



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
DEPARTAMENTO DE SALUD DEL NIÑO, NIÑA Y ADOLESCENTE

MALTRATO FÍSICO EN PRIMERA INFANCIA

AUTORES:

Br. Feller, Genie
Br. Ferraz, Sheila
Br. González, Inés
Br. Olivera Costa, Liliana

TUTOR:

Lic. Enf. Fernández, Lía

Facultad de Enfermería
BIBLIOTECA
Hospital de Clínicas
Av. Italia s/n 3er. Piso
Montevideo - Uruguay

Montevideo, 1999

INDICE

	Página
- Introducción.....	1
- Problema.....	2
- Objetivos.....	2
- Fundamentación	3
- Conceptualización.....	8
- Operacionalización de variables.....	9
- Diseño metodológico.....	11
- Marco teórico.....	14
- Resultados.....	33
- Discusión.....	35
- Reflexiones.....	39
- Sugerencias.....	40
- Bibliografía citada	
- Bibliografía	
- Agradecimientos	
- Anexo 1- Plan Piloto	
- Anexo 2- Instrumento	
- Anexo 3- Entrevistas	
- Anexo 4- Declaración de los Derechos del Niño.	
- Anexo 5- Código del Niño	
- Anexo 6- Algunos recursos con que cuenta la comunidad para abordar el maltrato.	

INTRODUCCION

El presente trabajo fue elaborado por un grupo de estudiantes de generación 92 del Instituto Nacional de Enfermería con el propósito de realizar la tesis final de nuestra carrera en el período comprendido entre marzo y setiembre de 1999. Para esto se contó con la tutoría de una docente perteneciente al Departamento de Salud del Niño y del Adolescente.

El estudio fue realizado en Montevideo, área urbana, Hospital Pereira Rossell en la Clínica Pediátrica "A" y anexo donde se seleccionó como problema a investigar.

- ¿Que factores de riesgo se presentan en los niños de 0 a 3 años que ingresan con diagnóstico de maltrato físico a la Clínica Pediátrica "A" y anexo del Hospital Pereira Rossell en el período comprendido entre el 1º de junio al 31 de julio de 1999?

Se planteó como objetivo general:

- Identificar que factores de riesgo se presentan en los niños de 0 a 3 años que ingresan con diagnóstico de maltrato físico a la Clínica Pediátrica "A" del Hospital Pereira Rossell entre el 1º de junio al 31 de julio de 1999.

Y como objetivos específicos:

- Conocer la distribución de casos por edad.
- Determinar si existe o no el predominio de un sexo sobre otro. ___
- Conocer si el factor de riesgo prematuz se presenta en la muestra a estudiar.
- Conocer si el factor de riesgo llanto fácil se presenta en la muestra a estudiar.
- Identificar la presencia de factores de riesgo en la madre que la llevan para maltratar físicamente al niño.
- Determinar cual o cuales factores de riesgo en el agresor –con lazos de parentesco– están presentes y lo llevan a maltratar físicamente al niño.
- Identificar por quién es agredido el niño con mayor frecuencia.

Esta investigación es de carácter descriptivo, transversal y prospectivo.

En la realización del marco teórico creímos importante ofrecer una breve historia de los orígenes del maltrato, primero como una patología desconocida, luego el descubrimiento por el médico legista Ambrois Tardieu en el 1860 como maltrato en los niños llegando hasta nuestros días con los aportes de la Dra Irma Gentile Ramos.

Se realizó una revisión bibliográfica constatándose varias formas de clasificar el maltrato por lo que presentamos aquella con la cual nos identificamos.

Podrá encontrarse además aspectos a tener en cuenta en la realización del diagnóstico; indicadores, perfil del agresor, conducta a seguir, prevención desde el punto de vista de enfermería, desarrollo y crecimiento normal en los primeros años de vida.

Los datos se obtuvieron de una fuente secundaria, la Historia Clínica mediante la aplicación de un instrumento.

El total de niños que ingresó a dicha Clínica con diagnóstico de maltrato físico y que cumplían con los criterios de selección fueron tres. De los cuales el maltrato se produjo más en los lactantes, con un predominio del sexo femenino.

Los agresores fueron padre y padrastro presentando éstos algunos de los factores de riesgo seleccionados para el estudio.

PROBLEMA

¿ Que factores de riesgo se presentan en los niños de 0 a 3 años con diagnóstico de maltrato físico que ingresan a la Clínica Pediátrica "A" y anexo del Hospital Pereira Rossell en el período comprendido entre el 1º de junio al 31 de julio de 1999?

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- Identificar que factores de riesgo presentan los niños de 0 a 3 años que ingresan con diagnóstico de maltrato físico a la Clínica Pediátrica "A" y anexo del Hospital Pereira Rossell en el período comprendido entre el 1º de junio y 31 de julio de 1999.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Conocer la distribución de casos por edad.
- Determinar si existe el predominio de un sexo sobre el otro.
- Conocer si el factor de riesgo prematuridad se presenta en la muestra a estudiar.
- Conocer si el factor de riesgo llanto fácil se presenta en la muestra a estudiar.
- Identificar la presencia de factores de riesgo en la madre agresora que la llevan a maltratar físicamente al niño.
- Determinar cual o cuales factores de riesgo en el agresor – con lazo de parentesco – están presentes y lo llevan a maltratar físicamente al niño.
- Identificar por quién es agredido el niño con mayor frecuencia.

