información para promover su bienestar.
8. Derecho a expresar su opinión en los asuntos que lo afecten (de acuerdo a su edad y madurez)¹¹.

Aspectos legales

Hasta comienzos del siglo XX poco fue lo que se hizo desde el punto de vista legal para tratar un problema mundial como es el maltrato infantil, hasta que la Primera Declaración de Principios de Ginebra de 1924, exigió colocar a los niños en primer lugar por encima de cualquier consideración. Le siguieron la Declaración de Derechos Humanos de 1948 y la Declaración de los Derechos del Niño de 1959.

Recién en 1989 se aprobó el primer instrumento legal a nivel internacional: "La convención de los Derechos del Niño", quedando reconocido universalmente todo niño como sujeto de derecho.

En esta declaración se asegura al niño derecho de libertad de pensamiento, conciencia y religión y en su artículo 19 se dispone que las

¹¹ "Derechos del Niño N° 9". En: *EducaRed*, <<http://www.educared.edu.pe/estudiantes/derechos/der9.htm>>, [consulta; 15/10/2009].

naciones firmantes adopten medidas administrativas, legislativas, sociales y educativas para proteger al niño de toda forma de maltrato de que pudiera ser objeto por parte de sus padres, tutores o cuidadores.

En nuestro país existen distintas leyes cuyo objetivo es la defensa contra el maltrato y el abuso infantil¹².

Por citar algunas:

Ley del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires 1.688

Su objetivo es la prevención de la violencia familiar y doméstica a través de:

- Incorporación a la enseñanza educativa.
- Supervisión de los contenidos.
- Campañas de difusión.
- Formación de agentes sociales.
- Coordinación con instituciones.

Ley 24.417

La Ley 24.417 de Protección contra la Violencia Familiar es civil, no penal, y ayuda al niño y a la familia con medidas protectoras.

Si bien es una Ley Nacional, no ha sido aún adoptada por todas las provincias.

Rige en Capital Federal y en las provincias del Chaco, Corrientes y Chubut.

Según la Ley 24.417 es obligatoria la denuncia de los hechos de abuso infantil por parte de los servicios asistenciales, sociales o educativos, públicos o privados, los profesionales de la salud y todo funcionario público, dentro de las 72 hs. (aunque puede prolongarse si el caso ya está en tratamiento).

Para hacer la denuncia basta una simple sospecha.

Conclusiones

Es imperiosa la necesidad de **reglamentar** la **ley 26.316** de Prevención contra el Maltrato y el Abuso Infantil, con el propósito de difundirla, hacer que toda la ciudadanía tome conciencia de lo que significan ambos flagelos y pueda ejercer la defensa a la que se viene aludiendo.

¹² Adelfang C, Anastasio V, González S, Lasausa A, Scliar C, Stabilito, L. "Aspectos clínicos y legales del abuso infantil". En: *Revista del Hospital de Niños Dr. Pedro de Elizalde*, vol.19 N° 1, Buenos Aires, 2009.

La prevención del abuso infantil debe ser una preocupación de la comunidad. Por lo tanto, se debe plantear con celeridad la prevención primaria, es decir, aquella que ataca a la “enfermedad” antes de que aparezca.

Además de desarrollar y coordinar recursos para los niños y las familias que necesitan ayuda –contando con leyes que permitan intervenir y con centros a donde recurrir- se debe encarar el problema antes de que ocurra.

Reaccionar después es muy costoso, tanto en términos de sufrimiento humano como de dinero.

Por lo expuesto, es urgente la realización de un Programa de Defensa contra el Maltrato y el Abuso Infantil, el cual tendría que estar avalado por una ley, en el caso de nuestro país, la **reglamentación de la 26.316**.

Esta tarea preventiva con un Programa de Defensa puede realizarse principalmente en dos ámbitos: el familiar y el institucional.

Es fundamental enseñar a los padres métodos adecuados de crianza y educación que ayuden al desarrollo de la autoestima en los niños. Además de la familia, juegan también un rol muy importante la escuela y otras instituciones relacionadas con la niñez. Para eso se debe empezar por luchar contra el muro de silencio que rodean al abuso y al maltrato infantil.

A medida que la comunidad conozca la existencia del abuso y del maltrato infantil y de sus graves consecuencias como un fenómeno mucho más extendido y dañino de lo que se suponía, mayor será la posibilidad de prevenirlos y detectarlos, permitiendo a la vez el mejor desarrollo de los niños y de la sociedad.

EL RESGUARDO DE LOS NIÑOS ESTÁ EN DÉFICIT

*Marcelo Javier de los Reyes**

El día 20 de noviembre se conmemora la Convención sobre los Derechos del Niño y desde hace unos años algunas instituciones –como el *Centro de Estudios Internacionales para el Desarrollo*, (CEID)– participan de una coalición internacional liderada por el *Foro Cumbre Mundial de la Mujer* (WWWF, por su sigla en inglés) con sede en Ginebra, Suiza, para conmemorar el 19 de noviembre como el *Día Mundial para la Prevención del Abuso contra los Niños*¹³.

Celebrar un día internacional tiene por intención que la comunidad internacional ponga la mirada en un determinado tema, pero ¿sólo por ese día? En verdad, no tendría sentido que hechos tan desagradables como el abuso y el maltrato infantil sean tenidos presentes un sólo día, dejando la libertad de que durante el resto del año se pudiese caer en todo tipo de transgresiones. Sin embargo, la realidad parece ser esa mientras que los diversos gobiernos suelen hacer –desde hace décadas– grandilocuentes declamaciones en favor de los derechos del niño, de la necesidad de acabar con el hambre –el cual afecta a un alto porcentaje de los niños de este planeta, dejando en ellos secuelas que los acompañarán durante el resto de sus vidas–, de eliminar las inequidades y toda suerte de buenos deseos que siempre terminan en eso: expresiones de deseo.

El abuso y el maltrato infantil es multifacético. Se presenta a través de: la pobreza, el daño físico, el maltrato psicológico, asesinatos rituales, el uso de niños en la guerra, la ablación, la explotación sexual, el comercio de niños, el trabajo infantil, la no asistencia a la escuela, el tráfico de órganos, el síndrome de Münchhausen y otras numerosas situaciones. No pueden omitirse los conflictos armados y el terrorismo, los cuales causan la muerte de numerosos niños.

Con respecto a los conflictos armados, pueden mencionarse los casos de Iraq, Afganistán, Paquistán y Palestina, países en los que se han llevado a cabo bombardeos sobre las poblaciones civiles. En América del Sur, el conflicto en Colombia se cobra la vida de numerosos niños, muchos de los cuales son utilizados también como combatientes. Se estima que uno de cada cuatro

* Licenciado en Historia graduado en la Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad de Buenos Aires, UBA. Presidente del Centro de Estudios Internacionales para el Desarrollo, CEID.

¹³ En 2009 la Coalición Internacional ha sido integrada por 786 organizaciones de 127 países.

combatientes es menor de 18 años¹⁴ y, por si fuera poco, a ello se agrega que son sometidos a violencia sexual, agotamiento físico, enfermedades y torturas. El número de niños reclutados se incrementa mientras desciende su edad: el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), informa que la edad media de los reclutados pasó de 13,8 años, en 2002, a 12,8 años, en 2006¹⁵. Según un informe de UNICEF, el número de menores de 18 años involucrados de alguna manera en más de 30 conflictos armados en todo el mundo alcanzan los 300.000.

El accionar terrorista llevado a cabo en forma indiscriminada también ha causado víctimas entre los niños. Un caso emblemático ha sido el de la masacre de Beslán, en la república rusa de Osetia del Norte –en el Cáucaso–, cuando el 1º de septiembre de 2004 terroristas islámicos chechenos ocuparon la Escuela n° 1 y tomaron como rehenes a más de 1.200 personas, la mayoría niños. Tras más de cincuenta horas y de la explosión de algunos artefactos instalados por los terroristas, intervinieron las tropas rusas. El saldo fue de 331 muertos, de los cuales 176 fueron niños, 500 niños heridos y 26 quedaron huérfanos.

Con respecto de la pobreza no puede señalarse que exista una relación directa entre ésta y el abuso o maltrato, si bien cabe determinar que cuando las políticas públicas y la corrupción fomentan el empobrecimiento de las familias existe una responsabilidad del Estado en el deterioro de la calidad de vida de los niños.

América Latina

En Iberoamérica –que forma parte de esa América Latina que se caracteriza por concentrar las mayores desigualdades entre su población– el 60% de los niños de entre 0 y 12 años son pobres. Se estima unos 400.000 niños y niñas menores de 5 años mueren anualmente por causas evitables. Por otro lado, unos 20 millones menores de 15 años trabajan. La pobreza, entonces, afecta a los niños ya que no concurren a la escuela o la abandonan –tanto por carecer de medios como por tener la obligación de trabajar para colaborar con el sustento familiar– y, en general no son sometidos a un control de salud periódico. Esta relación "pobreza-necesidad de trabajar" nos lleva a una cifra escalofriante que nos proporciona UNICEF: unos 123 millones de niños y niñas en el mundo no acudirán a la escuela este año y "probablemente nunca verán un aula por dentro".

El director de ese organismo internacional en América Latina y el Caribe, Bernt Aasen, informó que la pobreza infantil en América Latina se observa mayoritariamente en las poblaciones indígenas y en las zonas rurales, en donde

¹⁴ El número oscila entre 8.000 y 11.000 niños, según las fuentes.

¹⁵ "Colombia. Conflicto armado interno amenaza derechos de niños/as y adolescentes". En: *Adital*, 11/11/2009, <<http://www.adital.com.br/site/noticia.asp?lang=ES&cod=42825>>, [consulta: 12/11/2009].

un 80% de los menores de edad viven en estas condiciones¹⁶. Esta crítica situación lleva a la deserción escolar y a la marginación y, como bien, agrega UNICEF “la única forma de escapar al flagelo de la pobreza que sufren los niños latinoamericanos es tener acceso a la educación”. Entre los países que despiertan mayor preocupación están Haití –el país más pobre de América– Guatemala, Honduras, Nicaragua y Panamá¹⁷. El caso de Honduras se ha tornado más preocupante a partir del golpe de Estado.

En muchos de los países de la región, un porcentaje elevado de la población infantil se encuentra aislada del desarrollo y carece de los servicios básicos de sanidad, escolaridad y asistencia social, principalmente entre los sectores indígenas y rurales.

Aasen subrayó que a 20 años de la suscripción de la Convención Sobre los Derechos del Niño, hay avances, pero continúa la violencia y las agresiones sexuales contra la niñez¹⁸.

Argentina no está exenta de estas situaciones de abuso. Un testimonio desgarrador acerca de las niñas “arrancadas con falsas promesas de sus humildes hogares y obligadas a ejercer la prostitución” es la denuncia que realizó el obispo de Gualeguaychú –Provincia de Entre Ríos–, Monseñor Jorge Eduardo Lozano, en un artículo titulado *Un peluche en el prostíbulo*, el cual puede ser encontrado en Internet¹⁹. El relato se refiere a situaciones que se producen en cualquier otro país, algunos tan lejanos de Argentina como los asiáticos. Sin embargo, para quienes recorremos las rutas argentinas estas cosas están a la mano. ¿Quién no ha visto al costado de las mismas los carteles de “wiskería” o “cabaret”? Si, a pocos metros de las banquinas de las rutas, esos locales pueden estar encerrando a niñas obligadas –y también niños, si varones– a ejercer la prostitución. Allí son sometidos a todo tipo de vejaciones e incluso introducidos en la adicción a las drogas. Sin duda, su funcionamiento obedece a la “omisión” de una larga cadena de autoridades, comunales, provinciales y nacionales.

Monseñor Lozano menciona que en 2008 “fueron rescatadas de las redes dedicadas a la trata de personas 257 mujeres, de las cuales casi 80 eran adolescentes.”

La situación no es diferente en Brasil, en donde la policía federal de carreteras, en asociación con la Organización Internacional del Trabajo (OIT), elaboró un mapa en el que identificó al menos 1.819 locales en todo el país en

¹⁶ Juan Limachi (XINHUA). „Día Universal del Niño: El rostro de la pobreza infantil en Latinoamérica“. En: *Argenpress*, 09/11/2009, <<http://www.argenpress.info/2009/11/dia-universal-del-nino-el-rostro-de-la.html>>, [consulta: 12/11/2009].

¹⁷ *Ídem*.

¹⁸ *Ídem*.

¹⁹ Monseñor Jorge Eduardo Lozano. “Un peluche en el prostíbulo”. En: *Revista La Nación*, 09/08/2009.

los que menores de edad ofrecen servicios sexuales a camioneros²⁰. El informe señala que en algunos locales las menores se prostituyen a cambio de apenas 2 reales (unos US\$ 1,1) para poder comprar "crack". La policía consideró como puntos vulnerables de prostitución infantil todos las estaciones de servicio, bares, restaurantes y locales nocturnos a los costados de las carreteras en los que ya han sido sorprendidos menores de edad ofreciendo servicios sexuales. Los estados con mayor número de puntos vulnerables fueron Minas Gerais –sudeste de Brasil–, con 290 locales, y Río Grande do Sul, con 217, en el sur del país y fronterizo con Argentina y Uruguay²¹.

Uno de los países de América Latina que más preocupa, en términos de prostitución infantil, es México. Los hechos ocurren en la capital del país, México DF, en donde, según el coordinador de Brigada Callejera de Apoyo a la Mujer Elisa Martínez AC, Jaime Montejo, en estos precisos momentos, "alrededor de 300 niñas menores de edad, traídas con engaños y robadas de los estados de Oaxaca, Puebla y Tlaxcala estarían siendo prostituidas en diferentes puntos de la capital del país; de seis de la tarde a seis de la mañana, ese número se dobla". Según la denuncia, esto ocurre con la complicidad de las autoridades²².

Sin embargo, al igual que en otros países, estos hechos se llevan a cabo por sobre todo en el interior, alejado de las grandes capitales y mantenidos al margen de la opinión pública. A modo de ejemplo puede mencionarse que El Parian, en San Pedro Tlaquepaque y Jalisco, son lugares en donde se obtienen beneficios a través del turismo sexual. Allí concurren ciudadanos de Estados Unidos y de Canadá para saciar sus apetencias sexuales con menores indígenas. La gente del lugar cuenta que esas niñas tienen bebés de piel clara.

Del mismo modo, cabe mencionar que la explotación sexual comercial infantil y el abuso sexual –además del maltrato infantil o violencia doméstica– constituyen problemas sociales compartidos tanto en Tijuana (México) como en San Diego (Estados Unidos). De acuerdo con cifras de Naciones Unidas, "Tijuana ocupa uno de los primeros lugares de explotación sexual infantil, sin embargo el problema no lo aceptan las autoridades", según manifestó a la prensa la presidenta del Colegio de Trabajadores Sociales del Estado, Edith Pérez Velásquez²³.

Un número infinito de noticias se refieren a esta problemática y ponen en evidencia que la situación en la región se agrava.

²⁰ "Elaboran mapa con 1.819 locales prostitución infantil en carreteras de Brasil". En: *ADN.es*, 03/11/2009, <<http://www.adn.es/internacional/20091103/NWS-1161-Elaboran-Brasil-prostitucion-carreteras-infantil.html>>, [consulta: 10/11/2009].

²¹ *Ídem*.

²² Francisco Mejía. "Solapan la prostitución infantil en DF". En: *Milenio*, 04/11/2009, <<http://www.milenio.com/node/315180>>, [consulta: 10/11/2009].

²³ Néstor Cruz. Baja California. "Comparten" maltrato infantil Región Tijuana-San Diego". En: *El Sol de Tijuana*, 25/10/2009, <<http://www.oem.com.mx/elsoldetijuana/notas/n1376377.htm>>, [consulta: 10/11/2009].

El abuso y el maltrato no sólo se produce en los países subdesarrollados

Cuando nos referimos al abuso y al maltrato infantil pareciera que, implícitamente, nos refiriésemos a que estas cuestiones sólo ocurren en los países pobres, en los que viven en la anarquía, en los que sufren graves problemas sociales, en los que los enfrentamientos tribales son parte de la vida cotidiana y todos aquellos que atraviesan cuestiones similares. Esta es sólo una parte de la realidad.

En 2003, según el informe *Las muertes por maltrato infantil en los países ricos* del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), se registraban 3.500 muertes anuales de niños en los 27 países más industrializados del mundo como consecuencia de abusos físicos²⁴. El informe determinaba que el maltrato infantil “es un fenómeno que tiene raíces culturales y sociales y que no guarda una relación directa con la pobreza” y los países en los que estos hechos eran más dramáticos eran –por entonces– los Estados Unidos, México y Portugal²⁵.

A los efectos de mostrar el estado de la problemática en los países desarrollados, tanto en términos de maltrato como de abuso, se citan algunos ejemplos.

En España, en la región de Castilla-La Mancha, el fiscal jefe José Martínez, ha informado en las Cortes regionales –en su comparecencia en la Comisión de Justicia y Protección Ciudadana– que los casos de pornografía infantil se duplicaron en la Comunidad Autónoma, igual que ocurrió a nivel del estado, pasando de 14 delitos en 2007 a 27 en 2008. Según el informe del fiscal el pasado año marca una línea de estabilidad en las modalidades de acoso sexual, prostitución y corrupción de menores y sin embargo, marca una línea de descenso en exhibicionismo, y una importante y preocupante subida en agresiones sexuales y violación²⁶.

En los Estados Unidos las cifras oficiales están causando alarma ya que cuatro niños por día mueren víctimas de malos tratos. Un informe realizado revela que el 59% de los encuestados conoce “personalmente” a algún niño que ha sido maltratado y que “hay mucha gente que no sabe cómo ayudar a estas víctimas”.

A fines de octubre de 2009 se llevó a cabo una acción de tres días en 36 ciudades y fue parte de una iniciativa que se realiza desde 2003 con el objetivo de combatir la prostitución infantil y el tráfico de niños en Estados Unidos. Como resultado del operativo 52 niños fueron liberados y 690 personas fueron detenidas, entre ellas 60 presuntos proxenetes, según informó el Buró Federal de Investigaciones (FBI) en Washington. Este es un caso entre tantos ya que la

²⁴ "La vida peligrosa de los niños". En: Deutsche Welle, 19/09/2003, <<http://www.dw-world.de/dw/article/0,,975136,00.html>>, [consulta: 20/08/09].

²⁵ *Ídem*.

²⁶ “Los casos de pornografía infantil se duplican en Castilla-La Mancha”. En: *Lanzadigital*, 22/10/2009, <http://www.lanzadigital.com/sociedad/los_casos_de_pornografia_infantil_se_duplican_en_castilla_la_mancha-6741.html>, [consulta: 25/10/2009].

prostitución infantil es considerada por las autoridades de ese país como un problema grave²⁷. Desde el comienzo de esta iniciativa se han rescatado unos 900 menores que fueron forzados a ejercer la prostitución.

En 2003 UNICEF había denunciado un alarmante grado de prostitución infantil en la zona fronteriza de Alemania y la República Checa. Según el organismo internacional, en esa frontera niños y jóvenes se ofrecían diariamente, a turistas en busca de sexo, en estaciones de servicio y, muchas veces, explotados por sus propios padres o hermanos, miembros de familias muy pobres. El “servicio” era ofrecido, en particular, a los “clientes” alemanes que procedían en su mayoría de los estados federados alemanes de Baviera y Sajonia (límites con la República Checa). Las víctimas pertenecían a familias numerosas y pobres de la región checa de Bohemia y de Eslovaquia²⁸. La zona fronteriza fue denominada como “el mayor burdel de Europa” por el psicólogo criminalista Adolf Gallwitz quien consideraba que “la República Checa se ha convertido en un país barato para sexo con niños” debido a la pobreza de la región, con poca infraestructura y un alto nivel de desempleo.

El su oportunidad el primer ministro checo, Vladimir Spidla, expresó que la valoración del informe “no corresponde a la realidad”, mientras que el Ministerio del Interior checo manifestó que las acusaciones por parte de UNICEF son “exageradas” y “dudosas”²⁹. Con esas expresiones las autoridades checas parecían desconocer que con la apertura a Occidente, luego de la disolución del bloque comunista, Bohemia –en el centro de Europa– devino en un centro del turismo del sexo, al que llegaban prostitutas de Bulgaria, Rumania y Ucrania³⁰.

Por su parte, entre 1995 y 1999 en Alemania se registraba la muerte de dos niños por semana debido a malos tratos³¹. Lejos de haber mejorado, en 2005 la situación había empeorado y se contabilizaban tres niños muertos por semana en Alemania³². En ese año se estimaba que de 50.000 a 200.000 niños alemanes eran sometidos a algún tipo de violencia física o de abandono por parte de sus padres, en un país que se encamina hacia el despoblamiento tanto por la baja tasa de natalidad como por la creciente tendencia de los alemanes a emigrar en busca mejores perspectivas laborales y de vida³³. Entre paréntesis puede agregarse que una situación más grave vive la Federación de Rusia que asiste a un decrecimiento de su población y en la que desde el gobierno se incentiva a los matrimonios a procrear.

²⁷ “Liberan a 52 niños en acción contra prostitución infantil en EU”. En: *La Jornada*, 26/10/2009, <<http://www.jornada.unam.mx/ultimas/2009/10/26/liberan-a-52-ninos-en-accion-contra-prostitucion-infantil-en-eu>>, [consulta: 30/10/2009].

²⁸ “El mayor burdel de Europa”. En: *Deutsche Welle*, 29/10/2003, <<http://www.dw-world.de/dw/article/0,,1016665,00.html>>, [consulta: 25/10/2009].

²⁹ *Ídem*.

³⁰ *Ídem*.

³¹ “Maltrato infantil en Alemania: la inocencia perdida”. En: *Deutsche Welle*, 17/12/2006, <<http://www.dw-world.de/dw/article/0,,2274987,00.html>>, [consulta: 31/12/2006].

³² *Ídem*.

³³ *Ídem*.

En Alemania, la crisis económica lleva a los recortes presupuestarios y de personal en las áreas sociales que debieran velar por la seguridad de los niños, lo que –precisamente por omisión– favorece que esos índices suban en lugar de revertirse.

Ese abandono por los niños se reflejó en un caso, entre tantos, de los que tomó conocimiento la opinión pública alemana. Leon de –diez meses– y su hermana Lena –dos años–, a quienes su madre de 20 años –agobiada por las deudas– dejó cuatro días solos en casa hasta que el personal de la Oficina del Menor concurre al domicilio a buscar a los pequeños, luego de que la madre no se hubiera presentado a dos citas con el pediatra. Nada se pudo hacer por Leon, ya que un bebé no puede resistir más de 24 horas sin ingerir líquidos. Murió deshidratado. Lena fue trasladada a un hospital. La madre fue detenida mientras se encontraba en casa de una amiga³⁴.

Este es un caso lamentablemente emblemático en un país en el que no pudiéramos imaginar que tales cosas les ocurran a los niños pero mientras Heinz Hilgers, presidente de la Asociación Alemana para la Infancia, denunciaba que “el sistema de asistencia a niños y jóvenes en Alemania se encuentra al borde del colapso”, la ministro de Familia del Estado federado de Renania del Norte-Westfalia, Armin Laschet, negaba que la apreciación de Hilgers fuera correcta y que el dinero que se destina a la protección de la infancia es suficiente³⁵.

El caso da lugar a algunas reflexiones. En principio, se trataba de una madre “agobiada por las deudas” –de servicios de luz, de teléfono, etc.– en una de las tres economías más importantes del mundo. La situación de Leon y Lena es la de otros tantos niños de Alemania en donde se manifiesta una creciente pobreza infantil. En 2006 la organización de Protección de Menores *Kinderschutzbund* dio a conocer que 2,5 millones de niños vivían en la pobreza en Alemania. Debe aclararse que la pobreza infantil alemana no es equiparable a la que puede encontrarse en la mayoría de los países en vías de desarrollo³⁶. De todos modos, el número de niños que atraviesan esta situación se ha duplicado de 2004 a 2006. Sin embargo, documentales de la televisión alemana reflejan la situación de muchas familias que viven de la asistencia del Estado y que deben concurrir con sus niños a los comedores tanto de la Iglesia Católica como de la Evangélica Alemana.

En segundo lugar, asistimos a una discusión entre un responsable de una institución pediátrica y una funcionaria política, como si ocurriera en un país de lo que conocíamos como Tercer Mundo. También habría que haberle preguntado a la ministro Laschet si el “dinero suficiente” suple las políticas responsables, si ese dinero permite superar la incompetencia de los funcionarios. Evidentemente no es una cuestión de dinero sino que existe todo un trasfondo cultural, económico y político que debe ser sometido a un

³⁴ *Ídem*.

³⁵ “Pobreza infantil en Alemania”. En: *Deutsche Welle*, 30/08/2006, <<http://www.dw-world.de/dw/article/0,,2151262,00.html>>, [consulta: 10/10/2006].

³⁶ *Ídem*.

exhaustivo escrutinio. Infelizmente esto queda demostrado con el caso de Kevin –dos años–, hijo de adicto a la heroína, cuya madre murió en extrañas circunstancias y su cuerpo fue hallado en una heladera de la casa en octubre de 2006. Al día siguiente la ministro de Asuntos Sociales de Bremen, Karin Röpke, renunció mientras que la ministro federal de la Familia, Ursula von der Leyen, expresó que “en el caso de Kevin hubo descoordinación entre las autoridades involucradas, y anunció la implementación de un programa piloto de detección temprana, para erradicar la negligencia contra las niñas y los niños de entre cero y dos años de edad”³⁷.

Los numerosos casos de infanticidio ocurridos en Alemania llevaron a que, en 2007, la Canciller Angela Merkel convocase a los jefes de gobierno de los dieciséis 16 Estados federados a una *Cumbre Infantil* para considerar esta problemática y abordar medidas que permitiesen evitar estas tragedias mediante la puesta en marcha un sistema de alerta temprana en casos de familias con problemas.