FUNDAMENTACION

El motivo de selección del tema surge del interés grupal en conocer la problemática del niño maltratado y los factores de riesgo que pueden presentarse como desencadenantes de este fenómeno.

Creemos que con este trabajo podemos aportar elementos necesarios que permitan a la Licenciada en Enfermería inserta en los diferentes niveles de atención acercarse en forma segura y receptiva al niño y su familia, a modo de poder identificar situaciones de riesgo, valorar, interpretar y actuar en forma objetiva y oportuna. Reconocemos la importancia de realizar prevención en el primer nivel de atención y trabajar con los jóvenes y la comunidad, identificando precozmente la presencia de factores que potencien la aparición de maltrato, y trabajando en un equipo interdisciplinario se logre que la familia que presenta "determinado problema" lo reconozca como tal y acepte que es necesario un cambio, es así que tal vez logremos disminuir el número de maltrato.

Otro aspecto es que la Licenciada en enfermería actualmente no forma parte del equipo tratante del niño maltratado. El motivo por el cual no lo integra; según la opinión de la Licenciada jefe y la Asistente social de la Clínica se debe a las características del servicio (se encuentra ubicado allí la Unidad de Cuidados Intermedios) donde el nivel de atención es complejo y la demanda de la Licenciada permanente y directa se ve acrecentada; no disponiendo del tiempo necesario para reunirse, discutir y opinar en forma interdisciplinaria como lo requiere el llegar al diagnóstico certero de maltrato.

Consideramos indispensable su participación ya que es quien está más tiempo con el niño y su familia; conoce las relaciones personales entre estos; sus hábitos y sus costumbres. Lo que le posibilita en muchas oportunidades detectar situaciones discordantes entre el relato de los hechos con la realidad.

A su vez puede llegar a identificar alteraciones en las relaciones de los padres con el niño y de éstos con el resto del grupo familiar.

Lo que no excluye los aportes que realiza enfermería de manera informal en el día a día.

No se nos escapa la complejidad del tema; el maltrato físico es solamente una pequeña parte de este fenómeno que se presenta en los niños, existiendo otras formas como la negligencia, la situación de calle, pornografía y prostitución, falta de asistencia médica, insuficiente estimulación, inmunización incompleta (malas condiciones de higiene, vestimenta y alimentos) que posiblemente nunca serán diagnosticados.

Al ser este un tema vasto y que posibilita varios enfoques consideramos la necesidad de delimitarlo de la siguiente manera:

Edad del niño: comprende todos aquellos que tengan entre 0 y 3 años; la primera infancia, ya que requieren mayor cuidado y protección por parte del adulto, es decir son más dependientes y vulnerables.

El Dr Loredó Abdalá apoya la idea que en esta edad hay más casos de maltrato físico; el Médico- legista Hugo Rodríguez, en la publicación de la revista "Nosotros" de noviembre de 1996 afirma que "el maltrato infantil ocurre en cualquier etapa del desarrollo pero se observa con más frecuencia en lactantes y niños de la primera infancia.

Dadas éstas afirmaciones el grupo considera oportuno e interesante conocer la distribución de casos por edad, tomando el período que va de 0 a 1 año (lactante) (5), de 1 a 2 años y de 2 a 3 años, abarcando así toda la primera infancia.

Maltrato físico: las lesiones que hacen por su manifestación topografía, morfología y tiempo de evolución sospechar, su naturaleza intencional; son las que llevan a ser ingresados para realizar estudios diagnósticos complementarios, descartándose o confirmándose el maltrato.

Al elegir este tipo de maltrato se aumenta la probabilidad de obtener un mayor número de casos al ser ingresados y diagnosticados.

En los casos de negligencia, el ingreso o no, muchas veces depende del concepto de maltrato que maneje el pediatra de puerta.

Siguiendo el proceso de selección no se toma el maltrato psicológico por presentar mayor dificultad en la realización del diagnóstico (en los niños de 0 a 3 años se realiza a través del vínculo madre- hijo y los datos aportados por la madre).

Otro tipo de maltrato es el institucional. Cuando es ingresado por causa de maltrato y sus lesiones evolucionan favorablemente, por lo general no es posible otorgar el egreso, porque se espera la resolución judicial; esta puede llevar varios días o hasta meses. Durante la internación se producen injurias al niño, al no permitirle continuar con las costumbres de su edad, el horario del baño, camas que son más pequeñas que el niño, rigidez en cuanto al horario de visitas.

Este tipo de maltrato no es factible de ser estudiado ya que no se correlaciona el tiempo de ejecución de la investigación (2 meses) con el tiempo de internación.

Hospital Pereira Rossell: fue elegido por ser un hospital infantil perteneciente al Ministerio de Salud Pública, que ofrece atención a la mujer desde el embarazo, parto y al niño hasta los 14 años. Es un centro de atención de referencia nacional y de tercer nivel que cuenta con los recursos humanos y tecnológicos necesarios para diagnosticar el maltrato físico.

Clinica pediátrica "A": a diferencia de las otras clínicas de internación esta cuenta con un equipo interdisciplinario ya consolidado desde hace varios años lo que agiliza el diagnóstico de maltrato, a la vez que hace posible la recolección de los datos que son necesarios para nuestro estudio.

Dado que comenzará a funcionar el plan "hospital de invierno", el cual consiste en habilitar un anexo correspondiente a cada clínica, se incluirá el anexo de la Clínica Pediátrica "A" en nuestro estudio.