Por otro lado, en lo que respecta a los países desarrollados, tienen otras responsabilidades en términos de abusos y maltratos de menores por cuanto numerosos ciudadanos europeos están comprometidos en el comercio de menores y en la pornografía infantil, así como de la práctica del “turismo sexual”, muy difundido en varios países del este asiático.

En 2006 –según datos de la UNICEF– se estimaba que más de dos millones de niños en todo el mundo eran forzados a ejercer la prostitución. Esta trata, asociada a la pornografía, generaba entonces más de € 6.000 millones a quienes lucraban con estas actividades ilegales. Sin duda que en la actualidad las cifras deben ser superiores. Hacia 2001 los investigadores consideraban que existían unos 100.000 grupos dedicados a la distribución de pornografía infantil a través de Internet pero en la actualidad ese número se habría duplicado.

Para reflexionar

Pasaron veinte años de la adopción, por parte de las Naciones Unidas, de la Convención sobre los Derechos del Niño, la cual fue ratificada por 192 naciones. A partir de ese momento los niños dejaron de ser unos “simples seres” para pasar a tener derechos. Sin embargo, cuando nos ponemos a investigar acerca de la situación en que se encuentran los niños y jóvenes pareciera que estamos retrocediendo como sociedad pues vemos que, en algunos casos, esos derechos están en peligro y, en otros, no son tenidos en cuenta.

A partir de los casos citados, se aprecian conductas similares tanto en los países subdesarrollados como en los países ricos. Las conductas humanas son iguales en todas partes y, en ambos tipos de países, las autoridades tienden a

³⁷ Enrique López Magallón. “Alemania, conmovida por un niño”. En: *Deutsche Welle*, 13/10/2006, <<http://www.dw-world.de/dw/article/0,,2203661,00.html>>, [consulta].

negar o a subestimar determinadas cuestiones. Como bien ha expresado Alexei Petrushevski, Director del Centro para los niños de la calle de Bishkek, capital de Kirguistán:

*Existen dos tipos de derechos de los niños. Unos son los derechos bellamente enumerados en los papeles y documentos, y los otros son los derechos en la vida real, y los derechos que les convienen o no a los adultos. Ahí es donde radica el problema*³⁸.

Podremos realizar muchas convenciones por los derechos de los niños, podremos conmemorar anualmente el Día Mundial para la Prevención del Abuso contra los Niños pero en tanto buena parte de las autoridades recurran a la hipocresía de declamar la protección de los niños mientras en la práctica nada hacen, la situación se presenta como irresoluble. Es por tal motivo que cada uno de los ciudadanos debe “declararse en acción” y tomar cartas en el asunto, cada uno en su espacio. Hay mucho por hacer, tanto en los ámbitos políticos, educativos como religiosos, por nombrar algunos.

Debemos ser conscientes que para que esos derechos se cumplan, para que los niños y jóvenes dejen de ser víctimas de todo tipo de abuso y maltrato, es necesario que la comunidad se organice y participe. Precisamente, para ello se conmemora un Día Mundial: para concientizar, para que sea como una alarma que le recuerde a las autoridades –en todo nivel y en cualquier país– que los niños tienen derechos y que los dirigentes, así como cada uno de nosotros, somos responsables de que se velen por ellos.

La Argentina fue uno de los estados que ratificó la Convención y la incorporó a su legislación nacional. Sin embargo, estamos muy lejos de cumplir con ese compromiso. No se trata de falta de leyes sino de hacerlas cumplir y tampoco se trata de falta de recursos sino de asignarlos con responsabilidad, de fijar prioridades en el manejo de los fondos públicos. Sin duda, los niños deben ser nuestra prioridad porque son el futuro de la sociedad y destinar recursos a la educación de buen nivel, a la salud de la población infantil y a la erradicación de la pobreza es una inversión de cara a los años que vendrán. Como bien expresó el ex presidente de Alemania Roman Herzog: “Los niños sin oportunidades son los desempleados del mañana”.

Uno de los requisitos para que un país sea reconocido en términos de desarrollo es su crecimiento demográfico, su nivel de educación y el estado sanitario de sus habitantes. Alemania y Rusia están preocupadas por el decrecimiento de la población, mientras que en la Argentina las promesas siguen incumplidas y se demuestra que los niños “no son nuestros privilegiados”. Todavía estamos a tiempo para revertir esta tendencia. Usted ¿se involucra en esta cruzada?

³⁸ “Kirguistán. Un héroe kirguiso lucha para proteger los derechos de los niños de la calle de Bishkek”. En: sitio oficial de UNICEF, 22/10/2009, <http://www.unicef.org/spanish/infobycountry/kyrgyzstan_50946.html>, [consulta: 25/10/2009].

III. HISTORIAS DE VIDA

UN DÍA DE “SERVICIO” MUY ESPECIAL

*Matías**

Soy agente de la Policía Federal Argentina.

El lunes 2 de octubre de 2006, trabajaba en el horario de 9 a 16 horas en el servicio externo, es decir, en una esquina.

Llovía mucho y fuerte. Recién había tomado mi servicio y me resguardé de las inclemencias del tiempo en la puerta de un museo que se encuentra a metros de donde ocurrió lo que voy a relatar.

Un muchacho que trabaja en el museo, al entrar al mismo, me dijo haber escuchado un “llantito” que provenía de las bolsas de basura que se encontraban en la vereda, a cincuenta metros de donde estábamos, y que no sabía lo que podía ser.

Inmediatamente decidí acercarme a las bolsas.

La recepcionista del lugar escuchó el relato y quiso acompañarme. Me dirigí con ella a investigar lo que habría en la basura.

Llegamos al montículo de residuos y efectivamente provenía de ahí un sonido similar al de un llanto.

Me agaché, empecé a separar las bolsas y a abrirlas. Entre ellas apareció un bebé, con los signos vitales aparentemente conservados y que todavía tenía el cordón umbilical mal tratado.

Lo alcé. La mujer que me acompañaba, se sacó el saco que tenía puesto y lo tomó extendiéndolo como para que ponga al bebé en sus brazos.

Así lo abrigó y lo llevamos los dos juntos a un sanatorio que se encontraba a unos ciento cincuenta metros del lugar.

Nos recibieron con sorpresa pero con gran calidez.

Ahí le dieron al recién nacido todos los cuidados necesarios hasta que se comprobó su buen estado de salud.

Han pasado ya tres años de lo sucedido en aquella mañana fría y lluviosa.

Hace unos días fue el cumpleaños del niño, quien se llama Lucio Ángel y ¡¡¡su familia adoptiva nos invitó al festejo a la recepcionista y a mí!!!

* *Policía Federal Argentina.*

MALTRATADO SÓLO POR SER DIFERENTE

*Laura Liliana Desimone**

Sebastián sube al colectivo cada mañana junto a su mamá, rumbo al colegio, y Rosa, una amiga de ella, muy desagradable por cierto, los acompaña.

Al subir siempre saluda al chofer, con un ¿hola amigo, como estás? ... Luego le da la mano a José, socio vitalicio de la línea, y un abrazo fuerte a Irma, su amiga. A mí las primeras veces que me vio tímidamente me decía un hola amiga, pero luego tomó más confianza y con el hola amiga, venía un apretón tímido de manos.

Ese es Sebastián, un nene con cuerpo de hombre, un chico especial con síndrome de Down.

Muchas personas deberían aprender de él en vez de quejarse y buscar culpables por las cosas que les suceden a diario.

En el trayecto del colectivo, muy corto por cierto, que debería ser más largo porque pocas veces uno encuentra personas así en la vida, se habla de todo, cosas serias, chistes, todo tipo de temas.

Y sí que pasa de todo, entre ello, la subestimación y el maltrato de Rosa hacia Sebastián, y la indiferencia de su madre ante esta situación, por la que él ya casi no reacciona, lo toma como algo cotidiano en su vida.

Todas las mañanas Rosa hace callar a Sebastián, lo subestima y lo trata como si fuera un “paquete” más, como ella lo llama.

El tan sólo sonrío con nosotros por algún chiste de José o habla de fútbol que le encanta.

La verdad no recuerdo bien el tema de esa mañana en especial, pero sí recuerdo el enojo de Sebastián sin poder decir nada y su carita de desamparo mirando a Irma con una mirada transparente y buscando un poco de refugio en ella.

Pasaron semanas repitiéndose día a día esta situación, sin que la mamá de Sebastián reaccionara. No sé si era indiferencia o acostumbramiento al escuchar a su amiga tratar así a su hijo, pero provocaba mucha ira en todos los pasajeros del colectivo.

Ese día yo falté a la cita de cada mañana.

* *Estudiante de Derecho.*

Al día siguiente subí al colectivo, como siempre saludé a José, luego subió Irma, y al llegar a la parada de Sebastián, él no estaba. Entonces pregunté: ¿y Sebastián, saben algo si hoy viene? ...

Se hizo silencio ... No se nada, se escuchó.

Irma me comentó que el día anterior le preguntó a Rosa por qué trataba así a Sebastián, si no entendía que es un nene, indefenso, que necesita de amor, comprensión, no indiferencia y maltrato.

Rosa no supo qué contestar, sólo dijo: "Usted lo ve sólo cinco minutos".

Esas fueron sus palabras, escuetas e indefendibles.

Todos estos miles de cinco minutos que vi a Sebastián cada mañana me sirvieron para darme cuenta que es un ser hermoso, mucho más inteligente que gente como Rosa, faltas de amor y, además, cobardes.

Pasaron varios días y semanas sin que Sebastián acudiera a la cita de cada mañana.

Al principio comentábamos que acaso le hubiera pasado algo.

Hasta el chofer lo extrañaba.

Pero todo se sabe. Sebastián, tomaba el colectivo de la frecuencia anterior, para que no nos viera, tan sólo por la cobardía y el egoísmo de Rosa, a quien no le importa dar un poquito de felicidad a la vida de Sebastián, quien disfrutaba del encuentro de cada mañana, y a la falta de decisión de su madre, quien permitía el maltrato hacia su hijo.

Se extraña esa mirada transparente y esa risa sin maldad en el colectivo, el "¿hola amigo, como estás?", su carita de felicidad.

Ciertamente no logro entender tanta indiferencia, maltrato, perversión, a una personita que no le hizo mal a nadie, que no eligió ser diferente, simplemente le tocó.

¿Cómo no logra concebir Rosa que Sebastián es capaz de entender, de observar, de sentir, de ser? Y más aun su madre, ¿cómo no se da cuenta que él necesita de la sabiduría de ella para que lo guíe en la vida sin querer transformarlo, aceptándolo y respetándolo, para que los demás lo respeten como es, logrando vencer así los prejuicios y dándole una oportunidad de vivir con respeto y amor?

Ya pasaron varias semanas y Sebastián sigue tomando el colectivo anterior.

Igualmente lo seguimos esperando y sigue siendo motivo de nuestras charlas matutinas.

RECUERDOS DE LA INFANCIA PARA NO RECORDAR

María Maringolo

Los recuerdos de la infancia son recuerdos que nos quedan grabados para toda la vida. Son recuerdos que nos marcan.

Tengo recuerdos de mi infancia que no me gustaría recordar pero lamentablemente siempre van a estar en mí.

Compartiré alguno de ellos porque de esta manera siento que estoy ayudando a concienciar a los mayores, que bien pueden ser los padres, para que otros niños no queden marcados de la misma forma que me marcaron a mí.

Tenía ocho años, estaba en cuarto grado, y me dieron como tarea armar el árbol genealógico.

Realicé la tarea con mucho entusiasmo como lo hacía siempre, sin saber que iba a estar develando un secreto.

Cuando le presenté la tarea a la maestra, ella me dijo que estaba mal hecha, porque los apellidos de mi mamá y de mi papá eran iguales.

Me puse muy triste porque siempre hacía bien las tareas escolares.

Cuando llegué a casa pregunté nuevamente los apellidos y me respondieron de la misma forma que anteriormente. Entonces expliqué lo que me había sucedido en la escuela.

Ese día se convirtió en un día inolvidable en mi vida: me dijeron que quien yo creí mi madre durante ocho años, en realidad era mi tía.

Un poco más grande, ya tenía once años, mi papá se casó. Fue un día muy lindo, de fiesta y de alegría.

Pero los recuerdos para no recordar comenzaron con la convivencia.

La paz de la casa se transformó en maltratos físicos y verbales. Fue muy feo ver a mi papá golpeando a su esposa.

Recuerdo un día en particular. La esposa de mi padre estaba embarazada y con mi hermanita de casi dos años en brazos (era el primer hijo de esta pareja). Él la tomó de los cabellos y comenzó a golpearla.

Lo único que supe hacer fue llorar.

Soporté muchas situaciones difíciles y recién a los quince años tomé coraje y pedí ayuda a mis padrinos y a mi abuela. Ellos fueron los que me ayudaron y acompañaron a lo largo de mi vida.

Entendí que tengo derecho a no ser engañada, a que no me mientan, a conocer mi identidad, a crecer creyendo en los demás, sin rencores.

He formado una hermosa familia. Tengo un buen esposo y una hijita para mí, incomparable.

Es muy duro contar estas experiencias vividas pero tal vez sirvan para salvar a un niño, o para que algún adulto que conozca situaciones semejantes, se acerque a ese niño y le tienda una mano. De esa forma podrá sembrar en el corazón del pequeño "recuerdos para recordar".

IV. LA VISIÓN DESDE LA MEDICINA

BREVE RESEÑA DEL MALTRATO INFANTIL

Soledad Monge Agliano

*Patricio Ráttagan**

Introducción

El objetivo del presente artículo es aproximar al lector al conocimiento de los diferentes tipos, los factores de riesgo, y las repercusiones en la adultez del maltrato infantil.

Creemos que es una problemática que debe ser tomada con la relevancia que se merece, no solo por su alta frecuencia sino también por las repercusiones que genera en la persona que lo padece.

Consideramos que la información es la principal herramienta para erradicar este flagelo.

Definición

La OMS define al abuso o maltrato de menores como toda forma de maltrato físico y/o emocional, abuso sexual, abandono o trato negligente, explotación comercial o de otro tipo, de la que resulte un daño real o potencial para la salud, la supervivencia, el desarrollo o la dignidad del niño en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder.

El maltrato puede ser clasificado como físico, psicológico o emocional, sexual, explotación y negligencia-abandono.

Clases de maltrato

Maltrato físico

Es toda forma de agresión no accidental infligida al menor producido por el uso de la fuerza física, incluyendo dos categorías:

* *Estudiantes de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires*

a. Traumas físicos que producen lesiones severas entre las que se incluyen quemaduras, hematomas, fracturas, envenenamientos y otros daños que pueden llegar a causar la muerte, y

b. Traumas físicos provocados por palmadas, sacudidas, pellizcos o prácticas similares que a pesar del daño psicológico, no constituyen un riesgo substancial para la vida del niño.

El niño zarandeado es un tipo de maltrato infantil. Cuando se sacude fuertemente a los bebés, pueden presentarse secuelas severas como daño cerebral y aún la muerte.

La mayoría de las personas que golpean a sus hijos con la intención de corregirlos no son conscientes de que los golpes son poco eficaces para educar y que producen daño real o potencial sobre la salud, desarrollo, la dignidad y la autoestima del niño. El uso regular del castigo físico como forma de disciplina es maltrato.

Maltrato psicológico o emocional

Es el daño que de manera intencional se hace contra las actitudes y habilidades de un niño. Afecta su autoestima, su capacidad de relacionarse, la habilidad para expresarse y sentir, deteriora su personalidad, su socialización y, en general, el desarrollo armónico de sus emociones y habilidades. Existen varias categorías de maltrato psicológico y emocional:

a. Ignorar al niño, lo que hace referencia al niño fantasma. Sus emociones, ansiedades, miedos y necesidades afectivas son totalmente imperceptibles para sus padres o cuidadores.

b. El rechazo por parte de los adultos de las necesidades, valores y solicitudes del niño.

c. El aislamiento. Cuando el niño es privado de su familia y/o comunidad, negándole la necesidad de contacto humano.

d. El terrorismo. El que el niño está expuesto a ataques verbales y amenazas con objetos, creando un clima de miedo, hostilidad y ansiedad.

e. La corrupción. Cuando el niño está expuesto a situaciones que transmiten y refuerzan conductas destructivas y antisociales, alterando de esta manera el desarrollo adecuado de conductas sociales.

f. La agresión verbal, que es el uso continuo de una forma de llamar al niño de manera áspera y sarcástica. Día a día va disminuyendo su autoestima.

g. La presión, que es la constante exigencia para lograr un desarrollo rápido esperando logros y aprendizajes a un nivel que no corresponde con su desarrollo neurológico ni mental. Este niño sentirá que nunca será lo suficientemente bueno.

Abuso sexual

El abuso sexual de menores consiste en la participación de un niño en una actividad sexual que no comprende plenamente, a la que no es capaz de dar un consentimiento, o para la que por su desarrollo no está preparado y no puede expresar su consentimiento, o bien que infringe las leyes o los tabúes sociales. El abuso sexual de menores se produce cuando esta actividad tiene lugar entre un niño y un adulto, o bien entre un niño y otro niño o adolescente que por su edad o desarrollo tiene con el una relación de responsabilidad, confianza o poder. La actividad tiene como finalidad la satisfacción de las necesidades de la otra persona.

Puede incluir diversas prácticas sexuales con o sin contacto físico tales como exhibicionismo, tocamientos, manipulación, corrupción, sexo anal, vaginal u oral, prostitución y pornografía.

Explotación

La explotación comercial o de otro tipo se refiere a la utilización de menores en el trabajo o en otras actividades en beneficio de otras personas. Esto incluye, aunque no se limite a ello, el trabajo infantil y la prostitución infantil. Estas actividades van en detrimento de la salud física y mental del niño, de su educación o de su desarrollo espiritual, moral o socio-emocional.

Abandono y trato negligente

Se produce abandono cuando en el contexto de los recursos razonablemente disponibles de la familia o los cuidadores, no se proporciona al niño lo necesario para su desarrollo en todas las esferas: salud, educación, desarrollo emocional, nutrición, protección y condiciones de vida seguras. Como consecuencia de ello, se perjudica o se corre un alto riesgo de perjudicar la salud del niño o su desarrollo físico, mental, espiritual, moral o social. Cabe incluir aquí el hecho de no vigilar a los niños y no protegerlos de daños en la medida de lo posible.

Factores de riesgo

Características del agresor

Un estudio publicado por Miller y Veltkamp (1998) demuestra que el agresor ha sufrido en el pasado. La familia del mismo estaba inmersa en el

maltrato o bien, el entorno familiar prohibía al futuro agresor demostrar debilidad, dolor o tristeza, lo cual inevitablemente lleva a una personalidad ruda. Por otra parte, considera la existencia de relaciones patológicas entre los padres de los futuros agresores, siendo las madres pasivas y dependientes (maltratadas por sus maridos).

Los agresores suelen ser consumidores de alcohol; competidores con sus hijos por sus esposas, presentando actitudes de control, suspicacia y celos irracionales.

Características del agredido

Los niños que son víctimas de maltrato suelen ser prematuros, hijos no deseados, inquietos, problemáticos, con enfermedades crónicas, retraso mental, trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Los niños discapacitados tienen un riesgo mayor de ser maltratados, por lo tanto, se debe ser extremadamente cuidadoso en buscar signos en ellos.

Según Kempe, desde un parto prolongado y difícil, la existencia de malformaciones congénitas o lesiones obstétricas, la prematuridad hasta niños irritables con llantos desmedidos pueden ser causa de maltrato³⁹.

Características del medio

Diversas situaciones medioambientales pueden ser disparadores de episodios de violencia. Aquellas que afectan el entorno familiar pueden ser: padres jóvenes, familia monoparental, abuso de sustancias, situaciones de estrés, dificultades en la pareja, desempleo, hacinamiento, problemas económicos. Aquellas inherentes a la sociedad: leyes de protección al niño inexistente o incumplidas, disminución del valor de los hijos (discapacidad, sexo), desigualdades sociales, violencia organizada, alta aceptabilidad social de la violencia, normas culturales, etc.

Impacto en la adultez

Numerosos estudios reflejan las consecuencias deletéreas del maltrato evidenciadas en la adultez. Como lo demuestra un artículo publicado por la revista JAMA, tanto el abuso sexual o físico durante la niñez esta asociado con

³⁹ Kempe RS, Kempe HC. *Niños maltratados*. (3a. edición). Madrid: Morata, 1985.

problemas de salud en el adulto, incluyendo síntomas físicos, problemas psicológicos y abusos de drogas⁴⁰.

Con respecto al impacto psicopatológico en la adultez, Macmillan demostró una mayor incidencia de depresión, trastornos ansiosos, trastornos graves de la personalidad, abuso de sustancias, trastornos alimentarios, somatización y trastorno de estrés post-traumático⁴¹.

Conclusión

Existen diversos factores biopsicosociales responsables de la génesis del maltrato: la violencia, los abusos, las familias patológicas, la política, la economía, la inestabilidad social, etc. El conocimiento de estos factores nos pone en ventaja para establecer medidas preventivas a fin de evitar, o al menos anticipar situaciones de maltrato.

Los diversos tipos de maltrato dan cuenta que nos encontramos a diario con situaciones de esta índole. Alcanza con observar a menores trabajando como cuida coches, pidiendo monedas en las esquinas a la vista de los adultos de quienes están a cargo, los casos de prostitución infantil, que con el auge de internet parece cada vez más inalcanzable establecer algún tipo de control.

Todas situaciones que se tornan “cotidianas”, “comunes”, “esperables” a los ojos de los ciudadanos, son en realidad imágenes nefastas de una sociedad que necesita concientizarse para actuar al respecto.

⁴⁰ Mc Cauley J., Kern D. E., Kolodner K., Dill L., Schroeder A. F. *et al.* “Clinical characteristics of women with a history of childhood abuse: unhealed wounds”, *Journal American Medical Association*, Md, USA, mayo, 1997.

⁴¹ MacMillan H, Fleming J, Streiner D, Lin E, Boyle M, Jamieson E, *et al.* “Childhood abuse and lifetime psychopathology in a community sample”. *Am J Psychiatry*, November 2001; 158: 1878-1883.

ASPECTOS CLÍNICOS Y LEGALES DEL ABUSO INFANTIL

(Primera parte)

Claudio Adelfang
Verónica Anastasio
Silvia González
Alicia Lasausa
Cecilia Scliar
*Luis Stabilito**

Introducción

El maltrato a menores es conocido desde la antigüedad, obteniéndose datos a partir de los primeros registros gráficos de la humanidad (pinturas rupestres, inscripciones en monumentos indígenas, la Biblia, Antiguo Testamento, etc.).

El sacrificio ritual de los niños y el infanticidio fueron hechos aceptados hasta cerca del año 500 DC, considerándose natural el sacrificio de los niños malformados y discapacitados.

Otros ejemplos son las deformaciones craneanas aplicadas a los niños indígenas incaicos, los vendajes de los pies de las niñas orientales, la mutilación de órganos sexuales, el castigo físico para obtener disciplina y, más recientemente, el exterminio de niños callejeros en Brasil por considerarlos una molestia pública.

Culturalmente, la violencia también se transmitió a través de frases populares como “a golpes se hacen los hombres”, “la letra con sangre entra”, “un buen chirlo a tiempo...”.

Cada civilización le imprimió a los hechos de violencia un sentido propio según sus culturas prevalentes, llevando a veces a condenarlos y otras a legitimizarlos.

En el siglo XIX, con la Revolución Industrial, aparecieron nuevas formas de maltrato, que generaron lentamente una concientización y respuesta de las diversas sociedades en el mundo.

He aquí algunos hitos históricos de esa respuesta en el mundo occidental:

* *Médicos del Servicio de Guardia del Hospital de Niños Pedro de Elizalde, Buenos Aires, Argentina.*
Trabajo publicado en la Revista del Hospital General de Niños Doctor Pedro de Elizalde, vol. 19, N° 1, p. 18- 29, año 2009.

En 1825 se crea en EE.UU. el primer refugio para niños vagabundos.

En 1871 se funda en Nueva York la *Sociedad para la prevención de la crueldad en los niños*.

En 1899, en la ciudad de Chicago, se sanciona la *Carta Magna de la Minoridad* y se crea el primer *Tribunal de Menores*.

En 1924 se realiza, en Ginebra, la *Primera Declaración de los Derechos del Niño*.

En 1959, luego de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, se realiza la *Declaración de los Derechos del Niño*.

En 1979, Año Internacional del Niño, la Comisión de Derechos Humanos de las Naciones Unidas propone un nuevo acuerdo firmado por casi todas las naciones, la *Convención de los Derechos del Niño y del Adolescente*.

En 1990 se promulga la Convención de 1979, que pasa a ser Ley Nacional en muchos países, incluyendo el nuestro.

En 1994, la Asamblea Constituyente incorpora la Convención de los Derechos del Niño al Artículo 75 de la Constitución Nacional. En ese mismo año se aprueba la Ley Nacional N° 24.417 de *Protección contra la Violencia Familiar* (7 de diciembre de 1994).

El 7 de marzo de 1996 se dicta el Decreto Reglamentario N° 235, de la Ley N° 24.417 de Protección Contra la Violencia Familiar.

Hasta la fecha se han descrito infinidad de lesiones seguidas o no de muerte, diversas formas clínicas, aspectos médicos, psicológicos, sociales, legales, etc., en relación al abuso infantil. En el presente trabajo se desarrollarán los aspectos clínicos y legales más sobresalientes.

En virtud de lo extenso del tema se tratará en dos partes.

En la primera de ellas, se hará hincapié en los aspectos generales del abuso infantil (frecuencia, definiciones, clasificaciones y factores e indicadores de riesgo), desarrollándose el abuso físico en particular.

En la segunda parte se completará el desarrollo de los otros tipos de abuso, criterios de internación, tratamientos, herramientas legales con que cuenta el profesional y cómo actuar ante la presencia de esta patología tanto en consultorio como en una guardia médica.

Aspectos estadísticos

En 1980 Finkelhor⁴² publica en México, que el 19,2% de las mujeres y el 8,6% de los varones del total de documentados, habían sido abusados sexualmente en la infancia.

⁴² Finkelhor D. *Abuso sexual al menor*. México: Pax. 1980.

En 1988 EE.UU. tuvo 2.200.000 casos de maltrato, sobre una población de 238.000.000 de habitantes (tasa 0,9%). El 40% por abuso físico, 25% por abuso sexual.

En Francia se estimó que 50.000 niños son maltratados anualmente y que se producen unas 400 a 700 muertes en dicho período. Uno de cada 200 ingresos hospitalarios es por abuso en niños y adolescentes.⁴³

En 1992 Krugman⁴⁴ publica un trabajo con estudiantes universitarios de Costa Rica. El 77% de las mujeres y el 82% de los varones recibieron palmadas en la infancia (más frecuentemente entre los 5 y 10 años de edad). El 25% de los varones y el 35% de las mujeres fueron azotados en su niñez.

En nuestro país, Astolfi, Banzas y Mouzet, en 1986, realizan en la Morgue Judicial de esta Capital, una investigación de protocolos de autopsias. De 616 muertes violentas en niños y adolescentes, excluidos envenenamientos, se observó la siguiente distribución de lesiones:

22% fracturas de cráneo

22% heridas de bala

22% politraumatismos

12% asfixia

10% quemaduras

12% otras causas

Entre 1987 y 1996 en el Hospital Dr. Sbarra (ex Casa Cuna de la ciudad de La Plata, provincia de Buenos Aires), de 2128 ingresos por causas sociales, 103 fueron por maltrato físico (5,12%). Otras estadísticas de la misma ciudad muestran, que de 1.200 denuncias por violencia familiar, 240 fueron a niños y adolescentes.

Berra y col.⁴⁵ publicaron que en un año se diagnosticaron, en el Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez, 52 casos de abuso sexual, 78% de mujeres con una edad promedio de 7,5 años. En el 49% convivían víctima y victimario y en el 73% se trataba de familiares directos. Se constató un 57% de casos de penetración anal y/o vaginal, un 24% de contacto sexual no genital y un 6% de intento de violación. En el 50% de los casos no había signos físicos anormales. Del total de casos se realizaron 28 intervenciones judiciales (54%).

En 1995 la Dra. Goldberg⁴⁶ informa de 60 pacientes asistidos en el Hospital de Niños Pedro de Elizalde por abuso sexual. El 88% eran mujeres. La

⁴³ Novoa Sotta F. De la Barra Mc. Donld F. Álvarez Pobleto P. Gilchrist Moreno A. Álvarez Regazzi. Gamboa de Bernardi R. "Síndrome del niño maltratado". *Revista Chilena de Pediatría*. 63 (supl.2); 1-13. 1992.

⁴⁴ Krugman S. Maia L. Krugman R. "Sexual abuse and corporal punishment during childhood a pilot retrospective survey of university student in Costa Rica". *Pediatrics* 90: 157-161. 1992.

⁴⁵ Berra J. L. y col. "El espectro de abuso sexual infantil". *Archivos Argentinos de Pediatría* 89 (3): 155-163. 1991.

⁴⁶ Goldberg D. *Maltrato infantil*. Urbano. 1995.

edad promedio de las víctimas fue de 7 años; el 100% de los abusadores era de sexo masculino. El 60% eran familiares; el 32% conocidos de la familia y el 8% conocidos del niño.

Tipos de abuso encontrados:

- 64% masturbación-manoseo
- 17% exhibicionismo
- 14% eyaculación simulando coito
- 3% incesto

Datos a julio de 1997, de la Dirección General de la Mujer del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires muestran, que de las denuncias de maltrato recibidas en su línea telefónica, el 52,1% se debió a abuso físico, el 25% a abuso emocional, el 12,3% a negligencia y abandono, el 9,26% a abuso sexual y 0,83% a otras problemáticas.

En Cuidaniños, que desarrolla su tarea en la provincia de Buenos Aires, de 9.842 denuncias formuladas, el 26% se refirió a prostitución de niños y adolescentes. De los 24.646 llamados telefónicos recibidos en el Consejo Nacional del Menor, 838 denunciaron abuso sexual y prostitución.

En general, la frecuencia del maltrato infantil es mucho más elevada que lo que muestran las notificaciones, ya que no todos los casos llegan al médico u hospital, o no son diagnosticados por el profesional al estar frente al paciente. Tampoco se notifican todos los casos sospechados por personas relacionadas con el niño abusado (docentes, familiares, vecinos, etc.).

La disparidad cultural de las distintas regiones del país, hace que para algunos, determinadas situaciones sean consideradas como maltrato y para otros sean sólo una pauta cultural.

Aspectos clínicos

a) Definiciones

Tardie (1860) hace referencia a sevicias y malos tratos a menores, entendiendo por *sevicia* (del latín *Soevitia*), crueldad excesiva. Moreno⁴⁷, puntualizando aún más, lo define como “malos y crueles tratamientos y se diferencia del ensañamiento, que significa aplicación de tormentos destinados a hacer sufrir a la víctima”, y especifica que las sevicias pueden existir aunque el fin no sea atormentar o matar. Lacassagne, a su vez, consideró como sinónimos sevicias y malos tratos a niños.

Desde estos comienzos, hubo muchas definiciones que intentaron englobar todos los tipos de maltrato.

⁴⁷ Moreno R. El Código Penal y sus antecedentes. Buenos Aires. Tomáis. III: 342. 1923.

“Se entiende por maltrato del niño a la agresión física, emocional o sexual realizada contra una persona menor de 18 años, o la falta en proporcionarle, disponiéndose de los recursos mínimos necesarios, los cuidados requeridos para la expresión de su potencial de crecimiento y desarrollo, transgrediendo los límites culturalmente aceptables de la comunidad en que ocurren o los derechos del niño reconocidos por 90 países.”

Ministro de Salud de Chile – Sociedad Chilena de Pediatría⁴⁸.

En nuestro país, las dos entidades referentes más importantes han definido el maltrato de la siguiente manera:

“Injuria física y/o mental y/o abuso sexual y/o trato negligente de todo individuo menor, ocasionado por la persona encargada de su cuidado y custodia, que implica peligro o amenaza para la salud y bienestar físico y mental del niño.”

Comité de Maltrato Infantil
Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez
Buenos Aires, Argentina⁴⁹

“Toda acción u omisión que provoque un trastorno en el desarrollo psicofísico, emocional y social del niño.”

Unidad Violencia Familiar
Hospital de Niños Pedro de Elizalde
Buenos Aires, Argentina.⁵⁰

b) Clasificaciones

Los distintos tipos de abusos se pueden clasificar de acuerdo con:

La forma de presentación:

Abuso: Físico
Emocional
Sexual
Negligencia
Síndrome de Munchausen
Menores forzados a: mendicidad

⁴⁸ Novoa Sota F. De la Barra Mc. Donald F. Álvarez Poblete P. Gilchrist Moreno A. Álvarez Regazzi. Gamboa de Bernardi R. Síndrome del niño maltratado. Rev. Chil. Pediatr. 63 (supl. 2): 1-13, 1992

⁴⁹ Guía de diagnóstico y tratamiento. Maltrato infantil. Asociación Médica del Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez. 1999.

⁵⁰ Normas de diagnóstico y tratamiento de maltrato infantil. Unidad de Violencia Familiar del Hospital de Niños Pedro de Elizalde. Rev. Hosp.. Gral. De Niños “Dr. P. De Elizalde” 10: 50-56. 2000

prostitución
corrupción de menores
alcoholismo y drogadicción
explotación laboral

*Mecanismo Jurídico del Delito:*⁵¹

Por acción:

Directa (abusos físicos, emocionales, sexuales, etc.)

A través de terceros (Síndrome de Munchausen)

Por omisión:

Negligencia - abandono.

Origen del maltrato:

Intrafamiliar:

Abandono físico y/o emocional.

Abuso físico y/o psíquico.

Síndrome de Munchausen por poder.

Maltrato químico.

Maltrato prenatal.

Extrafamiliar:

Pornografía infantil.

Participación infantil en hechos bélicos.

Explotación laboral.

Persecución racial.

Discriminación sexual.

Cultural: excesiva violencia televisiva.

c) Indicadores de riesgo

A fin de evaluar la situación de riesgo en el niño abusado, el equipo de trabajo en maltrato infantil, del Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez⁵², evaluó los siguientes indicadores:

Según la severidad del abuso: en referencia a la naturaleza de las lesiones, a la existencia de hechos anteriores y a la discrepancia entre el tipo de lesiones y el relato del hecho por parte de los padres y o cuidadores.

⁵¹ Bonnet. Sevicias y malos tratos a menores. Medicina Legal. Buenos Aires. López., 1993.

⁵² Guía de diagnóstico y tratamiento. Maltrato infantil. Asociación Médica del Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez. 1999.

Bajo riesgo:

- Incidentes aislados y menores.
- Hematomas (por ejemplo en piernas y brazos).
- No detección de episodios anteriores.
- Cierto grado de reconocimiento del hecho por los padres.

Mediano riesgo:

- Hematoma en la cara u otra localización riesgosa.
- Dos o más localizaciones de hematomas.
- Fractura única en huesos largos.
- No reconocimiento del hecho por parte de los padres.

Alto riesgo:

- Hematomas severos, profundos.
- Fracturas y hematomas en distintos estadios evolutivos.
- Quemaduras (cigarrillos, inmersión, plancha).
- Fracturas de cráneo.
- Hematoma subdural, hemorragia retiniana.
- No reconocimiento del hecho por parte de los padres.

Según el diagnóstico individual de los padres: Se consideran para la evaluación, los antecedentes paternos de: a) maltrato en la infancia, b) patología psiquiátrica, c) adicciones.

Bajo riesgo:

- No se detectan antecedentes.
- Algún antecedente leve como una personalidad inestable, con dificultades en la integración social.

Mediano riesgo:

- Personalidad inmadura sin antecedentes familiares graves o psiquiátricos.
- Más de un antecedente de bajo riesgo.

Alto riesgo:

- Padre abusado y / o abusado de niño.
- Historia familiar de patología psiquiátrica (suicidio, psicosis).
- Adicciones.
- Presentación única o asociadas entre sí.

En relación con la paternidad: se refiere a la capacidad de satisfacer las necesidades del niño, entre ellas su inclusión o no en el proyecto familiar. Aspectos culturales de crianza.

Bajo riesgo:

Padres que cumplen con las necesidades del niño salvo en situaciones de crisis familiar o contingencias vitales.

Mediano riesgo:

Inhabilidad parcial de cumplir con las necesidades del niño en un entorno

Inestable.

Expectativas irreales sobre el niño (sobreexigencia).

Creencias en el uso del castigo corporal para disciplina.

Alto riesgo:

Inhabilidad de cumplir con las necesidades físicas y emocionales del niño.

Varios aspectos de mediano riesgo asociados a la no inclusión del hijo en el proyecto de la pareja.

Según la dinámica de la pareja: dentro del tipo de pareja considera la estabilidad, los conflictos, el tipo de comunicación y la violencia.

Bajo riesgo:

Mínima perturbación, por ejemplo dificultades en la comunicación.

Mediano riesgo:

Presencia de un ítem con alteración (violencia).

Varias perturbaciones leves (problemas de comunicación y conflictos de pareja).

Alto riesgo:

Perturbaciones severas, rupturas de la comunicación con o sin violencia.

Conflictos graves.

Según características del niño: Se consideran conductas inusuales, tanto físicas como emocionales.

Bajo riesgo:

Comportamiento cercano a la edad del niño.

Mediano riesgo:

Cambios menores en el comportamiento (niño que llama la atención permanentemente, ansioso, demandante).

Alto riesgo:

Patologías orgánicas.

Discapacidades múltiples.

Retraso significativo del desarrollo.

Severos cambios de comportamiento (agresivo, aislado).

Según aspectos socioeconómicos de la familia: Se refiere a vivienda, situación laboral, sistema de red familiar y su inserción social.

Bajo riesgo:

Familias con integración social, red de sostén, recursos económicos y con posibilidad a corto plazo de superar sin mayores secuelas las contingencias vitales.

Mediano riesgo:

Familias con poca integración social, pero que cuentan con cierto sistema de sostén familiar o social como mecanismo de apoyo.

Alto riesgo:

Contingencias vitales:

Desocupación transitoria.

Migración interna.

Enfermedad crónica.

Separaciones.

Crisis vitales:

Muertes.

Ingresos a escolaridad

Nacimientos muy próximos.

Salidas de los hijos del hogar.

Según el tipo de cooperación familiar: Se refiere a la actitud de la familia ante el reconocimiento de la existencia de riesgo actual o potencial, posibilidad de trabajo para su protección, y la capacidad y motivación para el cambio.

Bajo riesgo:

Aceptación del riesgo o cooperación familiar.

Mediano riesgo:

Relativa aceptación del riesgo, poca colaboración para la protección del niño.

Alto riesgo:

Negación del riesgo.

Imposibilidad de proteger al niño.

Incapacidad para el cambio.

d) Abuso físico

Es toda lesión física no accidental, producto de castigo único o repetido y de magnitud y características variables.⁵³

En estos últimos años fueron mejor definidos los mecanismos de las lesiones, con lo cual es más fácil la detección de los casos y su notificación por parte de los profesionales que asisten a estos niños.

El 80% de los abusos físicos se debe a los padres, el 10% a otros familiares y el 10% a otras personas (cuidadores, escuelas, etc.)⁵⁴

La edad es predictora de gravedad, pues a menor edad del niño, mayor gravedad de las lesiones.

Son más frecuentes las lesiones graves en varones menores de 12 años, mientras que a partir de los 13 años las lesiones graves son más probables en las mujeres.

Datos estadísticos del período 1990-1992, muestran que el 87% de las muertes por abuso físico ocurría en menores de 5 años y el 46% en menores de 1 año.

Los patrones familiares reflejan un fallo multigeneracional en la crianza y cuidado de los hijos (ciclo de la violencia). Los padres se criaron dentro de un medio violento y por ello pueden no darse cuenta que han sufrido abuso, repitiendo los mismos patrones de crianza en sus hijos.

Para el Interactive Model of Child Abuse, el abuso físico es el resultado de la interacción de las características del niño, del abusador y del entorno social. Según este modelo, el niño abusado es un niño especial, "mas exigente" con respecto al cuidador (prematuros, irritables, llorones, discapacitados, malformados).

En los adolescentes, su individualización generaría un conflicto con sus padres y/o cuidadores. Esto interactuaría con los factores de riesgo presentes en los adultos abusadores, entorno familiar y social que llevaría a la situación de maltrato.

Conforme a los trabajos de Straus⁵⁵ sobre los castigos corporales en U.S.A., hasta 1985, el 90% de los padres usaba este método en los niños, y más de la mitad continuó utilizándolo en sus hijos adolescentes.

⁵³ Novoa Sota F. De la Barra Mc. Donald F. Álvarez Pobleto P. Gilchrist Moreno A. Álvarez Regazzi. Gamboa de Bernardi R. Síndrome del niño maltratado. Rev. Chil. Pediatr. 63 (supl. 2): 2, 1992.

⁵⁴ Dean X. Pamelee. Abuso infantil. Psiquiatría del niño y el adolescente. Madrid. Harcourt Brace. 16: 251-268, 1998

El castigo corporal se define como el uso de la fuerza física, con la intención de causar en el niño una experiencia dolorosa, pero no lesiones (chirlos en las manos y/o las nalgas, apretar o pellizcar los brazos, etc.).⁵⁶

De las investigaciones, se concluyó que era probable la asociación de castigos corporales en la niñez y adolescencia y comportamientos adultos de depresión, abuso físico de niños, conductas antisociales, conductas sexuales sadomasoquistas, violación.⁵⁷

En la evaluación del grupo familiar se puede encontrar que los padres tienen una percepción desajustada del niño y sus lesiones. De las entrevistas y el examen clínico sistemático completo se pueden detectar niños con altos riesgos de abuso. Para la evaluación de los factores de riesgo psicosocial y los apoyos de que dispone la familia, se han ideado varias herramientas (encuestas) realizadas anualmente para su seguimiento, como el Child's World Screen administrado a los padres. En niños de 5 años o más las preguntas sobre su mundo deben dirigirse a ellos y ser comprensibles para su edad, con apoyo de información de los padres. Algunas preguntas con respecto al mundo del niño son: a) en el período prenatal: a los sentimientos, miedos, fantasías, expectativas con respecto al embarazo; b) en relación al recién nacido: al parto, las dificultades con el niño, el apoyo o no de la pareja, comportamiento de los hermanos, etc.; c) en relación al niño pequeño: a su comportamiento y la respuesta de los padres; a las cuestiones que gratifiquen o molesten al niño y respuesta de los padres; etc.; d) en relación al niño mayor: a su interrelación con la familia, otros niños, maestros, etc.

En los adolescentes, para la detección psicosocial se usa el HEADSS, cuyas preguntas van dirigidas a sus relaciones, actitudes, sentimientos, en varios ámbitos: el hogar, el estudio, actividades sociales; también se indaga sobre adicciones, actividad sexual, suicidio, etc.

Los niños que han sufrido abuso físico pueden tener graves problemas emocionales. Ahora bien, si un niño que sufrió abuso puede mantener una relación positiva con el padre no abusador, existen más posibilidades de no repetir el ciclo de la violencia con sus hijos en el futuro. Los adultos con conductas violentas, probablemente hayan sufrido abuso de chicos y tengan mayor riesgo de depresión, conducta suicida y abuso de sustancias. Los trastornos del comportamiento y los trastornos disociales son las secuelas más frecuentes del abuso.

⁵⁵ Straus M. Discipline and deviance: physical punishment of children and violence and other crim adulthood Soc. Probl. 38: 133-153, 1991.

⁵⁶ Levau I. Guerrero R. Pitebo L. Coe N. Cerquiera M. El castigo corporal en la niñez ¿endemia o epidemia? Bol. Oficina Sanit. Panam. 120 (3), 1996.

⁵⁷ Straus M. "chirlos" de los padres y subsecuente comportamiento antisocial de los niños. Arch. Pediatr. Adolesc. Med. 151: 761-767. 1997

Lesiones físicas más frecuentes

1) Lesiones cutáneo-mucosas.

Estas lesiones suelen producirse por golpe directo contra la zona afectada. Son de forma y tamaño variable y en ciertos casos reproducen la forma del objeto que las ocasionó (hebilla de cinturón, varillas, cubiertos de cocina, etc.), lo cual puede resultar de gran valor para el diagnóstico de lesión no accidental.

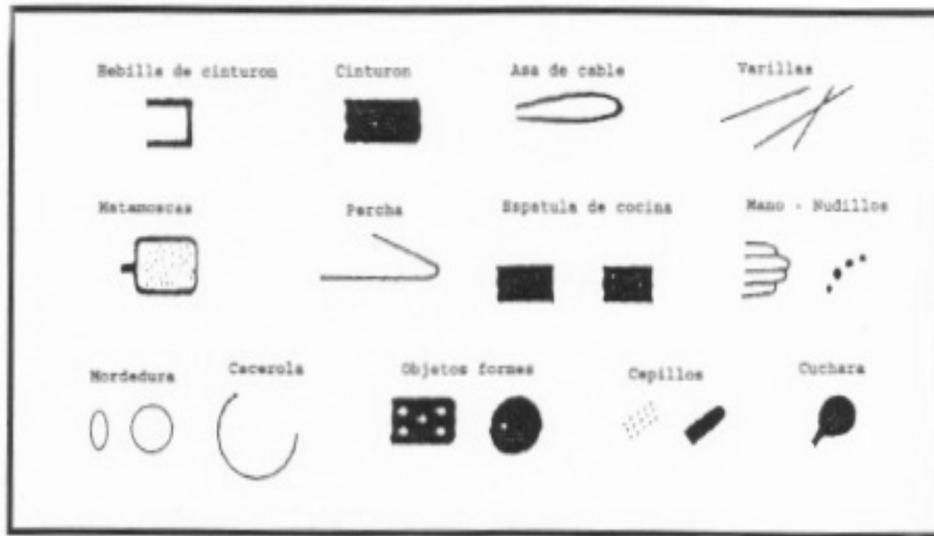


Figura 1: Marcas, contusiones y equimosis ocasionadas por diferentes objetos⁵⁸.

La localización de las lesiones, como el tipo de las mismas, presenta ciertas variaciones con la edad. Las zonas más afectadas en orden decreciente son: cabeza, cara, cuello, extremidades superiores, inferiores, tórax, abdomen y caras laterales de tronco. Sospechar especialmente de las ubicadas en el dorso de nalgas, región periorbitaria, pabellón auricular y genitales, ya que no son las localizaciones más frecuentes de lesiones accidentales.

Las lesiones en cabeza y cara son habituales en los niños de 1 a 3 años, pero raras en lactantes o niños mayores. Las lesiones lumbares no se ven en los niños menores de 3 años y en general son raras en los menores de 5 años; en cambio son comunes en mayores que juegan con otros niños con más brusquedad.

Las lesiones en piernas son comunes en niños de 18 meses, pero poco frecuentes antes de los 9 meses. Estas observaciones son también válidas para las fracturas. Las lesiones encontradas en las prominencias óseas (mentón, rodillas, codos, región frontal, zonas pretibiales, manos) son habituales en la infancia y no debe sospecharse maltrato.

⁵⁸ El niño maltratado. Clínicas Pediátricas de Norteamérica. *Pediatr. Clin. North Am.* 4: 854. 1990.

Ciertas lesiones resultan altamente sospechosas de M.I y deben buscarse en todo examen físico de un niño sospechado. Estas son:

Hematoma de la mucosa yugal y labios, en particular a nivel de los frenillos. Se producen por golpe directo, con la mano o algún objeto contundente, en forma reiterada, ocasionado la compresión de la mucosa yugal contra la arcada dental, dejando la impronta correspondiente. En ocasiones estos golpes tienen la suficiente magnitud para ocasionar la ruptura de las piezas dentales.

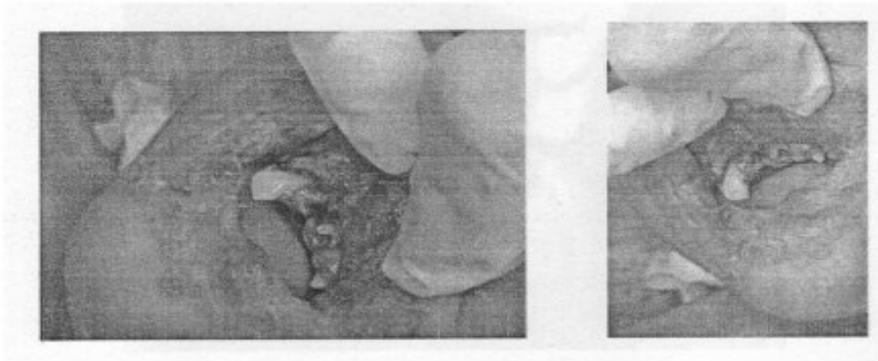


Figura 3:
Múltiples áreas equimóticas localizadas a nivel de la punta de la nariz, surco nasogeniano y de la parte media del labio superior, que se encuentra edematizado, por efecto de un golpe directo con la mano.

Figura 4:
Múltiples roturas de piezas dentales, con antiguas lesiones peribucales impetiginizadas, productos de múltiples y reiterados traumatismos directos en la zona afectada.

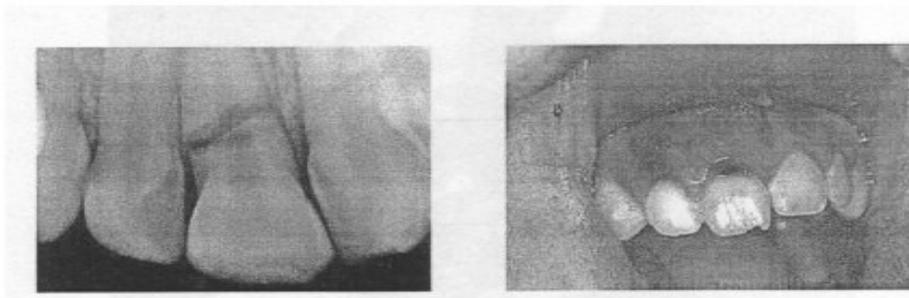


Figura 5:
Radiografía con fractura de pieza dental por golpe directo.

Figura 6:
Hematoma de cara anterior de la encía superior por golpe directo.

Equimosis de la zona superior de la implantación de las orejas, por tironeamiento reiterado de las mismas (tirón de orejas).



Figura 7:
Hematoma en la inserción superior del pabellón auricular, complicado con infección bacteriana de larga evolución.

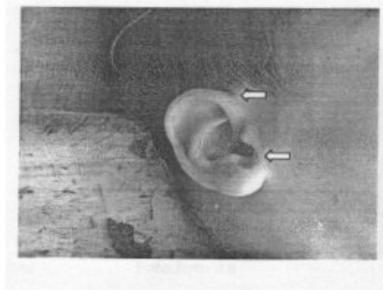


Figura 8:
Equimosis del lóbulo de la oreja y en la inserción superior de la misma, por tironeamiento reiterado.