Periodo junio-julio: según : las cifras que maneja el INAME un mayor número de denuncias en los meses de marzo- abril. Datos aportados por la asistente social Glagys Curbelo con más de 20 años de experiencia en el tema manifiesta que: se produce un aumento de casos en el período que va de octubre a diciembre.

Para el grupo la selección del tiempo de ejecución estuvo basado en lo antedicho, que señala que no hay predominio de meses o estación en los que se produzcan con mayor o menor frecuencia; y teniendo en cuenta que es fenómeno fundamentalmente social. Además de estar influido por motivos curriculares.

A continuación se fundamentarán las variables seleccionadas para el niño, madre agresora u otro agresor con lazos de parentesco.

En el niño.

Edad: fundamentada anteriormente en la elección del tema.

Sexo: las distintas publicaciones e investigaciones presentan diversidad de criterios en cuanto a la supremacía de un sexo sobre el otro. Las afirmaciones de la publicación del Consejo Internacional de Enfermería manifiestan que en la mayoría de los países la niña tiene actualmente una condición inferior y menos derechos, oportunidades y beneficios de la infancia que el varón.

Algunas manifiestan que dicho predominio sí existe (1), mientras que otros lo niegan (6 y 7).

Surge como interés grupal conocer si en la realidad actual de nuestro medio se presenta un mayor número de casos de maltrato en un sexo determinado o si se produce indistintamente.

Prematurez: los niños nacidos antes de las 37 semanas de gestación, presentan el riesgo de padecer trastornos médicos crónicos, del desarrollo neurológico y de la conducta. El riesgo biológico por sí solo no determina los resultados, más bien es la interacción de estos riesgos con los factores sociales y ambientales lo que mejor predice el desarrollo funcional a largo plazo. Los niños prematuros pueden ser especialmente pasivos o irritables debido a posibles lesiones del sistema nervioso central, o por la prolongada estadía en el hospital.

Estos niños manifiestan los mismos trastornos que todos los demás (cólicos, despertar por las noches, rabietas) pero éstos tienden a ser más intensos o prolongados.

Un parto prematuro interrumpe la preparación psicológica para la vida de un recién nacido. La larga e incierta experiencia en cuidados intensivos puede agotar las reservas emocionales y físicas de la familia. La prematurez, bajo peso, hace que por ser más pequeños puedan no cumplir las expectativas de los padres y a la vez implica una separación madre- hijo con una alteración en las conductas de apego.

Llanto fácil: El concepto de "llanto fácil", "frecuente o persistente", es reconocido por pediatría como factor de riesgo ya que aumenta la chance de ser maltratado. Se le designa principalmente a la percepción de la madre, cuando expresa la dificultad para aplacar o calmar el llanto, luego de hacer lo que ella interpreta como necesidad del niño de alimentación, higiene, vestimenta y juego. Otras veces el niño es acariciado o besado porque se les ha dicho o han leído que es importante que lo haga y no porque lo sientan realmente.

La psiquiatra infantil, Dra Irene García, señala la importancia del vínculo madre- hijo y la capacidad de ésta para entender, decodificar e interpretar las señales de su hijo, darles un sentido y responder adecuadamente, una de ellas es el llanto durante los primeros meses de vida.

La alteración del vínculo puede estar dada por: la inexperiencia previa, la edad materna, separación del binomio, hijo no deseado, falta de identificación con el recién nacido, o debido a expectativas irrealistas.

En otros casos los padres pueden sentirse angustiados e irritados con un niño que no responde a los estímulos en forma esperada, premios que encantarían a la mayoría de los niños escasamente consiguen una sonrisa de éstos. Cuanto más lo intenta y fracasa el padre o la madre para hacerlo feliz más aumenta la tensión entre ellos. Según Guido Berro muchos padres refieren que siente el llanto persistente de su hijo como algo que lo acusa. Con frecuencia la interrupción del descanso y de las relaciones sexuales provocado por el llanto nocturno, constituye una causa corriente de conflicto. El llanto incoherente es considerado como un rechazo y suele desembocar en una rabia súbita.

En la madre.

Alcoholismo y consumo de sustancias tóxicas: las principales características de la adicción a las drogas y el alcohol son la compulsividad y disfuncionalidad. La adicción ejerce un efecto nocivo sobre las relaciones, el trabajo y la familia.

El alcoholismo es un factor importante asociado a la agresividad y suele actuar como disparador, la fármaco- dependencia puede estar involucrada (4).

Edad: respecto de las características de los padres, algunos estudios muestran, que estos tienen mayor probabilidad de ser jóvenes e inmaduros y haber tenido antes relaciones interpersonales perturbadas(3). Varios estudios informan de mayor riesgo en los hijos de madres adolescentes o de padres menores de 20 años (3y7).

Desocupación: respecto al trabajo, el maltrato se asocia con padres desocupados y madres con empleo de tiempo parcial, el desempeño de cualquiera de los padres en ocupaciones calificadas aparece como un factor protector (3).

Sin soporte familiar. Las madres que no cuentan con soporte familiar, son generalmente mujeres que se sienten muy solas, con grados variables de baja autoestima; y con el embarazo buscan poner fin a esa soledad. Generalmente esas expectativas no son satisfechas con el nacimiento de bebé, deprimiéndose al darse cuenta que esta no era la solución al problema.