Estimación del tiempo evolutivo de los hematomas según su coloración

Tiempo transcurrido	Color
Inmediato (<1 día)	Negrusco, azul oscuro
1-5 días	Rojo, violáceo
5-7 días	Rojo púrpura
7-10 días	Verdoso
2 a 4 semanas	Amarillento

“La edad de los hematomas es una observación vital en el diagnóstico de abuso infantil, demostrando la naturaleza repetitiva de la lesión, que es, frecuentemente, la esencia para la diferenciación con el accidente”⁵⁹

“Los hematomas de la piel son los indicadores más comunes de maltrato infantil. Los sitios particulares de hematoma en el maltrato incluyen las orejas como órgano blanco para los golpes dados por los adultos.”⁶⁰

La presencia de lesiones en diferentes tiempos evolutivos suele ser un elemento altamente sospechoso de maltrato infantil, resultando de gran importancia para comparar con el relato de los padres en relación a dichas lesiones.

2) Quemaduras

Las quemaduras no son las lesiones más frecuentes en el maltrato infantil. Sólo corresponden al 10% de los casos, aunque son consideradas como

⁵⁹ Mason J. Pediatric forensic pathology 295. 1989

⁶⁰ Health G. Et col. Can. Psychiat. Assoc. J. 21: 229-287. 1976

una forma grave de abuso debido al dolor que generan. La edad en la que se producen con frecuencia las quemaduras intencionales es entre 18 meses y 5 años.

Tipos de lesiones:

Quemaduras de cigarrillo: son las más frecuentes. Se presentan como pequeñas ampollas o costras, según el estadio evolutivo, redondeadas, de 0,6 a 1 cm. de diámetro, aisladas o en grupos, preferentemente ubicadas en miembros superiores, tronco y miembros inferiores. Su gravedad depende del tiempo de contacto de la brasa con la piel, pudiendo ocasionar lesiones del tipo AB - B, que curan dejando una pequeña cicatriz residual, que puede visualizarse en el examen físico.

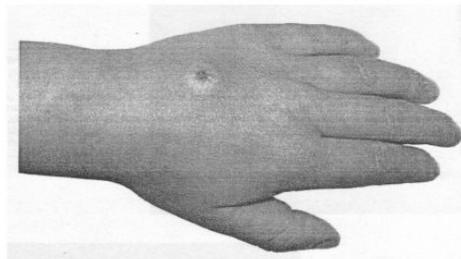


Figura 9:

En la parte superior del dorso de la mano se observa la presencia de una quemadura de cigarrillo reciente, en evolución costrosa. En tanto que en la muñeca y en la parte inferior, se observa la presencia de pequeñas lesiones hipopigmentadas, secuelares, de antigua data por quemaduras del mismo tipo.

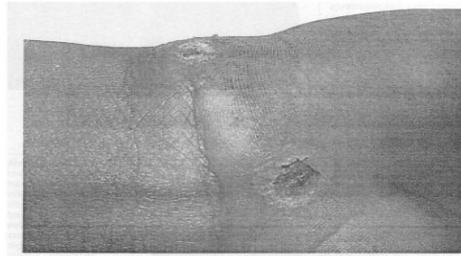


Figura 10:

Dos quemaduras por cigarrillo, recientes, en evolución costrosa.

Escaldaduras: le siguen en frecuencia. Producidas por contacto con líquidos calientes, son más extensas que las anteriores y en general no muy profundas.

Algunas adquieren características particulares como las denominadas en guante o en media, producto de la introducción, por parte del maltratador, del extremo de estos miembros en el líquido caliente, resultando altamente sospechosas de M.I.

Por objetos incandescentes: producidas por objetos que se hallan a alta temperatura. Suelen ser de bordes netos y reproducir la forma de los objetos empleados. Los más utilizados son los utensilios de cocina. En general tienen cierta profundidad y curan con cicatriz.

Como en el caso de las contusiones, Johnson y Showers⁶¹ han esquematizado las marcas observadas en la piel de los niños afectadas por quemaduras:

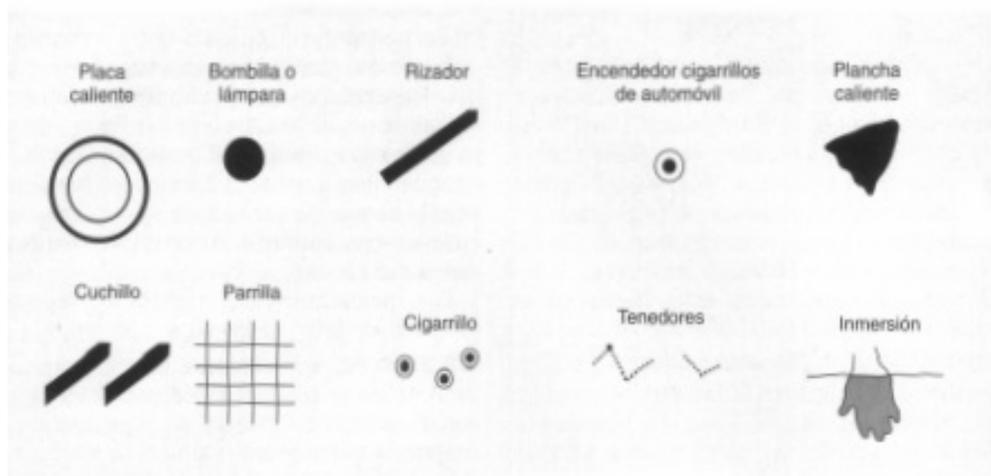


Figura 11: Características de las improntas de quemaduras según la forma del objeto utilizado.⁶²

Deben tenerse en cuenta, en el examen físico, las lesiones secuelas por quemaduras previas, múltiples quemaduras en diferentes periodos evolutivos, quemaduras en guante o media, quemaduras por cigarrillo.

3) Mordeduras:

Las mordeduras pueden ser lesiones de cierta frecuencia en niños que concurren a jardines de infantes. Constituyen una forma de agresión común entre niños de 2 a 3 años. Otra circunstancia a tener en cuenta es la presencia de animales domésticos. De no mediar alguna de estas circunstancias, toda mordedura, en especial, si es repetida en el niño, debe considerarse sospechosa.

Los animales domésticos (perro, gato) suelen ocasionar lesiones pequeñas (dependiendo del tamaño del animal), pero más profundas y desgarradas, muy sangrantes y de gravedad. Las mordeduras humanas, en cambio, suelen ser más superficiales, en forma de medialuna y en ellas debe diferenciarse si corresponden a un niño o adulto. Para ello debe considerarse como parámetro la distancia existente, en la impronta, entre el centro de los dos caninos. Si es mayor de 3 cm se trata de la arcada dental de un adulto o niño mayor de 8 años.

⁶¹ Johnson CF, Showers J. Injury variables in child abuse. Abuse negl. 9: 207-215, 1987

⁶² Casado Flores J. Díaz Huertas J. Martínez González C. Niños Maltratados. Madrid. Díaz Santos. 1997.

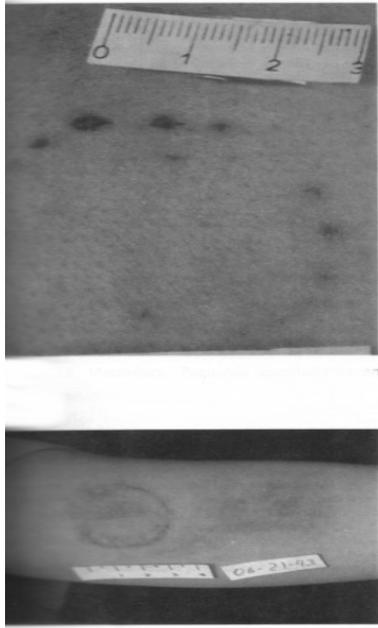


Figura 12:
Mordeduras humanas:

4) Alopecías traumáticas.

Se pueden observar zonas del cuero cabelludo con falta de pelo, ocasionadas por el fuerte tironeamiento del mismo en forma reiterada.

5) Lesiones de los oídos.

Ruptura y hematoma de la membrana timpánica (por golpe directo en la zona). La presencia de sangre detrás de la membrana timpánica puede indicar fractura de la base de cráneo.

6) Lesiones en los ojos.

Además de las lesiones de partes blandas, podemos encontrar por golpe directo: dislocación de lente, desprendimiento de retina, hemorragia retiniana (producida también por sacudimiento), catarata traumática, hemorragia conjuntival, etc.

7) Lesiones toracoabdominales.

La importancia de estas lesiones radica en su extrema gravedad, siendo más frecuentes a nivel abdominal. Las lesiones en tórax son infrecuentes, aunque no excepcionales.

El traumatismo de abdomen no accidental y el de cráneo, son las formas más graves de maltrato

Esto se relaciona, no sólo con la gravedad de las lesiones sufridas y la aparición tardía de síntomas, sino con el hecho de la consulta tardía efectuada por los padres, que tienden a minimizar el episodio para ocultar su conducta.

Predominan en niños mayores de 2 años y hay que tener en cuenta que importantes lesiones de órganos internos pueden dar escasas o nulas manifestaciones en superficie (hematomas, contusiones).

El mecanismo más común en su producción es el golpe directo sobre el abdomen, por un puñetazo o puntapié, cuando el niño está agachado en el piso.

Los niños presentan ciertas características anatómicas y fisiológicas que los hacen más vulnerables a este tipo de lesiones:

- *) Volumen sanguíneo pequeño que favorece las descompensaciones hemodinámicas por pequeñas hemorragias internas,

- * Proporcionalmente los órganos presentan un volumen mayor que el de los adultos, por lo que, fundamentalmente el hígado, queda más expuesto en la cara anterior del abdomen.

- *) Epiplón gástrico de pequeño tamaño y corto,

- *) Tórax y abdomen con volúmenes relativamente más pequeños que en los adultos, por lo que los órganos se hallan más expuestos,

- *) Musculatura abdominal y torácica poco desarrollada; menor pániculo adiposo;

costillas sumamente flexibles.

El hígado es el órgano más afectado en los casos de lesiones abdominales por maltrato infantil y el lóbulo izquierdo el más comprometido. Se acompaña 80% de las veces de fracturas costales, a diferencia de las lesiones accidentales que comprometen al bazo, o al lóbulo derecho del hígado, con una tasa menor de fracturas costales.

Estas pueden presentarse como: dolor, vómitos, obstrucción, shock.

Otras lesiones que suelen verse son: pancreatitis traumática y pseudoquistes traumáticos de páncreas, hematomas (duodenal, retroperitoneal, perirrenal, intramurales de estómago y/o intestino), ascitis quillosa por injuria mesentérica.

Excepcionalmente se producen lesiones como rotura de vejiga. Las lesiones renales son las menos comunes de todas.

Lesiones de tórax: los traumatismos torácicos son lesiones poco frecuentes y muchos de ellos suelen pasar desapercibidos, debido a la escasa repercusión que pueden tener en la superficie corporal. Van acompañados, sin embargo, de una alta tasa de mortalidad. Las lesiones viscerales torácicas son infrecuentes. No obstante, pueden hallarse: fracturas costales, contusión pulmonar, neumotórax, hemotórax, quilotórax, contusión cardíaca.

Fracturas costales: más del 90% de los casos se da en niños menores de 2 años. El mecanismo más frecuente de producción es la compresión directa de la jaula torácica, en ocasión de sacudir o zamarrear al niño y el menos frecuente: golpes directos en la parrilla. Son lesiones que no siempre se acompañan de hematomas o contusiones en la superficie de la piel, por lo que su diagnóstico se basa en los datos clínicos recogidos, tales como taquipnea o cianosis, que reflejan la dificultad respiratoria por dolor.

8) Lesiones osteoarticulares:

En todo niño menor de 2 años, con fracturas en cualquier localización, aún con relato coherente, se debe sospechar maltrato infantil (MI) hasta que se demuestre lo contrario.⁶³

Las fracturas en las diáfisis de los huesos largos o de cráneo resultan fácilmente identificables, pero hay lugares claves adonde ir a buscar lesiones específicas:

Metáfisis.

Arcos Costales posteriores.

Periostio.

Síndrome de Silverman: fracturas óseas múltiples, de edad variada; hematomas subperiósticos, diafisiarios o metafisiarios y arrancamientos metafisiarios.

Las fracturas metafisiarias se producen por mecanismo de tracción, estiramiento, sacudida o retorcimiento de los miembros, ocasionando una microfractura planar transmetafisiaria a nivel de la esponjosa primaria. Son frecuentes en lactantes y el diagnóstico depende de su búsqueda específica.

Las imágenes radiológicas de las fracturas metafisiarias **en esquina** o en **asa de balde**, características de MI, son el resultado de la combinación de la fractura metafisiaria planar y la incidencia del haz de rayos x al momento de obtener la radiografía.

⁶³ Guía y tratamiento. Maltrato infantil. Hospital de niños Ricardo Gutiérrez. Buenos Aires. 2000.



Figura 1:
Fractura metafisiaria, en
"esquina".

Figura 2:
Fractura metafisiaria "en asa de
balde"

Fracturas de arcos costales posteriores: se producen cerca de la articulación costovertebral. Se observan en lactantes y niños pequeños (síndrome del bebe sacudido), por lo que deben ser buscadas ante la sospecha de abuso.

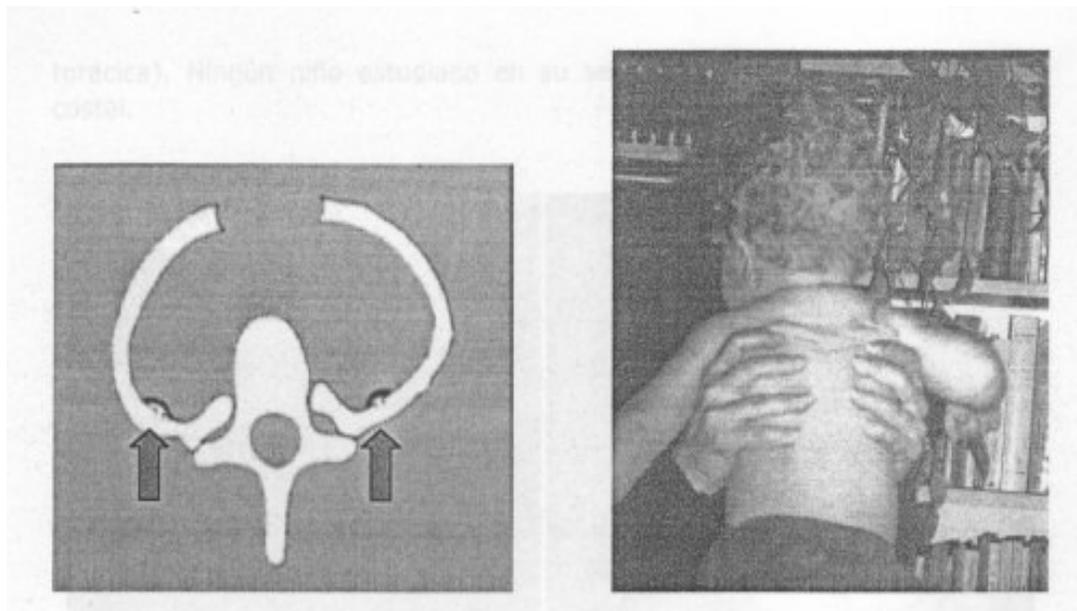


Figura 3:
Localización de las fracturas costales, a nivel del arco posterior, cercanas a la unión costovertebral (flechas)

Figura 4:
Mecanismo de producción de las fracturas costales en los lactantes. Obsérvese la posición de las manos y el mecanismo de presión de los dedos sobre las líneas paravertebrales.

La formación de hueso nuevo subperióstico se produce por sacudidas o retorcimiento de los miembros, ocasionando un despegamiento del periostio en la zona de la diáfisis, con un sangrado subperióstico, que con el correr de los días se irá osificando. A los 20 días la imagen radiológica estará bien definida.

Lesiones de huesos largos: las fracturas múltiples, inexplicables, en distintos estadios de consolidación, se consideran patognomónicas de MI ⁶⁴.

Las localizaciones más frecuentes son las de las extremidades (húmero, tibia y fémur). Las fracturas de fémur en niños que no deambulan, son altamente sospechosas.

Debe sospecharse lesión ósea en todo niño que no quiera movilizarse. En la fase aguda la radiología puede ser normal pero, ante la sospecha, debe repetirse el estudio, ya que las primeras manifestaciones pueden aparecer a los 10 días.

En niños mayores que deambulan, el mecanismo de fracturas de costillas es diferente, siendo por trauma directo (golpes, patadas). Pueden localizarse a nivel del arco costal lateral, posterior, anterior. Las lesiones suelen ser múltiples, pudiendo acompañarse de hematomas o perforación de vísceras huecas (duodeno o intestino delgado).

En el caso de sospechar lesiones viscerales deben realizarse:

Rx directa de tórax (fracturas de costillas, hemotórax, derrame pleural).

Rx directa de abdomen (hemoperitoneo, neumoperitoneo, ileo paralítico, etc.).

Seriada gastroduodenal (hematoma duodenal).

Ecografía abdominal.

Es necesario remarcar que las maniobras de resucitación cardiopulmonar no producen, salvo excepciones, fracturas costales, debido a la elasticidad de la caja torácica.

De ser necesario deben completarse los estudios con:

Centellograma óseo de cuerpo entero.

Tomografía axial computada.

Resonancia magnética nuclear.

9) Traumatismo de cráneo.

Las fracturas de cráneo y las lesiones del sistema nervioso central son las causas más frecuentes de muerte en los niños maltratados.

⁶⁴ Guía de diagnóstico y tratamiento. Maltrato infantil. Asociación Médica del Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez. 2: 44. 1999.

Las fracturas accidentales suelen ser lineales y de localización frontoparietal. Ante la detección de fracturas complejas, deprimidas, múltiples, bilaterales, diastásicas, o de localización occipital, debe descartarse la posibilidad de M.I., ya que las mismas requieren un fuerte impacto.

“Las fracturas de cráneo accidentales, no se encuentran comúnmente asociadas a sangrado extra o subdural. En ausencia de fractura de cráneo, el descubrimiento de un sangrado intra craneal puede deberse a un trauma directo o ser un síndrome del niño sacudido”.

Nariz de boxeador: traumatismos múltiples y repetidos en la región nasal.

10) Sistema nervioso:

Hematoma subdural. Puede producirse por mecanismo directo (golpe) o por mecanismo indirecto (aceleración - desaceleración), característicos del síndrome del bebé sacudido.

El diagnóstico se hace, fácilmente, con tomografía computada. Cuando las suturas y las fontanelas están abiertas puede usarse la ecografía, aunque esta última técnica detecta un 50% menos de patología que la tomografía en niños abusados. Puede, sin embargo, ser útil en niños menores de 1 año, en los que existe sospecha de injuria encefálica y resulta difícil justificar el pedido de tomografía.

Las lesiones de áreas significativamente importantes resultan en déficit neurológico focal, incoordinación, pérdida de sensibilidad y pérdida funcional, que puede ser permanente o transitoria, según sea la extensión del daño y su localización. La irritación aguda y la cicatriz crónica pueden ocasionar convulsiones.

11) Lesiones oculares:

Las hemorragias retinianas accidentales son infrecuentes en niños, con lo que su presencia debe hacer sospechar maltrato infantil. También se pueden observar desprendimientos retinianos, hematomas periorbitarios y hemorragia vítrea.

Debe realizarse fondo de ojo para detectar esas hemorragias retinianas características en el niño pequeño con injuria cefálica por abuso. Otro hallazgo es el edema de papila como signo de hipertensión endocraneana.

Exámenes complementarios:

1) Laboratorio:

Se deberán solicitar las siguientes determinaciones: hemograma, urea, glucemia, coagulograma (fundamentalmente en niños que presenten

hematomas, equimosis, sin olvidar que pacientes con coagulopatías también pueden ser abusados), orina completa.

Estudios enzimáticos: la amilasa aumenta en la 3ª o 4ª semana posterior al episodio traumático que involucre páncreas, lográndose una completa resolución en un año aproximadamente. Las transaminasas aumentan más precozmente como resultado del daño hepático.

Otro hallazgo, en el niño golpeado, es la detección de mioglobinuria producida por la rhabdmiolisis y que puede ocasionar fallo renal agudo. El niño presenta orinas oscuras con sangre positiva en las tiras, pero en el sedimento no se observan glóbulos rojos.

2) *Diagnóstico por imágenes:*

Cráneo: radiografías frente, perfil, Towne. De ser necesario completar con T.A.C. y/o R.M.N.

Osteoarticular: Rx comparativa de huesos largos. De requerirlo realizar Centellograma, T.A.C. y/o R.M.N.

Tórax: Rx simple frente y perfil, eventualmente completar con Ecografía, T.A.C.

Abdomen: Rx simple, de requerirlo realizar estudios contrastados, ecografía, T.A.C.

Diagnósticos diferenciales:

Con patologías que cursan con hematomas y/o hemorragias:

- Hemofilias
- Púrpuras
- Síndrome de Danlos
- Leucemias

Con patología ósea que cursa con múltiples fracturas y/o estructura ósea deficitaria:

- Osteogénesis imperfecta
- Raquitismo
- Osteomielitis
- Leucosis
- Neuroblastoma

Con enfermedades óseas con alteraciones metafisiarias:

- Escorbuto
- Enfermedad de Menkes
- Lúes congénita

Con enfermedades óseas con reacción perióstica

Hiperostosis cortical infantil

Osteoma osteoide

Lúes - Escorbuto

Leucosis

Muerte súbita

El niño maltratado puede presentarse como una muerte súbita, con la que deberá realizarse el diagnóstico diferencial.

Se define como muerte de causa dudosa en lactantes menores de un año, sin manifestaciones externas de maltrato.

**) Conducta diagnóstica:*

Revisión minuciosa de la historia clínica del centro asistencial que recibió al lactante; interrogatorio sistemático y completo a las personas implicadas en el hecho (personal del centro asistencial, padres, cuidadores, familiares, persona que lo llevó al centro.)

Mapeo radiológico completo.

Autopsia Médico-Legal **completa**.

**) Causas de muerte más frecuentes:*

Asfixia (bolsas de plástico, cordón del chupete, sofocación con la almohada u otro elemento, etc.)

Lesiones medulares.

Hematoma subdural.

Procedimientos diagnósticos:

El maltrato infantil, a pesar del perfil clínico que se ha ido conformando con los años, continúa, a la fecha, constituyendo un cuadro no muy bien delimitado en sus aspectos fronterizos, lo que incide en la subnotificación y en las dificultades de su diagnóstico.

Hay que considerar que un grupo de niños afectados, puede no mostrar lesiones, por lo que es un diagnóstico que siempre se debe tener en cuenta ante la consulta de los niños y adolescentes.

El diagnóstico se basa en la implementación de una completa evaluación del niño y su entorno.

Anamnesis completa: antecedentes personales, familiares, socio ambientales. Descripción de los hechos y correlación de las lesiones.

Examen físico completo.

Evaluación psicopatológica familiar e individual.

Diagnostico social.

Exámenes complementarios de diagnóstico

Pautas para el diagnostico:

Lesiones sin correspondencia con el desarrollo psicomadurativo del niño.

Correlación entre producción de la lesión y la fuerza necesaria para ocasionar dicha lesión.

Combinación de diferentes estadios evolutivos de las lesiones.

Tardanza en la consulta médica.

Versión contradictoria entre el relato de los padres y/o cuidadores y las lesiones del niño.

Reacción inadecuada de los padres ante la gravedad de la lesión.

Cambio de conducta habitual y en el rendimiento escolar. Conducta hipervigilante del niño.

Retraso en el crecimiento que mejora rápidamente durante la internación.

Falta o escaso vínculo madre-hijo. Falla en los vínculos familiares.

Modificación del relato en sucesivas oportunidades y frente a distintos profesionales.

Historia de traumatismos y/o accidentes frecuentes.

Paciente cuya conducta y afecto no son los esperados en la circunstancia de la consulta, por ejemplo: extrema pasividad ante procedimientos dolorosos, reacciones violentas, desmedidas frente al adulto etc.

Temor o rechazo a uno o ambos padres.

Examen psicosocial

Debe ser realizado por profesional psicopatólogo y asistente social. Comprende la evaluación de los vínculos familiares y sus perturbaciones, el grado de violencia existente, la personalidad de los padres y/o cuidadores, condiciones socioeconómicas, el niño en forma individual, el relato del maltrato si lo hubiera.

Se hará la evaluación, no sólo de las relaciones intrafamiliares, sino también de su interacción con otras familias, la comunidad y sus pautas culturales. Estas interacciones son circulares y permanentes. Su correcta interpretación mostrará las falacias en el sistema familiar, su entorno cercano y/o la red social en que participa.

En el niño se evaluarán las áreas conductuales, cognitivas, intelectual, psicomotriz, comportamiento escolar y en relación con otras áreas sociales,

mecanismos de comunicación (lenguaje verbal y no verbal). También se tendrá en cuenta la actitud del niño frente al profesional y el entorno durante la entrevista.

ASPECTOS CLÍNICOS Y LEGALES DEL ABUSO INFANTIL

(Segunda parte)

Claudio Adelfang
Verónica Anastasio
Silvia González
Alicia Lasausa
Cecilia Scliar
*Luis Stabilito**

Abuso sexual

La definición de abuso sexual infantil⁶⁵ utilizada clásicamente, se refiere al “compromiso de un niño” en actividades sexuales que no corresponden a su etapa evolutiva, es decir, a su desarrollo psicosexual. Siendo por definición, emocionalmente inmaduro y dependiente, no está capacitado para dar su consentimiento a acciones que violan los tabúes de los roles familiares y de la cultura a la que pertenece.

Asimismo, se propone comprender al abuso sexual como todo acto de poder que coloque al niño en calidad de objeto sexual por medio de toda forma de toqueteo, exhibicionismo, masturbación, pornografía, etc., y no sólo como la penetración oral, anal o vaginal, sobrepasando el tono erógeno tolerable para un niño.