Continúan sintiéndose solas y desprotegidas además de no poder brindar a su bebé un "nido": amor, seguridad, comida y apoyo; porque ellas no lo recibieron de su madre ni han sido narcisizadas. Todo esto genera trastornos del vínculo madre- hijo. Estos casos lo ejemplifican las madres del INAME, estas no contaron con un "modelo de madre", y ahora no poseen base para brindarle a sus hijos (*).

En el agresor.

Se tomaron alcoholismo, consumo de sustancias tóxicas, edad, desocupación ya expuestas para la madre, y se agregan:

Parentesco: en cuanto al grado del parentesco, se trata de padres o padrastros, aunque también pueden ser hermanos mayores, tíos o abuelos.

En 1991 el National child abuse and neglect indica que los familiares más inmediatos fueron los agresores en el 55% de los casos de un total de 838.232, siendo los más comunes el padre, en el 21 %, la madre 21%, un compañero de la madre 9 %, la niñera el 8 %, el padrastro el 5 % (4)

Antecedentes de conducta violenta: en cuanto al perfil psicológico del agresor, se trata de individuos sometidos a importantes cargas de estrés social, familiar o laboral con baja tolerancia a las frustraciones; inmadurez, dependencia y disminución de la autoestima y de las fuerzas inhibitorias de su agresividad. Solo una minoría padece alteraciones psiquiátricas mayores.(6)

* Datos aportados por la Psicóloga Felicia Freisfeld entrevista realizada el 02/06/99

Antecedentes de haber sido víctima de maltrato: Este es uno de los factores de riesgo que la mayoría de la bibliografía maneja como una de las características que se presenta con mayor frecuencia en el agresor. Siendo mínimos los autores que lo muestran como factor protector sobre el niño ya que se sostiene que aún cuando logre superar y rechazar los modelos aprendidos, queda expuesto al riesgo de volver a ellos en los momentos de crisis y descontrol.

Al grupo sin desconocer su importancia no le es posible incluir esta característica tomada como factor de riesgo en la investigación por carecer de su registro en la historia clínica.

Además de los factores de riesgo estudiados, es importante mencionar que existen otros que son tangibles como; niños con trastornos del sueño, hiperquinéticos, gemeláres, aquellos que presentan malformaciones, enfermedades crónicas, niños irritables fácilmente.

CONCEPTUALIZACIONES

CONCEPTO DE MALTRATO INFANTIL:

Nos parece importante señalar que existen múltiples definiciones y conceptos de maltrato infantil, no obstante tomaremos las de Díaz Huerta que es la que más se aproxima a nuestro parecer y forma de pensar.

Acción, omisión o trato negligente no accidental que prive al niño de sus derechos y bienestar, que amenace o interfiera en su ordenado desarrollo físico, psíquico y /o social, cuyos autores pueden ser personas, instituciones o la propia sociedad.

CONCEPTO DE MALTRATO FISICO

Cualquier acción no accidental que provoque daños físico o enfermedad en el niño. Corresponde al tipo de maltrato más conocido. Las manifestaciones son cutáneas, óseas, intracraneales (por impacto o sacudida), viscerales y lesiones oculares (7).

PRIMERA INFANCIA:

Se considera primera infancia desde el nacimiento hasta los 3 años de vida(2).

CONCEPTO DE FACTORES DE RIEGO:

Las características o circunstancias relacionadas con los niños, los padres y el entorno, potencialmente capaces de desencadenar maltratos han recibido la denominación de "factores de riesgo" . No significa obligatoriamente que un factor de riesgo aislado determine el maltrato sino que posiblemente cuanto más factores de riesgo se asocien alrededor del niño "sustrato predisponente al maltrato" mayor será la posibilidad de maltrato y violencia (7).

VARIABLES

Para la selección de las variables, el grupo tuvo en cuenta que hay muchos factores considerados de riesgo, por lo que tomaremos los que sean viables de acuerdo a la fuente de información (Historia Clínica); y que nos resultan de mayor interés.

En el niño.

- **Edad.** Variable cuantitativa continua. Tiempo transcurrido desde el nacimiento en el que se consideran cuatro estadios o períodos, infancia, adolescencia o juventud, madurez y senectud. La infancia a su vez se divide en primera infancia desde el nacimiento hasta los 3 años, segunda infancia que llega hasta la adolescencia que incluye la época pre-escolar, escolar y pubertad.
- **Sexo.** Variable cualitativa. Condición orgánica que distingue lo masculino de lo femenino.
- **Prematurez.** Variable cualitativa. Niño nacido antes de que se cumplan las 37 semanas de gestación.
- **Llanto fácil.** Variable cualitativa. Designa la percepción que tiene la madre- padre del llanto de su hijo (más allá que este sea considerado por terceros, frecuente o no). Muchas veces el lograr calmar al niño tiene que ver con la capacidad de sus padres de interpretar, decodificar sus necesidades y actuar adecuadamente.

En la madre

- **Alcoholismo.** Variable cualitativa. Enfermedad crónica y normalmente adictivas, se caracteriza por uso continuo y excesivo de bebidas alcohólicas y que va acompañado de desordenes mentales, físicos y sociales.
- **Consumo de sustancias tóxicas.** Variable cualitativa. Dependencia fisiológica y emocional de un hábito considerado pernicioso, sobre todo en ciertas drogas y cuyos rasgos más sobresalientes es la pérdida de control.
- **Desocupación.** Variable cualitativa. Falta de actividad laboral remunerada
- **Edad ≤ de 20 años.** Variable cuantitativa continua.
- **Sin soporte familiar.** Variable cualitativa. Falta de apoyo o sostén por parte de la familia propia y /o conyugal (padres, hermanos, abuelos, tíos, primos).