La condición para el abuso es que haya sometimiento de un sujeto a otro.

La variable más importante es la diferencia significativa en el tamaño, condición o desarrollo entre el agresor y la víctima.

Los abusos sexuales se producen con igual incidencia en todos los grupos étnicos, religiosos y socio-económicos.

* *Médicos del Servicio de Guardia del Hospital de Niños Pedro de Elizalde, Buenos Aires, Argentina.*
Trabajo publicado en la Revista del Hospital General de Niños Doctor Pedro de Elizalde, Vol. 19, N°1 (pág. 30-42), Año 2009.

⁶⁵ Dres. A. Sacroisky, A. Semisa, A. Fairman, D. Felbarg, J. Indart, J. Viar, M. Kuitca, M. Oliver y Lic. J. Tomasini. Qué hacer cuando un niño es abusado sexualmente. Archivos Argentinos de Pediatría. 105(4): 357. 2007.

En 1984 Finkelhor y Krugman⁶⁶ sugieren que para que se produzca un abuso sexual deben darse determinadas condiciones:

El abuso debe satisfacer alguna necesidad del abusador, emocional o de excitación sexual (el abusador debe excitarse sexualmente con los niños).

El abusador debe vencer inhibiciones, que pueden reducirse con el empleo de drogas y alcohol. Puede deberse a una alteración emocional, una tolerancia social del interés sexual en los niños (justifica la conducta) y a una baja penalización delictiva existente contra quienes cometen abusos (límite jurídico por temor a la consecuencia, de escaso peso en el abusador).

Oportunidad externa, poco control de los padres, aislamiento social, cohecho.

Niño vulnerable que solicite atención, situación que aprovecha el abusador, seduciendo primero y coaccionando luego, ante la resistencia del abusado. Un niño puede ser vulnerable por tener la edad, el sexo que el abusador prefiere, baja autoestima, sentirse aislado.

Lanning⁶⁷ describe dos tipos de agresores: *el situacional* (explota a otras personas sin preferencia exclusiva por los niños) y *el preferencial o paidófilo* (prefiere la actividad con los niños).

En cuanto a las *mujeres abusadoras*, se describen 3 tipos (todas con antecedentes de haber sufrido abuso en niñez o adolescencia):

La maestra adolescente: ve al niño como un igual y piensa que la experiencia es positiva para el niño, no entendiendo el carácter abusivo de la misma.

La agresora intergeneracional: inicia el abuso, es más probable que tenga fantasías sexuales desviadas. Puede tener conductas autolesivas, llegando al suicidio.

La agresora coaccionadora: mujer con alta dependencia de los varones, con baja autoestima y sentimiento de impotencia en las relaciones.

Perfiles del abuso sexual⁶⁸

Abuso intrafamiliar:

Familias aisladas física y socialmente, confusión de los roles. Comúnmente los hijos mantienen una socialización inadecuada con otros niños para sostener el secreto del abuso.

⁶⁶Anderman J. Abuso sexual infantil. Revista del Hospital de niños Ricardo Gutiérrez. Rev. Hosp. Niños Baires. 40: 184-192. 1998.

⁶⁷ Lanning K. Child molesters: a behavioral analysis. Deviant and criminal sexuality. Washington DC. National Center for the Analysis of Violent Crime; Federal Bureau of Investigation, U.S. Department of Justice. 1991.

⁶⁸ Dean X. Pamelee. Abuso infantil. Psiquiatría del niño y el adolescente. Madrid. Harcourt Brace. 251-268. 1998.

Berra⁶⁹ encontró, en su trabajo de abuso sexual intrafamiliar (1991), que las familias mostraban en su evaluación psicopatológica, dificultad en la instauración de la prohibición del incesto (borramiento en las diferencias generacionales y sexuales entre el afecto filial y el erotismo). El incesto, en vez de ser inscripto en el seno familiar como un hecho traumático, es transformado en un código familiar que lo hace permitido.

La trasgresión de la prohibición existe en mayor o menor medida en ambos padres, surgiendo el abuso como un acuerdo consciente o inconsciente entre ellos. El niño es investido de la posibilidad de realizar un deseo inconsciente que pertenece a la infancia de los padres.

Patrones familiares:

*) *Dependencia –dominio*: padre dependiente, madre dominadora. Cuando ésta última deja de aceptar la dependencia paterna, se separa de él y ésta se dirige a la hija para su satisfacción.

*) *Posesiva –pasiva*: padre considera a su esposa e hijos como sus posesiones, “es el dueño” y por lo tanto puede usarlos sexualmente.

*) *Dependiente- dependiente - incestogénica*: Los padres no pueden satisfacer sus necesidades emocionales y se dirigen a sus hijos. La respuesta inicial de la niña puede no ser negativa (relación especial, privilegiada en relación a los otros familiares). El abusador la aísla del medio social por temor a que revele la relación. A medida que el abuso es más intrusivo sexualmente, aumenta el miedo de la niña, siendo necesaria mayor coacción y amenaza por parte del abusador.

En los casos de abuso entre hermanos, estos pudieron ser víctimas de abuso. La falta de presencia de los padres actuaría como facilitador.

En el caso de abuelo- nieto, en general, antes lo ha hecho con sus hijos.

Abuso extrafamiliar:

Padres adoptivos, parejas recientes y cuidadores, son los más frecuentes, ya que entran en contacto con los niños en el momento de la separación (mayor necesidad emocional)

El agresor preferentemente busca trabajar en lugares donde hay niños, para entrar en contacto con ellos (escuelas, grupos de jóvenes religiosos o no, clubes).

Otras formas de abuso lo constituyen la prostitución infantil y los círculos sexuales, que pueden ser únicos (un agresor y varias víctimas), de transición (varios agresores y víctimas adolescentes) y sindicados (formas

⁶⁹ Berra J. et al. El espectro del abuso infantil. Hallazgos de un equipo interdisciplinario. Arch. Argent.Pediatr. 89 (3): 155-163. 1991.

organizadas). De estas actividades pueden pasar al trabajo y la comercialización de material pornográfico.

Condiciones necesarias para un abuso:

Sucede siempre en una relación aparentemente de dos (niño y abusador).

En secreto (condición para que se perpetúe). Los abusos que se perpetúan en el tiempo conllevan la falla ambiental de por lo menos dos adultos.

Sin testigos.

Mecanismos que contribuyen al abuso sexual

*) *El Secreto*: (Permite la continuidad del abuso). El abusador lo mantiene inicialmente a través de sobornos y luego con amenazas.

*) *La impotencia*: (No puede detener el abuso).

*) *Atrapamiento*: la víctima queda atrapada en las demandas sexuales del abusador hasta que revele el secreto. Si esto no sucede, aumentan la culpa y la vergüenza, asumiéndose como responsable de la situación.

*) *Acomodación*: Es la tolerancia emocional del abuso (Summit, 1983).

*Crisis de divulgación:*⁷⁰

Es el momento en que el niño se anima a contar lo sucedido. Se produce después que el niño ha pasado un tiempo con el agresor.

En los niños es generalmente accidental. Los adolescentes, en cambio, suelen contar lo sucedido sin enojo, voluntariamente.

Un alto porcentaje de los niños (aproximadamente 75%) niega lo revelado, minimiza los hechos, toma distancia de lo ocurrido, proyectándolo a otras personas o colocándolo en el pasado (revelación provisional). Se enfrenta a la pérdida del cariño de la familia. Sin embargo, el 92% de los que en segunda instancia negaron, termina reafirmando que sufrieron el abuso (revelación activa).

Al evaluar la sospecha de abuso se debe buscar:

En los padres:

Antecedentes de abuso.

Coalición en el funcionamiento familiar.

⁷⁰ Toporosi S. Clínica del abuso sexual en la infancia y adolescencia. Arh. Argent. Pediatr. 27 (1): 507-509. 2003.

Situación del matrimonio: si está pasando por una separación tener en cuenta que las acusaciones pueden ser falsas, constituir el detonante de la separación, o ser ésta el detonante para revelar el abuso.

En el niño:

Rendimiento cognitivo.
Juegos (consensuado o coercitivo) y dibujos.
Curiosidad sexual inusual para la etapa madurativa.
Masturbación excesiva.
Alteraciones del sueño.
Fobias y miedos.
Cefaleas.
Enuresis, encopresis.
Dolor abdominal recurrente.

En los adolescentes

Depresión.
Intento de fuga.
Intento de suicidio.
Adicciones.
Prostitución.
Conductas sexuales de riesgo.
Trastornos de la personalidad.
Conductas autoagresivas.
Trastornos alimentarios.

Factores dinámicos de impacto emocional

**) Sexualización traumática:*

El niño recibe una recompensa que no es la adecuada a su desarrollo. Aparece la sexualidad como estrategia y la sexualización inadecuada de la conducta. Esto se manifiesta por enuresis, encopresis, cambios bruscos en el rendimiento escolar.

**) Traición:*

El niño sabe que alguien de su confianza lo manipuló y dañó deliberadamente. La otra persona de su confianza no le creyó ni protegió. Esto

lo lleva a dependencia extrema en busca de confianza. Es vulnerable a la victimización posterior, creando relaciones que implican abuso sobre sí y sus hijos. Esta falta de confianza conduce a malas relaciones de pareja.

**) Impotencia:*

Se siente incapaz de ser eficaz en algún campo, tiene necesidad de control, a veces se disocia, se identifica con el agresor. El deterioro de la sensación de eficacia puede llevar a problemas de aprendizaje, intento de suicidio, huídas, trastornos del comportamiento alimentario, sobreadaptación.

**) Estigmatización:*

Es la sensación de vergüenza y culpa que conceptualiza la víctima sobre si misma. La baja autoestima, la persistente culpa y vergüenza y la creencia de ser la única persona a la que le sucede, la llevan a conductas de automutilación, adicciones, retracción social, fobias, suicidio.

En Sydney⁷¹ se realizó un trabajo con niños abusados sexualmente, evaluándolos a los 5 años del diagnóstico y comparándolos con grupo control.

Muestra:

84 niños abusados (62 mujeres y 22 varones). Promedio de edad: 15 años para las mujeres y 12 para los varones. Con respecto al abusador: 20% eran figuras parentales, 24% parientes, 17% figuras con autoridad, 14 % amigos de la familia, 12% conocidos, 13% desconocidos.

Resultados:

Los niños abusados son significativamente más disfuncionales en su comportamiento, sufriendo más eventos negativos en su vida con respecto al grupo control (adicciones, hechos delictivos, embarazos no deseados, autoagresiones, intentos de suicidio).

El rol de la familia es brindar a los niños cuidados afectivos, sostén económico y contribuir a la no confusión de sexos y generaciones.

Con respecto a todos aquellos que toman contacto con el niño y forman parte del equipo interdisciplinario (médicos, psicólogos, asistente social y docentes): deben intervenir sin someter al niño nuevamente, acompañándolo y garantizando que se sienta escuchado.

Examen físico⁷²:

La signosintomatología puede involucrar la esfera ano-genital y superponerse a patologías pediátricas no abusivas (vulvovaginitis de larga data, prurito anal, eritema y congestión vulvar, enuresis, constipación, encopresis, dolor abdominal recurrente).

⁷¹ Swanston H. Tebutt J. O'Toole B. y col. Niños abusados sexualmente: evaluación 5 años después del diagnóstico: un estudio control de casos. *Pediatrics*. 100: 600-608. 1997.

⁷² Anderman J. Abuso sexual infantil. *Rev. Hosp. Niños Baires*. 40: 184-192. 1998.

En los casos de acción violenta reciente, el cuadro clínico es más claro: hemorragia genital, hematomas perigenitales, ruptura del tabique rectovaginal, etc.

Los hallazgos físicos de la zona ano-genital dependen de:

El uso o no de la fuerza.

Abuso agudo o crónico.

Si se introdujo algún objeto y su tamaño.

Nivel de resistencia del niño.

Tipo de actividad sexual.

Desde el manoseo genital hasta el coito pueden producir eritemas, edemas, abrasiones, contusiones superficiales y/o profundas. Estas lesiones se ubican fundamentalmente en parte media de la vulva, horquilla posterior y fosa navicular.

El uso de objetos puede generar hematomas, ruptura himenial y en algunas ocasiones, lesiones de la pared vaginal.

En el abuso prolongado se pueden ver lesiones del orificio himenial en horas 3 a 9 con la niña en decúbito dorsal.

En las prepúberes, la apertura himenial en posición de rana, es de 0.6 cm., aunque se vio, que en niñas colaboradoras, abusadas con penetración, a veces el diámetro era menor de 0.5 cm.

Sin embargo, la irregularidad del perímetro himenial, con apertura mayor de 1 cm. y desgarros o escotaduras en hora 6 (entre 3 y 9) obligan a pensar en abuso.

La región anal es de difícil interpretación, excepto en las lesiones traumáticas agudas.

Las lesiones pueden ir desde eritemas, excoriaciones, fisuras, hematomas periorificiales, laceraciones, hasta transección del esfínter anal externo y perforación recto-sigmoidea.

En los procesos de larga data se puede ver pérdida de la rugosidad normal de la mucosa y de la grasa subcutánea perianal e ingurgitación venosa.

La dilatación anal persistente, con ampolla rectal vacía (mayor de 10 segundos, 2 cm. de diámetro), descartada patología neurológica y/o funcional, es sugestiva de abuso.

Por último, se pueden observar lesiones compatibles con enfermedades de transmisión sexual (por ejemplo las vegetaciones compatibles con condilomas).

Exámenes complementarios:

Se deberán solicitar las siguientes determinaciones de laboratorio: hemograma, hepatograma, urea, glucemia, coagulograma (fundamentalmente en niños que presenten hematomas, equimosis, sin olvidar que pacientes con coagulopatías también pueden ser abusados), orina completa con detección de espermatozoides, fosfatasa ácida, cultivo de secreciones vaginal, anal, uretral y/o faríngea; serología para lúes, hepatitis B, C y D, HIV, diagnóstico de embarazo.

Indicadores diagnósticos:

El Comité de Maltrato Infantil del Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez,⁷³ ha destacado los siguientes indicadores:

Indicadores de Certeza:

Enfermedades de transmisión sexual. (Gonococcia, Sífilis adquirida).

Embarazo.

Espermatozoides o fosfatasa ácida en vagina, vulva, cavidad oral, piel, ropa interior, orina.

Indicadores de Alta Sospecha:

Relato espontáneo del niño.

Relato de un tercero.

Diámetro transversal himeneal mayor de 1 cm. en niñas pre-púberes.

Hematomas, excoriaciones en cuello, pechos, región interna de muslos, etc.

Esfínter anal dilatado, pérdida de pliegues de la mucosa, fisuras múltiples (horas 6 y 9), hematoma perianal.

Lesiones en región peneana y/o escrotal.

Indicadores de Probabilidad:

Juegos erotizados para la edad del niño.

Cambios inespecíficos de conducta: masturbación excesiva, juegos sexuales repetidos, pesadillas, fobias, conductas agresivas. En adolescentes: fuga, intento de suicidio.

Infecciones por *Gardnerella vaginalis*, *Chlamydia trachomatis*, herpes II, HIV, condiloma acuminado.

⁷³ Guía de diagnóstico y tratamiento. Maltrato infantil. Asociación Médica del Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez. 1999.

Inespecíficos: vulvovaginitis, prurito y/o sangrado vaginal, enuresis, encopresis, disuria, secreción uretral, dolor en la defecación, dolor abdominal recurrente.

Abuso emocional

Se define como la falta de apoyo psicológico al niño u hostilidad verbal crónica en forma de insulto, burla, desprecio, crítica, amenaza de abandono y constante bloqueo de las iniciativas de interacción infantiles, desde la evitación hasta el encierro, por parte de cualquier adulto del grupo familiar. Las características más frecuentes encontradas en este tipo de abuso son:

- a) Demandas parentales que exceden la capacidad del niño.
- c) Trastornos en el desarrollo de la personalidad e integración social.
- d) Problemas conductuales/comportamientos extremos, conductas que requieren llamados de atención o pasividad extrema.
- e) Sintomatología psicósomática.
- f) Déficit en el rendimiento escolar.
- g) Asunción por parte del niño/a de roles o actitudes de adulto (cuidar a otros niños), o demasiado infantiles.
- h) Retraso del desarrollo físico y/o emocional.
- i) Intentos de suicidio.

Cuando el abuso emocional llega a formas extremas, se manifiesta por importante rechazo, indiferencia, desvalorización, aislamiento, corrupción.

Briere⁷⁴ ha descrito 8 tipos de conductas distintas en esta forma de abuso:

- 1) Rechazo deliberado.
- 2) Degradación o devaluación.
- 3) Sentirse aterrorizado.
- 4) Aislamiento.
- 5) Corrupción.
- 6) Explotación.
- 7) Negación de la estimulación emocional, el interés o la disponibilidad.
- 8) Cuidado de hijo poco fiable y poco uniforme.

⁷⁴ Dean X. Pamelee. Abuso infantil. Psiquiatría del niño y el adolescente. Madrid. Harcourt Brace 251-268. 1998.

Indicadores:

- Rechazo a las iniciativas de apego, en los más pequeños.
- Exclusión de las actividades familiares.
- Transmisión casi habitual de una valoración negativa del niño.
- Negación de autonomía en los más grandes.
- Conductas de amenaza e intimidación.
- Conductas ambivalentes e imprevisibles.

En general, los padres son muy inseguros en la forma de aplicar disciplina, siendo importante el abuso de drogas y/o alcohol. Otro rasgo de peso y bastante común, es el antecedente de haber sufrido experiencias similares en su infancia.

La consecuencia más frecuente es la baja autoestima, que genera dificultades en el rendimiento académico y en las relaciones interpersonales.

Los niños piensan que lo que hacen está mal y que por eso son castigados. Malinterpretan los comentarios y el lenguaje no verbal de la comunicación, pensando que son críticas hacia ellos.

Ya, en la adolescencia y la adultez, estos pacientes desarrollan síntomas de trastornos depresivos o distímicos.

Negligencia

Configura la falta de atención. Es el descuido, omisión o falta de aplicación o diligencia, que provoca la producción de daño físico, psíquico y/o social del menor, no permitiendo su óptimo crecimiento y desarrollo. Esta falta de satisfacción de las necesidades básicas del niño debe estar correlacionada con las posibilidades socio-económicas de la familia.

En el punto mas extremo de la negligencia se encuentran los niños en estado de abandono.

Entendiéndose por abandono del menor al incumplimiento de todas las responsabilidades parentales⁷⁵.

En el ámbito jurídico se definió, de este modo, el concepto de Abandono de Hijos: "El no preocuparse de los hijos, tanto en lo material como en lo moral, implica una actitud negativa, que en determinados casos, constituye delito. Ha de tratarse de situaciones de desamparo, como el no atenderlos en sus enfermedades, no darles lo necesario para la subsistencia o en el irregular incumplimiento de los deberes de la Patria Potestad" - Diccionario de Derecho Penal y Criminología - R. Goldstein.

⁷⁵ Bloun M, Vallejo Echeverri L, Índice Internacional y Diccionario de la Rehabilitación y de la Integración Social. Institut de Rèadaptation en déficience physique, Québec. 2002.

La negligencia física, consistente en la omisión de cuidados que llevan al daño físico, conforma el 50% de los abusos registrados anualmente en los EE.UU.

La negligencia emocional consiste en no brindar apoyo emocional (afectivo, protección, supervisión, etc).

La negligencia educativa no proporciona una estimulación adecuada o no escolariza al niño (familia, estado, sociedad).

Una de las formas más comunes de negligencia es en el aspecto médico: no realizar los controles médicos, ni las consultas para la preservación de la salud y el bienestar del niño. Es fundamental, en este punto, dejar en claro que el ser humano tiene el derecho a la libertad de decisiones informadas sobre su asistencia médica, pero no puede privar a sus hijos menores (legalmente incapaces para la toma de decisiones según nuestras leyes) de la asistencia médica que permita conservar su salud y/o evitar su fallecimiento (por supuesto que en situaciones límites, y en cada caso en particular, las decisiones frente a un niño agónico, dependen de cuestiones morales, religiosas y legales de cada sociedad).

La negligencia tiene su origen en la mala vinculación entre el niño y su cuidador. Se ha visto, que en el mayor número de casos, se trata de madres adolescentes, asociado esto a un bajo nivel socio-económico y escasa escolarización, incidencia de niños prematuros, bajo peso al nacer, irritables, discapacitados, etc. (requieren más cuidado de lo habitual). Las madres se encuentran menos preparadas emocionalmente para el cuidado del niño. En algunos casos recurren a su propia madre, aumentando los conflictos entre ambos padres y contribuyendo a deteriorar su autoestima y a incrementar rasgos depresivos, reforzando la negligencia.

Estos niños expuestos a la negligencia presentan como secuelas más comunes:

Retraso en el crecimiento.

Baja autoestima.

Escaso desarrollo de las habilidades sociales.

Escasa capacidad de resolución de problemas.

Además, puede haber un elevado sentimiento de enojo, de ira, con actitudes violentas, hasta delictivas.

Casos especiales:

a) Síndrome de Munchausen por poder

Este síndrome toma su nombre de un personaje real de la historia alemana, el Barón Hieronimus Karl Friederich Freiherr von Münchhausen (1720-1797). Militar alemán, oficial de caballería y gran fabulador, sus historias fueron llevadas a las letras y traducidas a varios idiomas.

La primera descripción de este síndrome fue realizada en 1951 por Richard Asher (médico psiquiatra) que lo define como una enfermedad facticia crónica con síntomas físicos en adultos, quienes exageran o fabulan síntomas para obtener atención médica innecesaria. Los trastornos facticios son compulsivos y responden a la necesidad psicológica de ocupar el rol de enfermo. (Asher, R. Lancet 1951, 339-341).

En 1977 el Dr. Roy Meadow⁷⁶ (pediatra británico), le dio el nombre de Síndrome de Munchausen por poder o por delegación, al trastorno facticio por el cual la enfermedad del niño es sugerida, inducida o fabricada por la persona más próxima a él (en general la madre).

En su trabajo original, Meadow refiere: "Algunos pacientes inventan constantemente historias falsas y producen evidencias innecesarias. Se describen aquí dos casos de progenitores que produjeron, mediante falsificaciones, innumerables procedimientos dañinos, una especie de Munchausen por poderes (by proxy)".

D. A. Waller advierte que existe un elevado porcentaje de antecedentes de abuso en adultos, a su vez maltratadores, enfatizando que los niños con el Síndrome de Munchausen tienen altas probabilidades de desarrollar en la vida adulta graves trastornos de la personalidad.

Por definición, el perpetrador sufre un grave desorden emocional, su patología es disimulada por adaptación social.

El diagnóstico se torna a veces muy difícil por la conducta materna "ejemplar" y/o la coexistencia de enfermedades verdaderas.

Características que orientan en el diagnóstico:^{77 78}

Enfermedades "extrañas" o inexplicables, con síntomas asociados temporalmente a la presencia materna.

Signos incongruentes con el aspecto físico del paciente.

Enfermedad repetitiva, largas internaciones, frecuentes consultas a servicios de emergencia y consultas médicas en general; cierta avidez de los padres en realizar estudios y procedimientos al niño.

Mejoría del niño al retirarlo del cuidado de su madre, sin que ésta se justifique por el procedimiento médico.

Enfermedad que aparece y se repite en algún hermano del caso índice, cuando a éste se le permite estar sano.

Ausencia de angustia en el abusador.

⁷⁶ Meadow R. Munchausen Syndrome by proxy. The Hinterland of Child Abuse. Lancet 13: 342-345. 1997.

⁷⁷ Fridman E. Síndrome de Munchausen por poder. Arch. Argent. Pediatr. 93 (2): 103-106. 1995.

⁷⁸ Souid A. Keith D. Cunningam A. Síndrome de Munchausen por poder. Clin. Pediatr. 37: 497-503. 1998.

Pasividad de la víctima frente al perpetrador.

Ante los hallazgos negativos en la evaluación médica, pueden aparecer “nuevos síntomas”.

Historia materna personal de Síndrome de Munchausen.

Malas relaciones familiares.

Madre única testigo de los síntomas, estimula la internación y los procedimientos diagnósticos invasivos.

Si aparece discordancia entre el relato materno y el examen clínico del niño, poniéndose en evidencia la manipulación, la madre buscará asistencia en otros lugares (consultas en distintos consultorios, hospitales, etc.).

El alta de las internaciones, en general, se debe a la desaparición de los síntomas que la generaron, no a un diagnóstico determinado.

Enfermedad psicológica del perpetrador: trastornos severos de personalidad y depresión.

DSM IV⁷⁹ (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales): le dedica un apartado a los Trastornos Facticios y su codificación con el CIE 10 (Clasificación Internacional de Enfermedades, décima revisión) utilizada en Europa y el CIE 9 MC (Clasificación Internacional de Enfermedades, novena revisión –modificación clínica) adoptada oficialmente por EE.UU.

CIE 10: F168.1

CIE 9 MC: 300.xx

En el apéndice “Criterios y ejes propuestos para estudios posteriores”, se proponen nuevas categorías de inclusión en el DSM IV, entre las que se encuentran los *trastornos facticios por poderes*.

Criterios de investigación para el trastorno facticio por poderes.⁸⁰

A. Producción o simulación intencionada de signos o síntomas físicos o psicológicos en otra persona que se halla bajo el cuidado del perpetrador.

B. La motivación que define al perpetrador es el deseo de asumir el papel de paciente a través de otra persona.

C. No existen incentivos externos que justifiquen este comportamiento (por ejemplo, una compensación económica).

D. El comportamiento no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental.

⁷⁹ DSM IV. Trastornos facticios. Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 483-487.1998.

⁸⁰ DSM IV. Trastornos facticios por poderes. Manual de diagnóstico y estadísticas de los trastornos mentales. 741-743. 1998.