En el agresor

- **Parentesco.** Variable cualitativa. Lazo de consanguinidad o alianza entre varias personas.

- **Alcoholismo.** Variable cualitativa.
- **Consumo de sustancias tóxicas.** Variable cualitativa
- **Desocupación** Variable cualitativa.
- **Edad \leq 20 años.** Variable cuantitativa continua.
- **Antecedentes de conducta violenta.** Variable cualitativa. Uso intencional de fuerza física que ejerce una persona para causar daño físico a otra, o a un grupo de personas.

DISEÑO METODOLÓGICO

TIPO DE ESTUDIO:

Descriptivo: está dirigido a describir como se presenta la situación de las variables seleccionadas a estudiar en nuestra muestra, sin interferir en ellas.

Transversal: se refiere al estudio de las variables simultáneamente, en la forma en que se manifiestan durante un corte en el tiempo.

Prospectivo: el registro de la información se hará según van ocurriendo los fenómenos

AREA DE ESTUDIO: la investigación se realizará en Montevideo, zona urbana, en el Hospital Pereira Rossell en la Clínica Pediátrica "A" y anexo.

POBLACION: los niños entre 0 y 3 años que ingresen al Hospital Pereira Rossell con diagnóstico de maltrato físico.

MUESTRA: todos los niños de 0 a 3 años que ingresen a la Clínica Pediátrica "A" y anexo del Hospital Pereira Rossell con diagnóstico de maltrato físico.

TIPO DE MUESTREO: no probabilístico de casos consecutivos.

Consiste en elegir a cada paciente que cumple con los criterios de selección dentro de un intervalo de tiempo específico.

MATERIAL Y METODO

Primera etapa: recolección de datos, se utilizará el método de entrevista dirigida.

La misma se aplicará a los diferentes integrantes del equipo base tratante:

- Pediatra.
- Psiquiatra infantil.
- Asistente social.
- Médico legista.

Creemos pertinente conocer la postura de los Jueces Penales y Letrado de Menores que son a quienes se les notifica la denuncia de los casos de sospecha fundada de maltrato y maltrato certero.

La ejecución se hará durante los meses de junio y julio de 1999, donde la recolección de datos, será a través de un instrumento de registro diseñado para tal efecto y previamente validado; aplicando un plan piloto en la semana del 18 al 25 de mayo.

Los datos necesarios se obtendrán de la siguiente forma:

- Toma de guardia de la Licenciada del turno de la tarde.
- De las Historias Clínicas por parte de las estudiantes que realizan la investigación.

Dicho instrumento se elaboró con el fin de conseguir la información necesaria de manera organizada, sistematizada y equitativa.

ESTRUCTURA.

- Dividida en tres secciones: - datos del niño.
- datos de la madre.
- datos del agresor.

Sección 1

Datos del niño

En esta sección se recaban:

- Datos patronímicos (iniciales a modo de conservar la confidencialidad, número de registro, edad y sexo). La edad será subdividida en intervalos de 0-1, 1-2 y 2-3.
- Los antecedentes personales de prematuridad, llanto fácil.
- Información clínica; motivo de consulta y diagnóstico médico, estos dos ítems permiten que se registre el motivo por el cual se consulta en puerta de emergencia o en el servicio que derivo en su internación; y el diagnóstico médico será aquel que asiente la certeza de maltrato.

El orden de las variables seleccionadas para la madre y el agresor no se establece por importancia, sino que es al azar.

Sección 2

Datos de la madre

En esta sección se recogen los datos sólo cuando esta es quien produce la agresión.

Sección 3

Datos del agresor:

En ésta sección se recogen los datos sólo cuando éste tenga algún parentesco (ya definido) con el niño.

Los datos de la madre y el agresor se presentan por separado porque difieren en algunas características consideradas como factores de riesgo, sin soporte familiar (madre), antecedentes de conducta violenta (agresor). Además permite una recolección ordenada lo que facilitará la tabulación y análisis.

Aclaración

Cuando el maltrato hacia el niño no es producido por la madre o una persona que presente parentesco; solo se llenan los datos de la sección 1.

DISEÑO

Las preguntas serán estructuradas marcándose la opción si está presente y el no marcado significa ausencia.

Las preguntas no estructuradas serán – fecha de ingreso, iniciales, número de registro, motivo de consulta, diagnóstico médico, parentesco del agresor con relación al niño.

MARCO TEORICO

HISTORIA

La historia del maltrato infantil se considera en singular medida por el valor que la sociedad le asigna a la vida del niño.

Naciones civilizadas y no civilizadas han practicado el infanticidio en forma corriente.

Fue una práctica tolerada por las sociedades influidas por la cultura greco-romana, Polinesia, Africa, Egipto, India, en China estuvo permitida hasta 1837.

Con el advenimiento de la urbanización condicionada por la revolución industrial, el infanticidio fue sustituido por la práctica del abuso y subsecuente maltrato del niño, incorporado prematuramente a la fuerza laboral.

Ambroiser Tardieu (1860) realiza las primeras menciones sobre maltrato infantil e informó sobre una serie de niños menores de 11 años víctimas de abuso sexual.

En 1946 Caffey en Nueva York descubrió por primera vez la asociación entre fractura femoral y hematoma subdural crónico secundario a traumatismo no accidental.