El perpetrador suele ser la madre, pero ambos padres sufren desórdenes severos emocionales.

Existe una búsqueda ansiosa por tratar enfermedades, como lo que ocurre con los hipocondríacos, pero desplazando el motivo de preocupación de su cuerpo al de su propio hijo.

La madre establece con su hijo un vínculo simbiótico, con fallas en la discriminación y desconocimiento de las necesidades básicas infantiles.

El padre queda en una situación de exclusión, delegando en su esposa el "cuidado" de su hijo.

La pareja parental comparte la creencia de que el cuerpo del hijo es de dominio absoluto de la madre. La madre mediante fabulaciones sobre enfermedades graves y tratamientos inexistentes y el padre adoptando una actitud distante.

Riesgos y consecuencias de este tipo de abuso.

a) Morbilidad física a corto y largo plazo, pudiendo concluir con la muerte del niño.

b) Ausencia escolar.

c) Aislamiento social.

d) Tratamientos displacenteros.

e) Trastornos psíquicos en la separación-individuación (irritabilidad, dificultad en la vinculación con sus pares, trastornos de aprendizaje y en niños mayores, síntomas conversivos o participación en el engaño).

En este tipo de maltrato, es importante considerar que el abuso es iniciado por la madre con una demanda implícita a que "otro" lo continúe. Esta situación conlleva el riesgo del profesional a responder con un accionar acorde a la demanda materna.

Si existe sospecha de esta forma de maltrato, es fundamental la evaluación psicopatológica y sociofamiliar con un equipo multidisciplinario, para arribar al diagnóstico y la propuesta terapéutica.

b) Shaken Babe (El síndrome del niño sacudido)

Los lactantes, muchas veces en un intento por lograr que callen o dejen de llorar, son tomados por el adulto con ambas manos afirmadas en el tórax y sacudidos con energía y presión, en sentido ántero-posterior. De esta forma, la cabeza se desplaza bruscamente, de adelante hacia atrás, por falta de madurez en los músculos del cuello y por el peso de la extremidad cefálica (hasta los dos años de edad, la cabeza es grande con relación al cuerpo). Por otro lado, el cerebro no se ha desarrollado completamente y queda con mucho espacio

circundante en el interior de la cavidad craneana. Hay, consecuentemente, ruptura de vasos por el desplazamiento de la masa encefálica, dando lugar a una colección hemática intracerebral, alteraciones permanentes en la visión por hemorragias y desprendimientos en la retina.

Al presionar la parrilla costal con las manos, puede haber fracturas de varias costillas adyacentes y en la región posterolateral, estos trazos fracturarios, se detectan por medio del centellograma, o al cabo de 15 días en una placa simple con la aparición de los callos óseos. La placa radiológica inmediata no garantiza que dichos trazos puedan visualizarse, debido a la constitución ósea del niño.

Puede producirse fractura de cráneo cuando la extremidad cefálica se encuentra cerca de un elemento contundente e impacta contra él.

Este síndrome se acompaña de una alta tasa de mortalidad (aproximadamente del 20%). No resultan infrecuentes, en autopsias de niños sin lesiones externas, los siguientes hallazgos característicos de esta forma de abuso:

1. Probable existencia de lesiones indicadoras de maltrato infantil previo.
2. Hemorragia subdural. Ubicada a nivel occipitoparietal, a predominio de la convexidad o bien a nivel de la cisura interhemisférica. Con un volumen variable entre 5 y 12 ml.
“Los hematomas subdurales pueden producirse en ausencia de fractura y de signos externos de lesión, las sacudidas (Wiplash, Shaken Baby Syndrome) de la cabeza, con el niño tomado del tórax son una importante causa de hematomas subdurales “
3. Hemorragia subaracnoidea.
4. Edema cerebral por hipoxia isquémica o bien como manifestación de daño secundario
5. Contusiones del cuerpo calloso.
6. Daño axonal difuso: las fuerzas generadas por la sacudida violenta de la cabeza del niño pueden producir el estiramiento de los axones en la sustancia blanca cerebral, cuyas terminaciones se contraen en forma de globoides, que se evidencian con tinción de plata como “bolas de contracción”.
7. Hemorragias del nervio óptico y en particular, en su unión con el globo ocular. Hemorragias retinianas y del humor vítreo.
8. Lesión axonal en la médula espinal, fundamentalmente, en C3 y C4.
9. Signos de lesiones antiguas: restos de hematomas organizados (evaluar coloración de cualquier hematoma), quistes, zonas de atrofia, etc.

Discordancia entre el probable mecanismo productor de las lesiones relatado por los padres y el mecanismo real.

El pediatra debe estar atento cuando hay franca alteración del sensorio sin que los padres aporten elementos que justifiquen dicho compromiso neurológico. Estos niños no tienen marcas en el cuerpo que den lugar a sospechar una situación traumática no accidental., pudiendo presentarse a la consulta aletargado, con rechazo del alimento, o como cuadro de encefalitis, episodio de apnea, síndrome convulsivo, coma, y algunos casos ingresar muerto a alguna guardia médica.

“El argumento paterno más frecuente es que se haya caído de un mueble, luego la caída de la escalera y finalmente que fue hallado muerto”.⁸¹

Otras formas de Maltrato

Maltrato químico

El menor es sujeto a intoxicación, por parte de los padres y/o cuidadores, con productos químicos (medicamentos, plaguicidas, cáusticos, hidrocarburos, gases tóxicos, etc.), ya sea por acción directa del victimario como a través de terceros en el síndrome de Munchausen.

Maltrato prenatal

Conducta voluntaria de la mujer embarazada, por acción u omisión, que influye negativamente en la gestación y su producto.

Por lo general, es el consumo de alcohol, tabaco, drogas, sabiendo el daño que puede causar al feto (alcoholismo fetal, prematurez, bajo peso, síndrome de abstinencia, malformaciones, trastornos neurológicos, etc.).

Situaciones de Violencia Social (maltrato social)

a) La exposición crónica de los niños a las guerras y su participación activa en los conflictos bélicos de diversos países (Irán, Bosnia, Líbano, Nicaragua, etc.).

b) En Argentina la represión militar más reciente, entre los años 1976 y 1983, generó la desaparición de muchos niños, algunos por secuestro, otros nacidos en campos de detención clandestinos y entregados a personas que torturaron y mataron.

Hechos similares vivieron otros países como Chile, Perú, El Salvador, Australia, México, etc.

⁸¹ Willie E. Glazer J. Benbadis S. y col. El síndrome del bebé sacudido (Shaken baby): una causa no accidental de traumatismo encéfalo craneano. N. Engl. J. Med. 338: 1822-1829. 1998.

c) Explotación laboral

La OIT ya en 1996 alertaba para la Argentina que un 4.53 % de los niños menores de 14 años eran económicamente activos.⁸²

En 1997 se estimaba que alrededor de 250.000.000 de niños menores de 15 años trabajaban en países en desarrollo, de los cuales 120.000.000 lo hacían tiempo completo.⁸³

UNICEF⁸⁴, calcula que en la Argentina hay alrededor de 252.000 menores de 15 años que trabajan (el 70% en áreas rurales). La mayoría son trabajos insalubres, con 10 horas mínimas promedio de jornada laboral diaria, y a veces sin los elementos adecuados de protección para la tarea que realizan. Estos niños, como es evidente, se ven privados de vida familiar, escolaridad y actividades sociales recreativas, y se encuentran expuestos a daños físicos (enfermedades laborales).

d) Persecución racial

Es bien conocida la persecución y asesinato de judíos en la llamada Alemania Nazi y la segregación racial africana.

Algunos países organizan su sociedad dividiéndola geográfica y culturalmente, según sus distintos grupos raciales (barrios de negros, de latinos, de orientales, etc.), aplicándose la Ley en forma discriminatoria.

Los maltratos de todo tipo son sufridos por no pertenecer a un determinado grupo "dominante", "más inteligente", "superior", "poderoso", sumándose la imposibilidad de ampararse en el sistema judicial en el que viven (conformado, en su mayoría, por individuos pertenecientes al grupo "dominante").

e) Los niños de la calle⁸⁵

UNICEF distingue dos grupos:

- a) Niños en la calle (on the street): pasan la mayor parte del tiempo en la calle pero tienen algún soporte familiar y a la noche, en general, vuelen a sus casas.
- b) Niños de la calle (of the street): pasan día y noche en la calle, no tienen soporte familiar.

⁸² Oficina de Estadísticas. OIT. Revista Trabajo, 16. Junio 1996.

⁸³Internacional Conference on Chile Labour. Oslo. Octubre, 1997.

⁸⁴ Romano E. Banzas T. Goldberg D. Mateos R. y col. Maltrato y violencia Infanto-Juvenil. Asoc. Arg. Unicef, 1986.

⁸⁵ Scanlon T. Tomkins A. Lynch.M. Scanlon F. Los niños de la calle en América Latina. B.M.J. 316: 1596-1600. 1998.

En 1986, el departamento de Economía Internacional de la O.N.U. estimó que había entre 30.000.000 y 170.000.000 de niños en situación de calle en el mundo.

En América Latina las edades oscilan entre los 8 y 17 años. Las niñas constituyen aproximadamente del 10 % al 15 % del total, probablemente por tener otras estrategias alternativas (cuidado de menores, trabajos domésticos, prostitución).

La causa es multifactorial, muchos trabajos enfatizan en las roturas familiares, desempleo, abuso de sustancias, altos niveles de violencia, etc.

Son niños que han sufrido en el ámbito de su hogar abuso físico y/o sexual, o han sido testigos de la violencia del núcleo familiar

Problemas más frecuentes de los niños de la calle:

*) Físicos:

Traumatismos, infecciones, desnutrición.

Abuso de drogas (80 % de los niños).

Inicio sexual temprano (mujeres a las 12 años y varones a los 11 años promedio).

Embarazo en adolescentes (el 25 % ha tenido, al menos, un aborto).

*) Sociales:

Actividades intermitentes.

Robo, prostitución.

Formación de bandas con estructuras de jerarquías, aunque lo más común es ver grupos menos estables con roles poco definidos.

Marginación y exterminio:

Existen grupos sociales que consideran a estos niños delincuentes irredimibles, que representan una amenaza moral para la "sociedad civilizada". Brasil mostró hace pocos años el grado más cruel de esta postura con sus grupos de exterminio llamados "escuadrones de la muerte", que buscaron resolver el "problema" mediante el asesinato. Un estudio hecho en ese país por el Movimiento Nacional de Niños de la Calle, encontró que entre marzo y agosto de 1989 habían ocurrido 457 asesinatos de niños de la calle.

Pornografía y prostitución

Este tema fue tratado al hablar de abuso sexual infantil

Criterios de internación

Una vez detectado el menor abusado, se debe decidir si éste es pasible de manejo ambulatorio o requiere internación.

Se internará a:

Todo menor de 3 años con lesiones de maltrato.

Reiteración de los episodios de abuso.

Niño con lesiones graves

Menor sin cuidados, con familia de alto riesgo.

Niños mayores de 3 años con diagnóstico presuntivo de maltrato, con alto riesgo familiar y/o social.

Menor abandonado con lesiones de maltrato que es traído por un adulto que no es familiar, ni cuidador, o que se presenta solo.

Salvo en los casos anteriores, se evaluará con el psicólogo, psiquiatra y trabajadora social, el seguimiento ambulatorio de aquellos pacientes en que el medio familiar brinde alguna posibilidad de contención a través de alguno de sus miembros.

Pronóstico:

Dependerá de la evaluación diagnóstica y la capacidad del paciente para el reconocimiento de los hechos y su capacidad de cambio.

Los factores de mal pronóstico más frecuentes son:

Negación de los hechos.

Aislamiento social persistente.

Patología psiquiátrica severa.

Marginalidad.

Tratamiento:

Una vez elaborado un diagnóstico situacional del menor abusado, se deberá desarrollar la estrategia terapéutica.

El objetivo del tratamiento es intentar reconstituir los vínculos familiares, evitar los episodios violentos y conseguir la reinserción psicosocial del niño. En el aspecto físico, se busca la curación de las lesiones y la rehabilitación de las secuelas.

La terapéutica, en base al riesgo del paciente, se podrá realizar en forma ambulatoria y/o en internación.

Es tarea del equipo profesional, si considera que el niño necesita protección judicial, elevar un informe a la Asesoría de Menores, pidiendo la protección de persona, fundamentando el pedido.

El manejo ambulatorio debe ser iniciado por un centro que cuente con un equipo profesional de tareas, compuesto por un pediatra, para la detección, tratamiento evolutivo de las lesiones, recuperación de las secuelas, si las hubiera, coordinación de las interconsultas, control del crecimiento y desarrollo del niño, aplicación de medidas preventivas, asistencia de las enfermedades, etc. Un servicio de Psicopatología, para llevar a cabo la estrategia terapéutica, a través de psicoterapias individuales, familiares, formación de grupos, etc. Un asistente social, para trabajar sobre la situación que atraviesa la familia, cumpliendo un rol de contención y modelo de cuidado. Un abogado, para la asesoría legal, en caso de requerirse participación de la Asesoría de Menores u otra instancia judicial.

Para poder realizar esta terapéutica ambulatoria se debe contar con un medio familiar que le brinde al niño alguna posibilidad de contención, a través de alguno de sus miembros.

En aquellos pacientes, que por el riesgo deben ser internados, el tratamiento consistirá en la asistencia médica de las lesiones y sus secuelas, con las especialidades que así lo requieran (cirujanos, neurocirujanos, oftalmólogos, dermatólogos, terapistas intensivos, etc.).

Desde el punto de vista psicoterapéutico se implementarán, de acuerdo a la situación diagnóstica:

Psicoterapias individuales.

Tratamiento psiquiátrico, administración de psicofármacos.

Psicoterapias de pareja.

Psicoterapias familiares.

Grupos de crianza⁸⁶

Grupos de niños y adolescentes abusados sexualmente.

Grupos de madres de niños y adolescentes abusados sexualmente.

Grupos para padres de niños abusados⁸⁷.

La tarea de los grupos de crianza y para padres puede realizarse siempre y cuando no existan psicopatías graves y haya reconocimiento del maltrato.

El primer paso es reconocerse como implicados en la dinámica familiar, permitiendo replantearse el cómo se ha formado esa modalidad relacional

⁸⁶ Llanos M Caprarulo C Maltrato infantil: grupo de crianza con padres de niños maltratados. Arch Argent Pediatr 93 (5): 343-346. 1995.

⁸⁷ Puente A Caprarulo C Grupo de padres de niños maltratados. XI Congreso Latinoamericano de Psicoterapia Analítica de grupos. Tomo II. FLAPAG. 1994.

patológica. La baja autoestima y la imposibilidad de poner en palabras los hechos dolorosos (desde lo afectivo-emocional), llevan muchas veces a un circuito sin salida.

El pertenecer a un grupo de inter-acción, permite un primer acercamiento al problema común de aislamiento que sufren estas familias. El terapeuta debe alentar, con sus intervenciones, la participación de todos. Intentará, a través de las manifestaciones explícitas y de los aspectos inconscientes de los participantes del grupo, realizar una asociación adecuada y efectuar los señalamientos de las causas de interferencias en los vínculos. Desde la comprensión del mecanismo, se estimulan y apoyan los cambios de conducta.

El objetivo de los grupos es ofrecer a los padres, de manera progresiva, un modelo de crianza diferente, mejorando el vínculo familiar e incorporando normas básicas de crianzas.

El asistente social intervendrá en la búsqueda, junto con la familia, de estrategias para paliar las situaciones sociales problemáticas, condiciones de escolaridad, vivienda, trabajo, situaciones migratorias, guarderías, etc. Es decir, comenzará el abordaje psicosocial de la familia y la dinamización de los recursos.

La decisión del alta del paciente será tomada por el conjunto de profesionales intervinientes en el caso (pediatra, especialistas, psicopatólogos, asistente social).

Si existiera intervención de la Asesoría de Menores u otra instancia legal, se enviará informe y se solicitará autorización para hacer efectiva el alta (juez en el fuero civil o penal).

El seguimiento posterior al alta estará a cargo del pediatra, psicopatólogo y asistente social.

El pediatra continuará con los controles de salud y coordinará las actividades de las diferentes especialidades, las posibles reinternaciones, la rehabilitación de las secuelas.

El Servicio de Psicopatología continuará, a través de sus profesionales, con las medidas terapéuticas implementadas durante la internación.

La asistente social articulará las acciones entre el equipo de salud y la justicia y/u otras instituciones (escuelas, hogares de tránsito, obras sociales, etc.), continuando con el tratamiento familiar instaurado en la internación.

Si surgiera la posibilidad de que, por voluntad de los padres o por indicación del equipo profesional, la guarda del niño sea otorgada, transitoriamente, a otro adulto (familiar, ama externa, etc.), la Asesoría de Menores será la encargada de llevar a cabo este procedimiento.

Aspectos Legales

Antecedentes

Hasta comenzado el siglo XX pocos instrumentos legales han permitido dar un respaldo jurídico a un problema mundial, el maltrato infantil.

Antes de esta centuria la sociedad condenaba las conductas de los menores, juzgada como desviadas por los padres.

La violencia se aprende, los niños aprenden a resolver conflictos observando cómo lo hacen los adultos. Resulta primordial para evitar la violencia tratar a los niños con paciencia, cariño y respeto.

La violencia es siempre destructiva

La primera declaración de principios de Ginebra de 1924, propulsada por Eglantyne Jebb (fundadora de "Save the children" en 1919), exigía colocar a niños en primer lugar por encima de cualquier consideración .

Declaración de derechos humanos de 1948.

Declaración de los derechos del niño de 1959.

Recién en 1989 se aprueba el primer instrumento legal a nivel internacional "**La Convención de los Derechos del Niño**", quedando reconocido universalmente todo niño como sujeto de derecho. En esta declaración "se asegura" al niño, derecho de libertad de pensamiento, conciencia y religión y, en su artículo 19, se dispone que las naciones firmantes adopten medidas administrativas, legislativas, sociales y educativas para proteger al niño de toda forma de maltrato de que pudiera ser objeto por parte de sus padres, tutores o cuidadores.

Posterior a esta declaración se dictaron leyes especiales sobre la problemática de la violencia familiar en especial de los abusos sobre niños y adolescentes, entre ellas:

Ley de prevención de malos tratos de Francia de 1989.

Ley de protección de violencia domestica de Bahamas de 1991.

Ley de violencia familiar de barbados de 1992.

Ley de violencia intrafamiliar N° 19325 de chile de 1994.

Ley de protección de menores de Puerto Rico de 1999.

Legislación en Argentina

Código Penal

Ley 25087 (art. 119, 120 y 125)

Considera delito al abuso sexual de menores de 18 años , en cualquiera de sus formas , medie o no consentimiento de la víctima , aumentando la pena si la victima tiene entre 16 y 18 años y aún más si es menor de 13 años y

considera como agravantes , entre otros , la convivencia y/ o relación familiar con el abusador.

Código Civil

Mediante la **ley 23849 art. 75** de 1990 se incorporan a la Constitución Nacional Argentina los términos de la **Convención de los Derechos del Niño**:

La Constitución de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en el art. 39 reconoce a los niños, niñas y adolescentes como sujetos de derecho, y les garantiza su protección integral y el derecho a ser informados, consultados, y escuchados.

Se respeta su integridad y privacidad. Cuando se hallen afectados o amenazados pueden por sí requerir intervención de los organismos competentes.

El art. 457 del Código Civil establece que los jueces podrán remover a los tutores, por incapacidad o inhabilidad, por no cuidar bien de la salud, seguridad, y moralidad del menor que tuviesen a su cargo. También determina las funciones del Consejo del Menor y la Familia.

Ley 24417/94 de Protección contra la Violencia Familiar en jurisdicción nacional.

En su art. 2 manifiesta la **obligación de denuncia** en un plazo máximo de 72hs **del “menor en riesgo”** ante: Defensorías zonales , guardia permanente de abogados del Consejo de Niños , Niñas y Adolescentes del Gobierno de la ciudad de Buenos Aires, o por intermedio de la Policía Federal, Defensoría de menores e incapaces de turno, tribunales de Familia, Juzgados de primera instancia en lo civil y comercial, Tribunales de Menores, Juzgados de Paz, Juzgados de Menores, Fiscalías, etc.

Estarán obligados a efectuar la denuncia los servicios asistenciales sociales o educativos, públicos o privados, los profesionales de la salud y todo funcionario público en razón de su labor. El menor o incapaz puede poner en conocimiento de los hechos al ministerio público.

En marzo de 1996 se dictó **el decreto 2235/96** de reglamentación de la ley que establece:

Art. 1. Centros de información y asesoramiento. Tendrán como finalidad asesorar y orientar sobre los recursos disponibles para la prevención y atención en situaciones de violencia familiar.

Hospitales dependientes de la Secretaría de Salud de la Municipalidad de Buenos Aires designados al efecto.

Centros de atención jurídica comunitaria de la Secretaria de Asuntos Legislativos del Ministerio de Justicia.

Consejo nacional del menor y la familia.

Consejo nacional de la mujer

Dirección general de la mujer dependiente de la subsecretaría de promoción y desarrollo de la municipalidad de Bs. As.

Distritos escolares a través del equipo de prevención.

Art.2. Registro de denuncias. Es el Consejo Nacional del Menor y la Familia quien llevará el registro de denuncias por agresor y por víctima y comunicaciones que se reciban de los organismos correspondientes.

Art.3. Todo denunciante debe completar el formulario de denuncia.

Art.4. Obligación de denuncia. Debe ser cumplida dentro de un plazo máximo de setenta y dos (72) horas, salvo que por motivos fundados a criterio del denunciante, resulte conveniente extender el plazo.

Art. 5. Asistencia letrada. No se requiere para formular la denuncia. Se garantiza la asistencia gratuita a las personas que la requieran y no cuenten con recursos suficientes.

Art. 6. Cuerpo interdisciplinario. Créase en el ámbito del ministerio de Justicia con formación especializada en violencia familiar.

Art. 7. Informe y diagnóstico. El cuerpo anteriormente mencionado emitirá en el plazo de 24 hs el diagnóstico preliminar, el cual le permitirá al juez evaluar situación de riesgo, y tomar medidas cautelares.

Art. 8. Diagnóstico de interacción familiar. El juez dispondrá que el tratamiento que se indique podrá ser derivado a las instituciones públicas o privadas (inscriptas en el registro), cuya coordinación y seguimiento estarán a cargo del Consejo Nacional del Menor y la Familia.

Art. 9. Registro de equipos interdisciplinarios. La prestación se regirá por convenios que se suscribirán con el ministerio de Justicia y el Consejo Nacional del Menor y la Familia.

Art. 10. Organismos de evaluación. Estará a cargo del Consejo Nacional del Menor y la Familia en relación a instituciones públicas o privadas.

Art. 11. Cuerpo policial especializado. Dentro de la Policía Federal. Actúa en auxilio de los jueces nacionales de primera instancia en lo civil, con competencia en asuntos de familia. Es el Ministerio del Interior el que dispone su formación.

Art. 12. Utilización de los cuerpos especializados por los jueces penales. También estarán a disposición de los que lo requieran.

Art. 13. Difusión de la ley 24417. Es el ministerio de Justicia quien coordina los programas para las campañas de prevención y difusión.

Art. 14. Recursos humanos. Personal dependiente de administración pública nacional y municipal con aptitudes profesionales pertinentes.

Art. 15. Invitación a las provincias. El ministerio del Interior cursará invitaciones a las provincias.

Art. 16. (de forma)

Ley 26061/05 de Protección integral de los derechos de niños niñas y adolescentes de la República Argentina.

De aplicación obligatoria en menores de 18 años. Comunicación al ministerio público. La defensoría de menores decide si se da o no intervención a la justicia

Ley GCBA 1688

Su objetivo es la prevención de la violencia familiar y doméstica a través de:

Incorporación a la enseñanza educativa.

Supervisión de los contenidos.

Campañas de difusión.

Formación de agentes sociales.

Coordinación con instituciones.

La asistencia está a cargo de los **Centros de atención inmediata**, en hospitales públicos de la ciudad de Buenos Aires. Se brindará atención médica, psicológica, jurídica y social en las 24 hs. de la presentación.

Luego deben ser derivados a los **Centros integrales de atención** que funcionan en los Centros integrales de la Mujer y deben brindar tratamiento integral (atención psicológica, asesoramiento jurídico, asistencia social, tratamiento al agresor)

Hay obligación de dar intervención al Consejo de los Niños, Niñas y Adolescentes del GCBA.

Hasta aquí, se han dado los elementos para la detección del niño abusado, su tratamiento y las herramientas legales con las que cuenta el profesional.

Ahora bien, ¿como actuar ante esta patología?

El niño o adolescente se puede presentar a la consulta en consultorio o guardia de emergencia, por episodio agudo (ocasional), o bien reiterado en forma crónica.

Es función del profesional consultado la detección del menor en riesgo.

Su diagnóstico de certeza y tratamiento requiere de un equipo multidisciplinario y suele ser un proceso prolongado.

Se internará todo paciente que cumpla con los criterios ya mencionados (criterios de internación).

En la urgencia se iniciará el tratamiento clínico del paciente inmediatamente, una vez estabilizado y junto con el equipo de Salud Mental, se realizará el interrogatorio al acompañante/s.

De no mediar urgencia se realizará:

El interrogatorio, registrando todo lo relatado por la víctima y el acompañante, si lo hubiera (individual, respetando la privacidad del paciente). Primero se interrogará al adulto que trae al paciente a la consulta. La entrevista con el niño debe ser individual, semidirigida, sin inducirlo en su relato. Estará a cargo del pediatra con el equipo de Salud Mental.

En una segunda instancia evaluar entrevista familiar ampliada.

Luego se evaluará si el examen físico debe ser inmediato o diferido.

Inmediato:

Toda lesión de abuso físico y/o sexual que requiera tratamiento médico y/o quirúrgico de urgencia.

En abuso sexual, agresiones recientes (hasta 72 horas previas a la consulta), por la implicancia en el tratamiento infectotológico de emergencia (profilaxis post exposición para H.I.V.) y en las púberes la anticoncepción de emergencia.

Diferido:

En el resto de las situaciones.

En el momento que se realice debe ser completo y en compañía de un adulto responsable. 50-75% no presentan signos físicos de abuso.

Con signos físicos específicos o altamente sospechosos, relato positivo del paciente y relato confuso o poco contenedor de la familia, estamos frente a un **menor en situación de riesgo**. Se valorará internación y se dará intervención al Consejo de Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes del G.C.B.A. (teléfonos: 4331-3232 / 3297 - Guardias: 155.662-9923 / 155.662-8894).

Con interrogatorio o examen físico positivos para abuso sexual:

Toma de muestras: realizadas por profesional calificado: Médico Forense o Médico Legista de la Policía

Tipo de muestras: conservación ropa interior, material de boca, faringe, vagina, uretra y ano dentro de las 72hs del hecho abusivo, orina por sintomatología genitourinaria persistente (chlamydia, treponema, gonococo, tricomonas, micoplasma, HPV, HSV (sólo si hay lesiones).

Búsqueda de espermatozoides

Laboratorio

Hemograma
Hepatograma
Orina
Subunidad beta HCG
VDRL (0, 2ª semanas)
FTAabs (0, 6, 12 y 24 semanas)
Serología para Hepatitis B, C, D (0, 1 mes)
HIV por ELISA (0,3 ,6 y 12 meses)

Tratamiento profiláctico para ITS (Antimicrobianos)

Gonococo: ceftriaxona 250 mg IM o cefixime 400 mg (8mg / Kg. en niños), o quinolonas 500mg en mayores de 15años, dosis única.

Tricomonas: metronidazol 2 gr. (niños 30 mg / Kg.), vía oral, dosis única.

Chlamydias: azitromicina 1gr (niños 20mg/ Kg). o doxiciclina 200mg (7 días) o quinolonas 500mg cada 12 hs, durante10 días (en adolescentes)

Treponemas: penicilina benzatínica 2400000 U. IM o 50.000/ kg niños (monodosis)

Anticoncepción de emergencia

Levonorgestrel 0.75mg: 2 comprimidos juntos o 1 cada 12hs vía oral dentro de las 72hs del hecho.

Método de Yuste: etinilestradiol + gestágenos: 4 comp. de 30micrg o 5 comp. de 20 microgramos cada 12 hs

(Dra. Mirta Gryngarten - División Endocrinología HNRG - Curso: patología de guardia, a distancia 2007)

Conclusiones

El pediatra es el médico que atiende a la mayoría de los niños; es el que lo asiste en el consultorio externo y en la guardia de urgencias. Es también quien más preparado debe estar para sospechar y contribuir al diagnóstico del abuso infantil.

Con el correr de los años numerosos autores fueron señalando los síntomas y signos que contribuyen a identificar a los niños abusados, no sólo en el aspecto clínico, sino también en el terreno de los estudios complementarios.

La creación de organizaciones protectoras de menores, primero como esfuerzos aislados, pero más tarde también desde la esfera estatal, incorporaron

a la conciencia social, el convencimiento de que quienes más protegidos deben estar, son precisamente aquellos que más débiles son: los niños y las mujeres.

En los últimos cincuenta años hemos asistido a la creación de normas, legislaciones y acuerdos entre estados, tendientes a proteger a los niños y adolescentes.

Nuestro país es un ejemplo de esto último.

Pero, con el deterioro del entramado social, ha ido, paradójicamente, agravándose la situación de los menores, nos atrevemos a sospechar, universalmente.

El médico pediatra y todos aquellos profesionales que atienden niños en general, deben contar con las mínimas herramientas que les permitan sospechar los abusos a menores, así como conocer las normas que los protegen y la manera de actuar.

Lo que se les de a los niños, los niños darán a la sociedad (Karl A. Menninger).

SÍNDROME DE MUNCHAUSEN POR PODERES

*Javier Indart**

El síndrome de Munchausen por poderes, es un cuadro en el que una persona, usualmente la madre, fabrica o inventa síntomas en perjuicio de su hijo:

- Refiriendo una historia errónea.
- Proporcionando al niño una sustancia tóxica (poisoning).
- Provocando un daño directo sobre el niño (dentro de esto está la sofocación o la asfixia).

Roy Meadow acuñó el término síndrome de Munchausen por poderes, en 1977. Este es un cuadro que aparece cuando un niño se presenta para su atención médica, a menudo varias veces, con síntomas o signos de enfermedad que han sido fabricados por su cuidador adulto, habitualmente la madre.

Hay que diferenciarlo del cuadro de los adultos o Síndrome de Munchausen propiamente dicho definido por Richard Asher en 1951. Es un cuadro caracterizado por el abuso de consultas hospitalarias a raíz de falsos y significativos padecimientos, que por sus características promueven estudios en ocasiones cruentos y tratamientos médicos innecesarios en ellos mismos.

La denominación del síndrome fue motivada por los antecedentes históricos de Karl Friederich Hieronymus Baron Von Munchausen, conocido como el “barón de las mentiras” nacido en 1720 en Bodenwerder. Se desempeñó como capitán de caballería para un regimiento ruso en dos guerras contra los turcos, y era un conocido narrador de anécdotas sobre cacerías, viajes y batallas.

Según Meadow, las señales para advertir su ocurrencia son:

- Persistencia o recurrencia inexplicada de enfermedades.
- Las investigaciones no se corresponden con el aspecto sano del niño.
- Los médicos con experiencia indican “no haber visto nunca un caso semejante”.
- Los signos o los síntomas no se presentan cuando la madre está ausente.

* Médico Pediatra. Jefe del Servicio de Violencia Familiar. Hospital General de Niños Dr. Pedro de Elizalde

- Madre excesivamente atenta que no quiere alejarse de su hijo.
- Tratamientos ineficaces, y madre conforme con el proceder médico a pesar de los resultados.
- Tratamientos no tolerados.
- Trastorno muy raro como diagnóstico primario.

Además es frecuente encontrar las siguientes situaciones:

- Convulsiones que no mejoran con los anticonvulsivantes usuales.
- Madres con historias personales de síndrome de Munchausen.
- Madre con un fondo paramédico.
- Ausencia de padre.
- Los exámenes complementarios no aclaran el diagnóstico.
- Hermanos con enfermedad rara o antecedentes de hermanos fallecidos por muerte súbita o causas extrañas

Los signos y síntomas pueden ser variados como:

- Genitourinarios (dolor, sangrados, infecciones).
- Digestivos (dolor, vómitos, diarrea, sangrados).
- Neurológicos (convulsiones, trastornos del sensorio y comportamiento).
- Caos bioquímicos incompatibles con la vida.
- Síndromes hemorrágicos (anemia, hematemesis, hematuria, melena o enterorragia).
- Síndromes febriles (Síndrome febril prolongado sin foco aparente).
- Otros: exantemas, hipoglucemia, desnutrición, insuficiencia cardíaca)

No se conoce la frecuencia de casos en nuestro país. Aunque la incidencia anual de su aparición fue 0.5/100 000 para niños menores de 16 años en las Islas Británicas.

Meadow identificó los factores asociados con mayor peligro para el niño. Estos incluyen la asfixia o envenenamiento, edad del niño menor de 5 años, y antecedentes familiares de hermano fallecido por “muerte súbita”. Es frecuente la afectación de varios hermanos en una misma familia. Otras características de mal pronóstico incluye la no aceptación del hecho, ser portador el/a de síndrome de Munchausen, la dependencia de drogas o alcohol y seguir intentando fabricar o inventar luego de la confrontación.

“Los padres y sobre todo la madre, inventan, falsifican o producen de manera voluntaria síntomas al niño, con la finalidad de gratificar las

necesidades psicológicas de atención y dependencia de ellos mismos". (Meadow)

Los síntomas son provocados por el adulto con intencionalidad, voluntariedad y la ausencia de un beneficio consciente (a diferencia del enfermo simulador) y la falta de control sobre su conducta (sus actos son compulsivos, sus manipulaciones son conscientes, no así sus motivaciones).

El DSM-IV propone los siguientes criterios de investigación para el trastorno facticio por poderes:

- Producción o simulación intencionada de signos o síntomas físicos o psicológicos en otra persona que se encuentra bajo el cuidado del perpetrador.
- La motivación que define al perpetrador es el deseo de asumir el papel de paciente a través de otra persona.
- No existen incentivos externos que justifiquen este comportamiento (por ejemplo, una compensación económica)
- El comportamiento no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental.

Algunas de las características de las madres son:

- Gran destreza para manipular al personal (médicos, enfermeras, trabajadoras sociales).
- Madres con edad promedio de 30 años.
- Sobreprotectoras con el hijo.
- Relación simbiótica con el hijo.
- Con trastornos disociativos atípicos.
- Depresivas, ansiosas.
- Con gran capacidad de invención.
- Agresividad.
- Algunas presentan un trastorno límite de la personalidad.

El diagnóstico muchas veces se realiza filmando a los progenitores cuando están internados, en circuito cerrado de televisión. En nuestro país el diagnóstico se confirma con la no aparición de nueva sintomatología y mejoría rápida de la instituida en ausencia de los cuidadores.

Bibliografía

1. Roy Meadow Different interpretations of Munchausen syndrome by Proxy Child Abuse & Neglect 26 (2002) 501-508

2. American Psychiatric Association DSM IV TR Diagnostic and Statistical manual of mental disorders 2000, 513

3. N. Garrote y col. Síndrome de Munchausen por poder y manifestaciones de supuesto evento de aparente amenaza a la vida Arch Argent Pediatr 2008; 106(1):47-53 / 47

ROL DEL ODONTÓLOGO ANTE EL MALTRATO INFANTIL

*M. Conde
M. Fernández
V. Martins
C. Morón **

El maltrato de la infancia suele definirse como:

“Toda acción u omisión que lesione o pueda lesionar potencialmente al niño e interfiera en su desarrollo psicofísico, emocional y social”. *Servicio de violencia familiar del Hospital Pedro de Elizalde.*

“Maltrato realizado a todo menor de 18 años cuando su salud física o mental, o su seguridad están en peligro, ya sea por acciones y omisiones llevadas a cabo por los padres u otras personas responsables de su cuidado”. *Natalia Chapo. El refugio de ESJO.*

“Acción, omisión o trato negligente, no accidental, que prive al niño de sus derechos y su bienestar, que amenacen o interfieran su ordenado desarrollo físico, psíquico y/o social, cuyos autores pueden ser personas, instituciones o la propia sociedad”. *Servicio de Prevención y Protección de la Salud, de la Conserjería de Sanidad y Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid, en colaboración con el Instituto Madrileño de Atención a la Infancia (IMAIN).*

“Uso intencionado de fuerza física de modo no accidental, dirigida a herir, lesionar o destruir a un niño, que es ejercida por otro individuo responsable del cuidado físico y moral del mismo. Niño maltratado es aquel individuo que se encuentra en el período entre el nacimiento y la pubertad y que es objeto de acciones u omisiones intencionadas que producen lesiones físicas y/o mentales, muerte o cualquier otro daño personal proveniente de sujetos que tengan relación con él”. *Manejo de la Conducta del Paciente Maltratado. Vol. 40 N° 3/2002. Gallego Luís, Miegimolle Mónica, Planells Paloma.*

Existen diversos tipos de maltrato infantil⁸⁸ (maltrato físico, negligencia, abuso sexual, maltrato emocional, mendicidad, corrupción, explotación laboral,

* *Servicio de Odontología del Hospital General de Niños Pedro de Elizalde.*

Dirección Postal: Dr. Marcelo Fernández – Jefe del Servicio de Odontología del Hospital Pedro de Elizalde. E-mail: fernandezmena1@hotmail.com

Trabajo Publicado en la Revista del Hospital General de Niños Pedro de Elizalde 2009; 19 (1): 67-71.

⁸⁸ Fundación Infancia y Aprendizaje. Vol. 18 - number 3, 1/9. PP. 7- 21 (15). Autores Palacios Jesús, Moreno Maria del Carmen, Jiménez Jesús. 1995.

maltrato prenatal, síndrome Münchaussen por poderes, maltrato institucional) cada uno de los cuales tiene su propia definición, su propia etiología y sus propias consecuencias.

Desde el punto de vista odontológico es más frecuente encontrar:

Abuso físico es cualquier lesión corporal que un padre, cuidador o cualquier otro miembro de la familia cause a un niño intencionalmente. Puede ser el resultado de un episodio único o un patrón de comportamiento repetido⁸⁹.

Abuso sexual se trata de mantener relaciones sexuales o de explotar sexualmente a un menor para obtener placer. Normalmente es llevado a cabo por una persona cercana al niño. Son incluidas aquí también todas aquellas experiencias sexuales inapropiadas para la edad aun en ausencia de violencia o daños reales².

Negligencia es la falta de responsabilidad parental que ocasiona una omisión ante aquellas necesidades para su supervivencia y que no son satisfechas temporal o permanente por los padres, cuidadores o tutores. Comprende una vigilancia deficiente, descuido, privación de alimentos, incumplimiento en tratamiento médico, impedimento a la educación, etc.

Los estudios demuestran que más de la mitad de los casos de maltrato físico se producen en cabeza y cuello. La cavidad oral puede ser el foco central de abuso físico por su significación con la comunicación y la nutrición⁹⁰.

También podemos encontrar ataque sexual con presencia de signos en la región bucofacial. Debido a esto, los odontólogos tienen una posición muy favorable para la detección del maltrato infantil.

Las estadísticas indican que el sector mas vulnerable son los niños de entre 1 y 7 años (78%) y el 22% restante esta formado por niños menores de 1 año, y dentro de ellos se incluyen como grupo de riesgo a los discapacitados motores y/o mentales (presentando 9 veces mayor riesgo).

Aproximadamente entre el 50 - 65 % de los casos de malos tratos presentan lesiones en la región orofacial, de ahí se desprende la importancia del odontólogo en la detección de los mismos. Destacamos como lesiones de mayor prevalencia a las lesiones labiales (54%) seguidas por la mucosa oral, dientes, gingival y lengua.

El examen del niño maltratado comienza cuando el menor ingresa al consultorio, evaluando su comportamiento, su higiene, su vestuario que debe ser acorde a la estación, signos de correcta alimentación, su interacción con las personas presentes en la atención (respuesta agresiva o retraída) y la presencia de heridas o hematomas en cara. *Imagen N° 1.*

⁸⁹ Manejo de la Conducta del Paciente Maltratado. Vol. 40 n° 3. Autores: Gallego Luis, Miegimolle Mónica, Planells Paloma. 2002.

⁹⁰ *Ídem.*

Realizaremos en primer lugar un interrogatorio al pequeño paciente, y no a los padres o acompañantes, porque nos podríamos encontrar frente a un caso de lesiones personales causadas por un padre o ambos, porque los padres no presentes en el momento del hecho podrían de buena o mala fe alterar la realidad. Todos los datos obtenidos serán volcados en la historia clínica del paciente⁹¹.

El diagnóstico del odontólogo se realiza por medio de: *historia clínica, examen extraoral, examen intraoral y pruebas complementarias*.

Examen extraoral evaluaremos contusiones, hematomas y equimosis en distintos estadios de curación o en zonas no prominentes, alopecia traumática, laceraciones, abrasiones, coágulos, heridas, marcas de manos u objetos, quemaduras cuyo origen difícilmente pudo haber sido accidental y cuya intensidad e imagen suelen ser uniformes (las quemaduras periorales pueden ser consecuencia de una alimentación forzada muy caliente o con objetos calientes). Otras quemaduras pueden indicar que el niño ha sido amordazado con cuerdas o alambres)⁹².

Marcas de mordeduras humanas (son lesiones relacionadas con el abuso físico y/o sexual). Se presentan como equimosis, abrasiones o laceraciones encontradas en forma elíptica u ovoidea presentan un área central de equimosis causada por dos fenómenos: Presión positiva que provoca el apretamiento de los dientes y así la extravasación de la sangre de los pequeños vasos. Y presión negativa causada por la succión y el empuje de la lengua⁹³.

Son heridas circulares u ovals que registran la forma y tamaño de cada diente por separado y los arcos dentales superior e inferior. Los incisivos superiores dejan marcas rectangulares y los inferiores normalmente dejan también marcas rectangulares pero más pequeñas. Los caninos por lo general dejan marcas triangulares. Una distancia intercanina, (línea que une las dos cúspides de los caninos), que mida mayor a 3 cm. debemos sospechar de una mordedura de humano adulto, si es menor a 3 cm. de un humano niño. Las mordeduras producidas por animales carnívoros (ejemplo perros) suelen *desgarrar*, es decir, hay pérdida de tejido, mientras que las mordeduras humanas *comprimen* sin causar pérdida de tejido. Se deben estudiar estas lesiones, documentarlas y fotografiarlas.

Podemos encontrar además en el examen extraoral hemorragias subperióstica, hematomas periorbitarios (signo de mapache), hemorragia esclerótica, presencia de asimetría (desviaciones o deformaciones), queilitis angulares, vesículas.

⁹¹ Consecuencias de los traumatismos en los niños. Su aspecto legal en odontología. Dra. Elida Brifon.

⁹² Oral and dental aspects of child abuse and neglect. Nancy Kellogg, MD on the committee and child abuse and neglect. Pediatrics vol, 116 n° 6 December, pp. 1565 - 1568 (doi: 10.1542/Peds.2005.2315). 2005.

⁹³ Programa de Educación Continua Odontológica No Convencional. Curso 3. Odontología Integral para niños II modulo 1. Urgencias en niños.



Imagen N° 1: Hematoma

Examen intraoral estudiaremos lesiones dentales por traumatismo, por lo tanto examinaremos:

Lesiones de los tejidos duros del diente y de la pulpa (fractura). Las fracturas pueden ser coronarias (de esmalte - esmalte y dentina - esmalte y dentina con exposición pulpar) *Imagen N° 2*, radiculares (transversales o longitudinales) *Imagen N° 3*, combinadas (coronoradiculares con exposición pulpar o sin exposición pulpar)⁹⁴. La presencia de piezas dentarias temporarias o permanentes con cambios de coloración como resultantes de un trauma previo se presentan con un color que varía desde el negro - violáceo por penetración de hemoglobina pulpar en los túbulos dentinarios hasta el gris - negruzco por necrosis de restos pulpares y su impregnación dentaria. La ausencia de dientes temporarios antes de su época normal de exfoliación con el tejido óseo intacto o cuando el diente contralateral está presente sin signos de exfoliación, son signos a tener en cuenta cuando sospechamos de traumatismo por maltrato físico. Los dientes más afectados por un traumatismo son los incisivos centrales superiores, incisivos laterales superiores y los incisivos centrales inferiores. En la dentición permanente es más frecuente encontrar lesiones de tejido dentario, en tanto que en la dentición temporaria son más frecuentes las lesiones en los tejidos de sostén. Esta diferencia está dada fundamentalmente por la estructura ósea, ya que durante la dentición temporaria encontramos una mayor inmadurez del hueso, el cual es más esponjoso.



Imagen N° 2: *Fractura amelodentinaria*

⁹⁴ Manual de Actualización en Odontología Mayo. Traumatología mucoalveolo dentaria. Dr. Carlos A. Peña. Facultad de Odontología - UBA. Microsules Bernabo. 1997.



Imagen N° 3. *Fractura radicular transversal*

Lesiones de los tejidos periodontales: concusión (lesión de las estructuras de sostén del diente, sin movilidad ni desplazamiento), subluxación (lesión de las estructuras de sostén del diente, con movilidad pero sin desplazamiento de éste), luxación intrusiva o intrusión (es el desplazamiento del diente hacia la profundidad del hueso alveolar), luxación extrusiva o extrusión (es el desplazamiento parcial del diente fuera del alvéolo) *Imagen N° 4*, luxación lateral - labioversión o palatoversión (es el desplazamiento del diente en dirección distinta a la axial; va acompañada de conminucion o fractura de la cavidad alveolar), giroversion (el diente gira sobre su eje y se acompaña por una lesión parodontal) y exarticulación o avulsión total (cuando el diente ha sido desplazado completamente fuera del alvéolo)⁹⁵.



Imagen N° 4: *Luxación extrusiva*

Lesiones del hueso de sostén: Conminución (existe una compresión de la pieza dentaria sobre la cortical ósea alveolar provocando su fractura en múltiples sitios), fractura de la pared alveolar (solución de continuidad sobre la pared alveolar, que puede afectar a la tabla vestibular, palatina o ambas), fractura del proceso alveolar y fractura de la mandíbula o del maxilar superior (el trozo no sólo se circunscribe al proceso alveolar, sino que continua hasta la basal y puede o no afectar a un alvéolo dentario). Debemos también estudiar la articulación temporomandibular (ATM) *Imagen N° 5* que es la relación que tiene

⁹⁵ Detecting child abuse and neglect - are dentist doing enough?.. Andrew Tsang, DMD. David Sweet, DMD, ppd. Journal Canadian Dental Association, 65: 387-91. 1999.

el cóndilo con la cavidad glenoidea del temporal, puesto que según el mecanismo de acción de la fuerza (golpe) pueden producirse diferentes tipos de lesiones: fractura del cuello de uno o ambos cóndilos, otras veces más excepcionales se provoca la fractura del conducto auditivo externo y luxaciones o subluxaciones articulares. Los traumatismos de la ATM son importante porque al afectar el centro condíleo de crecimiento provocan un retraso en el desarrollo mandibular con la manifestación clínica de desviación hacia el lado afectado y trismus (marcada disminución de la apertura bucal).

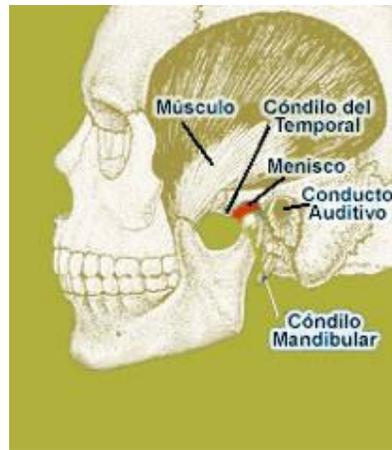


Imagen N° 5: *Articulación Temporomandibular*

Lesiones de la encía o mucosa oral: laceración (herida superficial consistente en un desgarro causado por un objeto agudo y filoso), contusión (hematoma gingival producto de una hemorragia submucosa, generalmente provocada por un objeto romo) y abrasión (lesión que deja una superficie áspera y sangrante que obedece a una raspadura). Estas lesiones primaria se localizan a menudo en: la mucosa interna del labio superior con rotura del frenillo y también lesiones en el labio inferior, desgarro del frenillo lingual causado por una alimentación forzada, quemaduras en encía - lengua y paladar blando - duro provocadas por cigarrillos u otros objetos calientes⁹⁶.

Los odontopediatras debemos estar alertas ante los posibles signos y síntomas que puedan aparecer en la cavidad oral por ejemplo petequias en paladar, desgarro de frenillo labial y lingual y la presencia de gonorrea en cavidad oral y perioral que es el signo patognomónico de abuso sexual (gonorrea faríngea). Las infecciones por papiloma virus humano pueden ser transmitidas sexualmente por contacto orogenital o de la madre al hijo durante el nacimiento o por contacto no sexual, ejemplo mano - boca. En este tipo de maltrato (abuso sexual) se trata de mantener relaciones sexuales o de explotar sexualmente a un menor para obtener placer. Normalmente es realizado por

⁹⁶ Manejo de la Conducta del Paciente Maltratado. Vol. 40 n° 3. Autores: Gallego Luis, Miegimolle Mónica, Planells Paloma. 2002.

una persona cercana al niño (los niños son víctima de abuso sexual dado su pequeño tamaño y su imposibilidad de autodefensa)⁹⁷.

Pruebas complementarias: el examen radiológico es de vital importancia para evidenciar lesiones anteriores, pueden ser radiografías periapicales o panorámicas. Además contamos con el test de vitalidad pulpar.

Negligencia a nivel odontológico

Según la Academia Americana de la odontología pediátrica, *negligencia dental* “es la falta voluntariosa del padre o del guarda de buscar y de seguir a través con el tratamiento necesario para asegurar un nivel de la salud oral esencial para la función y la libertad adecuadas del dolor y la infección” *Imágenes N° 6 y 7*. La caries dental, enfermedades periodontales y otras condiciones orales, si no están tratadas pueden conducir al dolor, a la infección y a la pérdida de función. Estos resultados indeseables pueden afectar al aprendizaje, a la comunicación, a la nutrición y otras actividades necesarias para el crecimiento normal y desarrollo. *Declaración común de la Academia Americana de pediatría y de la Academia Americana de odontología pediátrica. Comité sobre abuso y negligencia del niño. Grupo de trabajo ad-hoc en abuso y negligencia del niño.*

Indicadores de negligencia dental⁹⁸

Caries rampantes no tratadas, fácilmente detectables.

Infecciones repetidas.

Abscesos crónicos.

Dolor dental crónico.

Falta de continuidad en la atención.

Múltiples restos radiculares.

Debemos diferenciar a padres con adecuado conocimiento y que no buscan atención, de los padres sin conocimiento de la necesidad de salud oral de sus hijos. El fracaso de obtener un adecuado cuidado dental es producto de varios factores, como ser, aislamiento familiar, falta de dinero (pobreza), ignorancia de los padres. Una acotación comúnmente escuchada en la consulta es considerar, por parte de los padres, a las piezas temporarias o de “leche” como nada importantes porque “total se van a caer”.