A partir de 1953 F. Silverman también radiólogo descubrió manifestaciones radiológicas en huesos largos no apreciados al examen clínico y fruto de traumatismos repetidos.

Se conoce a partir de sus descripciones como "Síndrome de Silverman" la tríada: arrancamientos metafisarios, hematomas subperiósticos, fracturas múltiples de edades diferentes.

Straus anotó que los arrancamientos metafisarios se producen por elongación, constricción violenta, torsión y sacudimiento a nivel de una articulación de un niño (Síndrome de Straus).

El término "Síndrome del niño golpeado" fue inicialmente utilizado por Kempe y Cols en 1962 y caracteriza a un grupo de niños que sufren daño físico como resultado de actos de violencia intencional por parte de las personas que son responsables de su cuidado (padres, niñeras, etc.).

El maltrato a los niños en sentido amplio es de observación frecuente en todas las razas independientemente del nivel de desarrollo socioeconómico, político y cultural.

En 1975 Kempe y Schimth, luego de otros trabajos publicados previamente, hacen consideraciones sobre el síndrome teniendo en cuenta cinco items:

- Abuso físico.
- Negligencia nutricional.
- Abuso sexual.
- Abuso emocional.
- Negligencia por tratamiento médico.

René Spitz (Nueva York) entre 1945 y 1953 logró comprobar mediante minuciosas investigaciones lo que en nuestro medio el profesor Morquio había comprobado empíricamente: "La privación afectiva es tan peligrosa para el lactante como la privación de alimentos".

Spitz mediante la técnica de la observación directa y filmaciones longitudinales realizadas a cientos de niños durante el primer año de vida, pudo demostrar la importancia de la relación madre-hijo en la estructura del psiquismo del niño y en el desarrollo futuro de su personalidad.

“Durante el primer año, la madre, la pareja humana del niño, es la que sirve de interprete de toda percepción, de toda acción y de todo conocimiento”.

Considera fundamental la influencia de la madre en el hijo, así como a su vez este ultimo influye en su madre creándose así lo que llama proceso circular.

Es aproximadamente en la misma década que Caffey (1946) comienza a sospechar algo extraño frente a niños con fracturas múltiples y hematomas subdurales crónicos que Spitz (1945) mediante sus observaciones sostiene firmemente la importancia de la interacciones madre-hijo para asegurar el normal desarrollo psíquico.

En nuestro medio es de importancia destacar los aportes realizados por el profesor Dr Julio Marcos, pediatra sensibilizado con los aspectos psicológicos del niño y fundador de psiquiatría en el Uruguay hace casi medio siglo.

También se cuenta con los aportes de la profesora Irma Gentile Ramos, quien estuvo y está vinculada a los problemas de la niñez abandonada y maltratada desde hace más de 30 años.

CLASIFICACION – Tipos de Maltrato.

Malos tratos prenatales: Circunstancias de vida de la madre, ya sean voluntarias o por negligencia, que influyen negativa y patológicamente en el embarazo, con repercusión en el feto.

Malos tratos postnatales: Circunstancias durante la vida del niño que constituyen riesgo para el niño.

Abuso físico: Cualquier acción no accidental por parte de los padres o cuidadores que provoque daño físico o enfermedad en el niño.

“El tipo de comportamiento parental incluye: golpes, palizas, quemaduras, arrancamientos de cabellos, cortes, estrangulamiento, etc. Las lesiones más frecuentes detectadas por su localización son cutáneas, oculares, esqueléticas, viscerales, neuroquirúrgicas.”

Abuso sexual: Cualquier clase de contacto sexual en un niño menor de 15 años por parte de un familiar o tutor adulto desde una posición de poder o autoridad sobre el niño.

Abandono físico: Las necesidades físicas, alimentación, vestido, higiene, protección y vigilancia en las situaciones potencialmente peligrosas, cuidados médicos no atendidos.

Los índices que permiten sospechar este tipo de maltrato son: retraso en el crecimiento, problemas médicos no tratados (caries, defectos visuales, auditivos, ortopédicos y ausentismo escolar).

Abandono emocional: La falta persistente a las señales (llanto, sonrisa, interacción) por parte de la figura estable durante los 6 primeros años de vida.

Lo que define a este maltrato es su carácter crónico y persistente.

Los índices que permiten sospechar este tipo de maltrato son: retraso en el crecimiento (en ausencia de problemas de la alimentación), retraso intelectual, del lenguaje, falta de expresividad, trastornos del sueño, apatía, pasividad, dificultad de establecer relaciones sociales”

Síndrome de Münchhausen por poderes: Los padres o cuidadores someten al niño a continuas exploraciones médicas, suministro de medicamentos o ingresos hospitalarios alegando síntomas ficticios o generados de manera activa por el adulto (por ejemplo administración de sustancias al niño).

Abuso emocional. Hostilidad verbal crónica en forma de insulto, burla, desprecio, crítica o amenaza de abandono, evitación, encierro. Se destaca la naturaleza crónica.

Malos tratos institucionales: Cuando los autores son las instituciones o la propia sociedad a través de legislaciones, programas o la actuación de los profesionales al amparo de la institución.

CLASIFICACION – TIPOLOGÍAS

Prenatales: Gestaciones rechazadas, sin seguimiento médico, alimentación deficiente, exceso de trabajo corporal,...