El punto a tener presente como negligencia por parte de los padres es cuando los mismos han sido debidamente informados del cuidado oral, del

⁹⁷ Oral and dental aspects of child abuse and neglect. Nancy Kellogg, MD on the committee and child abuse and neglect. Pediatrics vol, 116 n° 6 December, pp. 1565 - 1568 (doi: 10.1542/Peds.2005.2315). 2005.

⁹⁸ Detecting child abuse and neglect - are dentist doing enough?.. Andrew Tsang, DMD. David Sweet, DMD, ppd. Journal Canadian Dental Association, 65: 387-91. 1999.

tratamiento necesario y el mecanismo de acceso a ese tratamiento. Como profesionales de la salud debemos asegurarnos que los padres entiendan la explicación de la enfermedad y sus implicancias.

Reconocer *negligencia dental* es importante porque en muchos casos esta asociada con negligencia general, por ejemplo no proporcionar las vacunas necesarias, los medicamentos indicados, mala alimentación, mala higiene, escolaridad interrumpida.



Imagen N° 6. *Negligencia*



Imagen N° 7. *Negligencia*

Conclusiones

Como odontólogos debemos estar alertas en la detección y notificación de casos sospechados de maltrato, evaluando no sólo las lesiones orales y periorales que presente el pequeño paciente, sino también su comportamiento, su entorno familiar, nivel sociocultural, etc.

Creemos que existen varias razones por las cuales “el odontólogo” no informaría un caso de maltrato infantil:

“Falta de concientización sobre el tema, falta de entrenamiento.

“Miedo” a tratar con padres enojados o a involucrarse en la problemática.

“Rehusarse” a creer que los padres son negligentes.

Se sabe que en aquellos países donde los odontólogos han sido debidamente entrenados en la detección de signos de abuso, negligencia y maltrato hay un número cinco veces mayor de reportes de casos por parte de los odontólogos que en el resto de los lugares.

Es de destacar que el odontólogo tiene como ventaja para el diagnóstico de violencia que los padres o familiares que maltratan o abusan de niños raramente llevan al pequeño al mismo médico, pero no son cautos o precavidos acerca del dentista.

Los niños víctimas de violencia física están en riesgo de ser futuros abusadores. Entonces cuando los odontólogos detectemos un caso de abuso estamos protegiendo futuras víctimas.

EL TRABAJO INFANTIL: OTRA FORMA DE MALTRATO

*Adrián Marcelo Cutri **

Introducción

Existe consenso mundial sobre el daño que ocasiona en los niños su incorporación al mundo del trabajo. Esto puede amenazar su seguridad, su salud y su desarrollo.

Según la Organización Internacional del trabajo (OIT), más de 246 millones de niños trabajan actualmente. Más de 100 millones de estos niños no van a la escuela y 22.000 mueren en accidentes relacionados con el trabajo cada año.

Sólo en América Latina hay 48 millones de niños trabajadores. Brasil, Guatemala, México, Perú y Bolivia son los países con mayor prevalencia. Esto puede deberse a que muchas familias de bajos recursos necesitan que sus hijos trabajen para poder subsistir, lo que no permite una correcta escolaridad y una sana recreación de los más pequeños.

Un poco de historia

A lo largo de la historia el trabajo infantil puede dividirse en dos modalidades: el trabajo dentro de la estructura familiar y el trabajo fuera del hogar.

El primero, no remunerado, incluye la ayuda en las tareas domésticas o en las labores artesanales o agrícolas (desarrollado principalmente por niñas en el primer caso y por niños y niñas en el segundo).

El trabajo asalariado fuera del hogar podía llegar incluso a la esclavitud. Ya en el siglo XVI se integraba a los niños en las faenas mineras, ya que por su porte podían acceder a lugares difíciles para el cuerpo de un adulto.

El trabajo infantil dentro de la estructura familiar siempre ha sido mayoritario y no ha tenido forzosamente una connotación negativa. Al contrario, a menudo era la forma de realizar el aprendizaje necesario para poder ir asumiendo progresivamente las responsabilidades que más tarde como

** Médico Pediatra. Hospital General de Niños Doctor Pedro de Elizalde.*

adultos se tendrían, asimilando las habilidades domésticas, artesanales o agrícolas de los padres.

Los menores eran educados en el hogar precisamente en aquellos conocimientos que necesitaban adquirir para poder sobrevivir en la sociedad de su tiempo. Si esto estaba exento de abusos y el trabajo no se desarrollaba bajo condiciones penosas, el proceso era enriquecedor.

Hay que tener en cuenta que las opciones laborales en la antigüedad no tenían relación con las posibilidades existentes en una sociedad desarrollada. La movilidad laboral era limitada, condicionada por la clase social a la que se pertenecía o por los recursos naturales disponibles, especialmente en las zonas rurales.

En la actualidad siguen existiendo defensores de este tipo de trabajo, olvidando el cambio radical que se ha producido en todo el mundo y la grave limitación que supone el analfabetismo o la escolarización precaria, en la medida que cierra las puertas a la cultura escrita, hoy en día imprescindible para aspirar a cualquier promoción laboral en cualquier sector productivo.

Por otro lado, el trabajo fuera de la estructura familiar, casi siempre míseramente remunerado o esclavo, ha sido siempre una forma de explotación. Este tipo de trabajo, afectando a una menor o mayor proporción de menores en cada sociedad, reglamentado o no, ha existido siempre. Desde las culturas mesopotámicas y el Antiguo Egipto, pasando por la gran industrialización europea del siglo XIX, hasta su persistencia actual.

Es precisamente durante la industrialización europea cuando se comenzó a incorporar en las fábricas a los menores, reclutados a causa de la gran demanda de mano de obra y de los menores salarios que percibían los niños y las niñas:

“La revolución industrial inglesa pudo alimentar el proceso de acumulación capitalista aprovechando no sólo los inventos técnicos o las riquezas almacenadas durante siglos de explotación colonial, sino también chupando la sangre de una fuerza de trabajo infantil barata y desamparada (...) la industria vio la convivencia de recoger aprendices en las grandes poblaciones desde la edad de siete a catorce años. Para tenerlos en gran escala se hacían requisas y contratos con sus parientes y con los directores de los establecimientos de beneficencia. El trabajo era durísimo, con jornada de catorce o quince horas, en pésimas condiciones de alimentación, higiene y de seguridad.”⁹⁹

Hoy, los menores tejedores de alfombras o los niños mineros latinoamericanos, son ejemplos no sólo de trabajo infantil, sino también de trabajo en condiciones de esclavitud.

“El trabajo infantil sigue concentrándose en la agricultura, el servicio doméstico y el sector urbano no estructurado por el simple hecho de que es ahí

⁹⁹ Cristiano Morsolin. El pasado y presente del trabajo infantil. Disponible en: <www.selvas.org/dossNAT4Es.html>. Visitado el 27 de septiembre de 2009.

donde mejor se oculta a los pequeños de la vista del público. Los empleadores encubren la mano de obra infantil y en muchos países la mayoría de los niños explotados ni siquiera están protegidos por una legislación. En el caso de contar con dicha protección, las personas encargadas del cumplimiento de la misma no llegan a ellos”¹⁰⁰.

Hay quienes defienden la pronta incorporación al trabajo de los menores, olvidando que en general cuanto más pronto se produce esta incorporación menor es el equipaje educativo previamente adquirido, y por lo tanto peores las expectativas de cara al futuro¹⁰¹.

El trabajo infantil en Argentina

En nuestro país el día 4 de junio del 2008, y como modificación a leyes previas, se sancionó la ley 26.390 en el Congreso Nacional. Esta ley establece la edad mínima de admisión al empleo en 15 años, prohibiendo el trabajo de personas menores de 15 años desde la fecha de vigencia de esta ley hasta el 25 de mayo de 2010, en que comenzará a regir la edad mínima de admisión al empleo en 16 años y quedará prohibido el trabajo a menores de 16 años.

La protección del trabajo adolescente regula entre otros, las condiciones de trabajo, la jornada de trabajo y el contrato de aprendizaje.

Argentina es uno de los países de América Latina en donde el trabajo infantil ha crecido de manera considerable como consecuencia de la crisis económica. Según la Encuesta de Actividades de Niños, Niñas y Adolescentes (Eanna) del Ministerio de Trabajo, en el año 2006, el 6,5% de los niños de entre 5 y 13 años cumplen alguna tarea, y el 20,1% de los adolescentes de entre 14 y 17 años trabaja. Muchos de estos niños trabajan en las calles y se considera que el 53% de ellos consume algún tipo de droga¹⁰².

La pobreza es, en nuestro país, la principal causa del trabajo infantil, pero no es la única. También influyen la desocupación adulta, el trabajo en negro, la demanda de prostitución o pornografía infantil, y factores culturales que tienden a naturalizarlo. Desde diferentes gobiernos nacionales ha existido la intención de erradicar esta dura realidad. En el año 2000 se creó la Comisión Nacional del Trabajo Infantil (Conaeti), del Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social; en el 2002 se formaron doce Comisiones Provinciales de Erradicación del Trabajo Infantil (Copreti), y en el ámbito del gobierno porteño

¹⁰⁰ José A. Paja Burgoa. La Convención de los Derechos del Niño. Tecnos. Madrid, 1998.

¹⁰¹ Disponible online: <<http://www.amnistiacatalunya.org/edu/es/historia/h-trabajo.html>>. Visitado el 28 de septiembre de 2009.

¹⁰² Disponible en: <www.trabajo.gob.ar/left/estadisticas/otia/estadisticas/verCuadro.asp?id=199>. Visitado el 24 de septiembre del 2009.

existe el Consejo de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes, que lanzó la campaña “Los niños tienen derecho a no trabajar”¹⁰³.

Los niños trabajadores

Los más explotados suelen ser los más vulnerables, como las niñas, los huérfanos, los menores provenientes de minorías étnicas y los niños de la calle, quienes también constituyen la mayor parte de la población infantil que no recibe educación escolar¹⁰⁴. (5) En los países industrializados, por ejemplo, son los niños llegados en las constantes migraciones los que, viviendo en la marginación, se ven obligados a trabajar para ganarse la vida.

Los niños generalmente trabajan como vendedores, limpiabotas, artistas ambulantes y obreros. También recolectan basura, cartones y ofician de limpiaparabrisas. Hacen todo tipo de trabajos para ayudar a sostener a sus familias o para sostenerse ellos mismos en caso de vivir en la calle. Muchas veces comienzan a la par de sus padres, luego trabajan solos o en grupos de niños. Son contratados y explotados por un gran número de industrias que abarcan desde las textiles y el calzado hasta la elaboración de fuegos de artificio.

En los países en desarrollo es muy frecuente la presencia de trabajadores infantiles domésticos que deben dejar el hogar para complementar el ingreso familiar. Este aislamiento social los excluye del acceso a servicios comunitarios y a oportunidades de recreación.

Los niños que trabajan se enfrentan a muchos problemas. Al pasar la mayoría del tiempo en las calles, son más vulnerables a la tentación de robar, la drogadicción y a los asaltos de agresión física y/o sexual. Todo esto sumado a los peligros del trabajo en sí (manejo de materiales pesados, exposición a elementos peligrosos, etc.).

Muchas veces las familias establecen una cuota de dinero que deben llevar los niños al hogar. Si el niño no cumple con esa cuota es castigado de manera rigurosa. Esto lleva a que los niños caigan en la delincuencia para poder volver a sus hogares con suficiente dinero como para evitar el castigo.

El trabajo infantil desvirtúa la percepción de los niños, niñas y adolescentes, sus modelos a seguir por lo general son negativos y sus experiencias de vida les hacen dar crédito a actitudes de riesgo y de mayor peligro.

¹⁰³ “Trabajo Infantil, Infancia robada”. Diario La Nación. Argentina. Sábado 17 de Febrero de 2007.

¹⁰⁴ UNICEF. Comunicado de Prensa: “El día Mundial contra el Trabajo Infantil nos recuerda la necesidad de combatir las formas más graves de explotación”. Disponible online: www.unicef.org/spanish/media/media_49959.html. Visitado el 25 Sept. 2009.

Para discutir

Combatir el trabajo infantil exige un liderazgo político. Es responsabilidad de todos: progenitores, dirigentes comunitarios, el sector privado y los gobiernos. La erradicación del trabajo infantil será posible si se crean mayores oportunidades laborales para los adultos y sus comunidades.

La OIT asegura que los beneficios económicos de la eliminación del trabajo infantil son mayores que sus costos. Este beneficio será evidente en el futuro, y se medirá en términos del ingreso que tendrán de adultos aquellos niños que han completado su educación y de lo que podrán contribuir a la sociedad.

La UNICEF hace hincapié en que todos los niños tienen derecho a la educación. Esto aumenta las probabilidades futuras de evitar la pobreza y garantizar la educación de sus propios hijos, lo que a su vez ayuda a combatir el trabajo infantil.

Muchos cuestionan el enfoque de la erradicación del trabajo infantil alegando que no se está considerando las características culturales de muchos pueblos y naciones que lo integran como una estrategia pedagógica y de socialización. Esto criminaliza a quienes son víctimas de determinadas situaciones sociales y no tiene en cuenta la opinión de quienes dice favorecer, es decir, de niños, niñas y adolescentes.

Sabemos que el trabajo infantil pone en riesgo la salud física y mental de los niños, entorpece el normal crecimiento y no da espacio para la recreación; es decir que el trabajo atenta contra los derechos fundamentales del niño.

En la Declaración de los Derechos del Niño proclamada por la Asamblea General en su resolución 1386 (XIV) del 20 de Noviembre de 1959 considera que: "...el niño, por su falta de madurez física y mental, necesita protección y cuidado especiales, incluso la debida protección legal, tanto antes como después del nacimiento".

Si bien es el 12 de Junio cuando se celebra el "Día Mundial contra el Trabajo Infantil", debemos recordar todos los días que LA HUMANIDAD DEBE AL NIÑO LO MEJOR QUE PUEDE DARLE.

ABUSO SEXUAL INFANTIL

*Nora Liliana Nigro**

Si bien el abuso sexual no es un hecho nuevo, en la actualidad se observa un notable incremento en su frecuencia.

Se ha estimado que cada año, el uno por ciento de los niños (1%) sufre alguna forma de abuso sexual, es decir, que antes de alcanzar la vida adulta, el veinte por ciento de los menores (20%) lo han padecido.

Conforme estas estadísticas, puede inferirse que el problema se encuentra emplazado en el terreno de la práctica pediátrica cotidiana. A pesar de ello, la mayoría de los médicos carecen de la experiencia y el entrenamiento requerido para efectuar este diagnóstico.

Por otra parte, rara vez puede efectuarse el diagnóstico de esta grave situación, sobre la base exclusiva de los signos físicos. Una proporción importante de los niños abusados no tiene anormalidades en el examen físico.

La ausencia de signos físicos no descarta la existencia de abuso sexual

Todo lo expuesto ha llevado a establecer que la declaración de los niños constituye el factor único y fundamental en el diagnóstico de esta forma de maltrato infantil.

Habitualmente, el abuso sexual ocurre de una manera solapada y sin claras evidencias que posibiliten su fácil desenmascaramiento. En general, sólo existe algún elemento que permite crear un clima de sospecha como, cambios en la conducta del niño, trastornos psicossomáticos o alguna alteración física.

Henry Kempe, fue el pionero en acercarse a la problemática del maltrato infantil y así define al mismo: "es la implicación de niños y adolescentes dependientes e inmaduros en cuanto a su desarrollo, en actividades sexuales que no comprenden plenamente y para las cuales son incapaces de dar su consentimiento informado, o que violan los tabúes sociales o los papeles familiares."

* Médica Pediatra Hospital de Niños Pedro de Elizalde, Buenos Aires, Argentina. Endocrinóloga Infantil Médica Legista.

El diagnóstico de enfermedades de transmisión sexual en la infancia puede constituir una fuerte evidencia de abuso.

Es decir que este diagnóstico, además de posibilitar el tratamiento de una enfermedad infecciosa, permite inferir con bastante certeza, la perpetración de un abuso a de generar la duda o sugerir esta posibilidad diagnóstica.

Los médicos que transitan por este terreno deben enfrentar un doble desafío. Primero, tratar de descubrir y confirmar el problema, con esta pobreza de recursos. Segundo, soportar la expectativa puesta sobre sus hombros por quienes deben juzgar y, esperan que el examen médico les proporcione la evidencia física convincente y concluyente.

Si bien existen otras vías de transmisión de estas afecciones, además del contacto sexual, las mismas han sido comunicadas como muy infrecuentes.

La presencia de una enfermedad de transmisión sexual no puede ser empleada como una prueba absoluta de abuso, pero sí como una poderosa evidencia, indicadora de que el mismo ha ocurrido con una altísima probabilidad.

En algunos casos, cuando se diagnostica la misma enfermedad en el niño y la persona bajo sospecha y, se descarta otra fuente de infección (como la perinatal, adquirida de la madre), puede constituir una evidencia concluyente de abuso sexual.

Es muy común que las enfermedades de transmisión sexual se manifiesten en las niñas como vulvovaginitis acompañadas de flujo.

Tanto las vulvovaginitis como el flujo, constituyen un motivo de consulta pediátrica habitual. En la práctica diaria, se las suele tratar con alguna medicación local, sin investigar sobre un posible origen bacteriano específico, como puede corresponder a ciertas enfermedades de transmisión sexual.

En la bibliografía, la frecuencia de la asociación entre vulvovaginitis y enfermedades de transmisión sexual es controvertida.

No existen en la bibliografía nacional estudios que evalúen esta problemática.

Ante todo lo expuesto cabe efectuar también una pregunta: el correcto enfoque de las vulvovaginitis en la infancia, ¿debe dirigirse, entre otros aspectos, a descartar una enfermedad de transmisión sexual, ya que de confirmarse este origen, no sólo se posibilita su adecuado tratamiento sino que se permite sospechar con firmeza, un abuso sexual encubierto?

El himen se presenta como un diafragma membranoso que ocluye aparentemente el introito vaginal .

Está formado por tejido conectivo elástico cuya superficie esta cubierta por epitelio escamoso estratificado. Es grueso y casi siempre posee una abertura central , no fácil de visualizar por la ingurgitación y el edema que presenta

Por su configuración se los clasifica en: fimbriados, creciente, anular, microperforado, imperforado, septado y cribiforme.

El espesor de la membrana himeneal se mide en el plano coronal, esto es, desde el borde del himen hasta la porción muscular del introito vaginal

En la configuración himeneal tienen gran influencia 2 factores: las hormonas y el trauma.

Se clasificó el tipo de himen por su contorno y configuración en: ausente, delgado, irregular, redundante, angular.

El tamaño himeneal normal, de acuerdo a estudios realizados por Ms Cann en niñas prepúberes se considera como límites extremos: entre los 2 y los 8mm.

Distintos tipos de lesiones

Es necesario diferenciar las siguientes lesiones ginecológicas dermatológicas y otras, de las producidas por abuso .

Desórdenes dermatológicos

Entre los desórdenes dermatológicos más frecuentes encontrados se observan:

Liquen escleroatrófico: Se caracteriza por: pápulas hipocrómicas, blanquecinas de bordes netos brillantes que tienden a coalescer formando placas atróficas de bordes regulares y disposición simétrica en el introito, región perianal y clitoridea y puede comprometer los pliegues inguinales y anal y poco frecuentemente, placas en cuello, tronco y extremidades. La epidermis se adelgaza y presenta aspecto de papel de cigarrillo y frecuentemente se observan hemorragias subepiteliales y fisuras.

El prurito intenso se debe a las alteraciones tróficas de las terminaciones nerviosas de la vulva y puede estar acompañada de hemorragia y/o de infección bacteriana o micótica agregada.

Su evolución es crónica, con etapas de remisión y exacerbación.

La etiología es desconocida. Se le han atribuido causas autoinmunes, genéticas, infecciosas, y endocrinológicas.

La signosintomatología es variable e intermitente y su evolución incierta. Se observa persistencia de la lesión en el 80% de los casos pero con mejoría de la sintomatología en un 75% de las pacientes al llegar a la adolescencia. La atrofia moderada o severa se observa en un 20 al 35%.

Vitíligo: Hay una pérdida progresiva de los melanocitos epidérmicos. Ocurre en la niñez y adolescencia. Compromete las áreas periorificiales y zonas expuestas. Alternan áreas pigmentadas y despigmentadas. Es de bordes netos, en general simétrica y no hay alteración en la estructura ni arquitectura del epitelio. Es asintomático y su importancia reside solamente en la repercusión estética.

Dermatitis Seborreica: Se localiza en cuero cabelludo, cara, región perianal, vulvar e inguinal. Las lesiones eritematodescamativas, amarillas con halo rojo, se localizan principalmente en el fondo de los pliegues creando intertrigos inguinales genitocrurales e interglúteos.

El prurito es leve a moderado en las lesiones vulvares. Es común la sobreinfección micótica.

Psoriasis: La lesión es sobreelevada, roja, papuloescamosa y de bordes eritematosos. Presenta períodos de remisión y exarcebación. Puede incrementarse con exposición al sol, cambios de peso, estrés. Muchas veces es asintomático, pero puede en ocasiones presentar prurito.

Dermatitis del pañal: Reacción aguda, inflamatoria en el área de contacto de la piel con el pañal. Puede sobreinfectarse y presentarse como forma irritativa, confluyente, ulcerativa o como impétigo ampolloso.

Dermatitis friccional: en zonas de roce.

Dermatitis química: por contacto con irritantes (jabones, desodorantes, desinfectantes, perfumes).

Dermatitis atópica: en pacientes con historia familiar de atopía. Hay prurito y ardor.

Otras lesiones

Coalescencia de labios menores

Es un proceso adquirido que se manifiesta a partir de la 6ta semana de vida al descender los estrógenos maternos y placentarios, siendo su incidencia mayor entre los 4 meses y los 3 años. La fusión ocurre por el borde libre de los labios menores o por la cara interna de los mismos, en forma total o parcial. La causa de los mismos asienta en hipoestrogenismo.

Hemorragia genital

Producida por gérmenes que producen hemorragia con mas frecuencia: Shigella, Hemophilus Influenza y Estreptococo B hemolítico.

Traumatismo genital

Los más comunes son las caídas a horcajadas sobre bordes romos: borde de la bañera, sillas. Generalmente no hay compromiso de vagina, uretra y zona himeneal.

Clasificación

De acuerdo con la clasificación de Adams “hallazgos físicos y de laboratorio”, de ASI año 2003

Se considera:

CLASE 1 Normal no relacionado con abuso

Examen genital normal

CLASE 2 Hallazgos inespecíficos de AS (Abuso posible)

Signos físicos que podrían estar causados por AS o por otra causa: vulvitis, lesiones por rascado, aumento de la vascularización del introito vaginal, fisuras en la piel o abrasiones en la horquilla vulvar, presencia de secreción o flujo vaginal, presencia de condilomas en niñas menores de 2 años. En zona anal presencia de hiperpigmentación o eritema perianal, apéndices cutáneos perianales, disminución de los pliegues anales, fisuras anales, congestión venosa, dilatación anal con materia fecal en el recto.

CLASE 3 Hallazgos específicos de AS (Abuso probable)

Desgarros recientes o cicatrizales del himen, aumento del orificio himeneal para la edad, desgarro de la mucosa vaginal, marcas de dientes o laceraciones o equimosis en la vulva, presencia de gérmenes de transmisión sexual (Trichomonas vaginalis, Chlamydia trachomatis . En zona anal: desgarros superficiales o profundos, laxitud del esfínter anal, presencia de condilomas o de otros gérmenes de transmisión sexual, dilatación anal, mayor de 20 mm sin materia fecal en la ampolla rectal.

CLASE 4 Hallazgos de certeza de AS (Evidencia definitiva de AS)

Presencia de espermatozoides o liquido seminal en el cuerpo de la niña.. Embarazo por coito no consensuado.

Evidencia del uso de la fuerza brusca o traumatismo penetrante, tal como la laceración del himen hasta la base o "hendidura completa". Cultivos positivos para Neisseria gonorrea, serología positiva para sífilis o para HIV.

Abuso con testigo o la existencia de fotografías o videos que prueben el AS.

Confesión del supuesto agresor de los hechos que describe.

Reflexión final

El tema del ASI nos convoca a reflexionar sobre una de las problemáticas consideradas muy importantes para aquellos que nos ocupamos de los factores que perjudican el normal desarrollo de las personas y violan sus derechos fundamentales: dignidad y libertad

La detección de un caso de violencia por parte del medico, o de cualquier integrante del equipo de salud, o de la institución educativa, es a veces, la única posibilidad que se le presenta a un niño que la está padeciendo de poder ser rescatado.

Debemos reaccionar y accionar adecuada y profesionalmente para proteger al niño.

Bibliografía

Manual de Ginecología Infanto Juvenil (2º Edición). Buenos Aires: Editorial Ascune, 2003

Adams, J.A. y col. *Sexual abuse and adolescens Pediatrics Annals*. Año 2000, (26-299)

Muram, D. "Simposio sobre abuso sexual". En: *Revista de la Sociedad Argentina de Ginecología Infanto Juvenil*, vol. 3, N° 3, (5-14), año 2002.

19
Nov.
2009

WORLD DAY Prevention Child Abuse.®

Claude Muguel - Street child, Niger - Photo copyright © Interpol



Journée Mondiale prévention des abus envers les enfants
Día Mundial Prevención del Abuso contra los Niños
Welttag Vorbeugung von Kindes-Missbrauch



WWSF • 11 Avenue de la Paix
1202 Geneva • Switzerland
wdpca@wwsf.ch • www.woman.ch



FORUM DE LA SÉCURITÉ DE LA VIE
FORUM FOR LIFE SECURITY



Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun Svizra
Confederaziun Svizra

VIVRE
LIFE



CRC
20
YEARS