Hábitos tóxicos e hijos de padres toxicómanos: madres alcohólicas (síndrome alcohólico fetal), toxicómanas (síndrome de abstinencia neonatal), fumadoras, enfermedades de transmisión: HIV/SIDA, hepatitis B

Postnatales:

Acción: Físicos: heridas, quemaduras, hematomas, fracturas, arrancamientos, intoxicaciones.

Omisión: Amor.
Apoyo.
Reconocimiento.
Estímulo.

Emocional: Rechazar, ignorar, aterrorizar, aislar, corromper, privación afectiva,...

Abuso sexual: Violación, incesto, pornografía. Prostitución infantil, estimulación sexual.

Explotación laboral: Mendicidad, trabajo profesional, venta ambulante,...

LOS MODOS DE CASTIGAR

Las formas de maltrato varían: golpes con cadenas, palos, rebenques, cuerdas, látigos, bastones, cucharones, mordeduras humanas o de animales, quemaduras con cigarrillos, estufas, agua caliente, mordazas, ataduras, inmersión en agua helada o servidas, plantones o permanencia desnudo o arrodillados sobre pisos duros, heces y orina; algunos niños han sido colgados de los brazos u obligados a sostener grandes pesos durante largos períodos o sometidos al hambre, sed o frío. Otras veces la crueldad de los adultos elige el "refinamiento" del castigo psíquico, se deja solo a los niños en la oscuridad, encerrados o a la intemperie, se les somete a amenazas o se crean situaciones de pánico.

DIAGNOSTICO DE MALTRATO.

El diagnóstico positivo del síndrome del niño maltratado requiere de la participación de un equipo multidisciplinario que cuente con el aporte de un pediatra, ginecólogo infantil, psiquiatra infantil, psicólogo, asistente social, médico legista, médico forense y juez letrado de menores.

Consideramos fundamental la participación de la Licenciada en Enfermería dentro del equipo ya que es quien está más tiempo en contacto con el niño y su familia, la que reafirmará los aspectos sanos y positivos de este vínculo, será quien llevará a cabo la continuidad del tratamiento, cumpliendo la función de coordinación del equipo tratante.

En la mayoría de los casos se realiza un primer diagnóstico de sospecha de maltrato a cargo del pediatra.

En otros casos son familiares o vecinos quienes denuncian situaciones que perciben como maltrato.

Para el diagnóstico se tienen en cuenta datos del interrogatorio y el examen clínico, los extraídos de la encuesta social y eventualmente de exámenes complementarios.

Dentro del interrogatorio se debe tener en cuenta:

- Edad.
- Apariencia del niño.
- Señales corporales de injurias previas en varios estadios de resolución.
- Trauma reciente de origen desconocido.
- Historia previa de episodios similares.
- Demora en la búsqueda de asistencia médica.
- El control pediátrico del niño, cumplimiento de las inmunizaciones.
- Crisis familiar, estrés económico, alcoholismo, psicosis, drogadicción y problemas de comportamiento social.

Del examen físico se destaca la observación de la actitud del niño, el estado general, la valoración del estado nutricional, la higiene, la vestimenta pueden traducir una omisión de los cuidados elementales,

El examen debe ser completo y sistémico, orientado al hallazgo de las lesiones típicas en las topografías habituales.

Dentro de los exámenes complementarios se destacan: la radiografía de esqueleto (por la importancia de la presencia de fracturas actuales o consolidadas desapercibidas), fondo de ojo, ecografía o tomografía de cráneo (por la gravedad de las lesiones meningoencefálicas), hemograma y crisis sanguínea (para descartar que las lesiones equimóticas de piel obedezcan a un trastorno hematológico)

MODELOS CONCEPTUALES DE MALTRATO

Intentando integrar el material bibliográfico vemos que hay autores que le otorgan mayor importancia a un modelo que a otro.

Consideramos que sólo tomándolos como piezas de un todo que interactúan dinámicamente, nos alejamos de un modelo simplista que toma una u otra característica, perdiendo así su proximidad cercana con la realidad.

MODELO PSICOLOGICO-PSIQUIATRICO INDIVIDUAL

Factores individuales de los padres

Desde esta óptica se explica el maltrato en sentido amplio, debido a las características psicopatológicas y rasgos de la personalidad de los victimarios. Los autores le consignan un 10 a un 15 % de los victimarios una entidad patológica definida.

Muchos consideran que existen determinadas características de la personalidad tales como:

- síntomas de tipo depresivo.
- baja autoestima.
- impulsividad.
- pasaje al acto sin medir las consecuencias.
- intolerancia a la frustración.
- descargas violentas o agresivas.
- ausencia en la capacidad empática (imposibilidad de ponerse en la situación del otro)

Paul de Ochotorena (1988) le da especial importancia a la empatía y hace referencia a las grandes dificultades metodológicas para cuantificarlas:

“...la dificultad que acarrea medir las emociones en particular la empatía, con un mínimo de rigor metodológico”

Considera que la empatía es un medio muy poderoso para combatir la agresión.

“ Parte del control de esa agresividad viene dada por la capacidad de ponerse en el lugar del otro y sentir lo que el otro pueda sentir...sin empatía, el paso a la acción agresiva es más fácil ”.

- Antecedente de haber sido rechazado en la infancia. Una historia de maltrato, abandono, negligencia, tiene alta probabilidad de repetirse de generación en generación.

Max Lesnik manifiesta que es más la historia que no se repite que la que si lo hace. La explicación que dio es que aquellos padres que recuerdan la historia de su infancia con malos tratos tratan de no repetirlos en sus hijos, sobre todo si fueron muy castigados.

Factores individuales del niño:

Hay condiciones específicas de cada niño que facilitan que unos sean maltratados y otros no.

Factores prenatales: embarazo no deseado, embarazo oculto madre adolescente, soltera, sin soporte familiar.

Factores perinatales: prematuridad, bajo peso, que hacen que por ser más pequeños, puedan no cumplir con las expectativas de sus padres y poseen un llanto con una tonalidad más aguda que provoca una activación fisiológica en algunos adultos; pero sobre todo implica muchas veces la separación madre-hijo con una alteración de las conductas de apego.

La alteración de las conductas de apego es un factor muy alto de riesgo.

Lo aportado por Klaus y Kennell respecto al nacimiento de gemelares y la sobrecarga y disponibilidad materna “ El proceso de apego está estructurado de modo que el padre y la madre entablen un vínculo afectivo óptimo con un solo niño a la vez ”.

Factores posnatales: tales como una enfermedad física o psíquica, enfermedades frecuentes o graves que producen un incremento en el estrés e los padres, niños irritable, con alteraciones del sueño, en la alimentación, difíciles de calmar.

Podríamos hablar de un desencuentro en la relación padres-hijo. Niños inquietos hiperquineticos, con conducta desafia.

RIESGO SOCIOCULTURAL Y OPORTUNIDAD

Garbarino y sus asociados describen como enfocar el desarrollo humano dentro de las interacciones familiares y como estas son influenciadas por grandes sistemas: vecindario, la escuela, el mundo del trabajo y la sociedad en general. Este introduce la noción de riesgo y oportunidad en relación a diferentes niveles sociales del sistema ecológico desde micro hasta macro niveles.

Riesgo y oportunidad en el microsistema

El microsistema es el medio inmediato en el cual el niño se desarrolla.

El establece que "el microsistema del niño se convierte en una fuente de riesgo para su desarrollo cuando es socialmente empobrecido es decir, el desarrollo del niño sufre siempre que el microsistema está limitado, ya sea porque hay pocos participantes o muy poca interacción recíproca, patrones de interacción psicológicamente destructivos o alguna combinación de los tres".

Riesgo y oportunidad en el mesosistema.

Los mesosistemas son las relaciones entre dos o más medios en los cuales el niño es un participante activo como la escuela y el hogar.

Riesgo y oportunidad en el exosistema

El exosistema es un medio en el cual el niño no participa pero tiene un efecto en el niño a través de meso o microsistema.

Algunos ejemplos de estas influencias pueden ser el ambiente de trabajo de los padres o cuando la gente toma decisiones que afectan las experiencias diarias.

Por ejemplo: cuando los padres del niño pierden su trabajo debido al cierre de una fabrica, el niño puede experimentar estrés causado por el exosistema y se ve expuesto a una situación de riesgo.

Riesgo y oportunidad en el macrosistema

Puede ocurrir un riesgo en el macrosistema cuando una sociedad pone en oposición la escuela y el gobierno contra las familias. Si las acciones institucionalizadas o la practica hacen difícil con lo que ellos perciben sus responsabilidades como padres de acuerdo con un sistema de valores, entonces el niño puede estar bajo riesgo debido a las influencias del macrosistema.

El niño puede verse forzado a elegir entre la lealtad a su familia y los objetos sociales o las normas.

De una forma similar, las malas condiciones económicas en una sociedad podrían hacer difícil, si no es posible para los padres llevar a cabo sus responsabilidades de

padres. El niño está entonces en riesgo debido a las condiciones económicas que son controladas en una gran parte por el macrosistema.

INDICADORES DE MALTRATO.

En los distintos tipos de maltrato encontramos indicadores físicos y conductuales.

MALTRATO FISICO

Indicadores físicos:

El niño puede presentar:

- magulladuras, hematomas en la cara, labios, boca, lengua.
- cicatrices en varias etapas, distinto color, marcas viejas y nuevas.
- marcas, arrancamientos dejadas por castigos con cinturones, cables, zapatillas de goma en distintas partes del cuerpo indicando que el niño ha sido golpeado en diferentes direcciones.
- quemaduras inexplicables de cigarrillos en planta de pies, palmas de las manos, espalda, brazos.
- fracturas inexplicables en varias etapas de curación en cráneo, nariz o cara.
- laceraciones en brazos, piernas (edematizadas y doloridas).
- lesiones abdominales, abdomen distendido, vómitos constantes, zonas sensibles.

Indicadores conductuales:

Estas conductas pueden existir independientemente o conjuntamente con indicadores físicos.

- se muestra temeroso del contacto con adultos, los evita y se vuelve aprensivo cuando otro niño llora.
- tiene comportamiento agresivo o de retraimiento extremo, no propios de su edad y parece temeroso de sus padres.
- puede aparecer un tics nervioso, dar queja de dolores recurrentes, fiebre, dolor de cabeza, se ve cansado, desalineado, falta de higiene y desnutrido con falta de atención médica.
- no disfrutan del juego.
- actitud hipervigilante, estado de alerta.
- problemas alimenticios muy glotón o con pérdida del apetito.
- retrasos en el desarrollo físico, emocional e intelectual

ACTITUDES DEL NIÑO Y DE LOS PADRES

Si el niño es menor de tres años (que lo es frecuentemente) no busca ni mira a los padres cuando se le va a examinar, se cubre con las manos como esperando una agresión, puede llorar de una manera desesperada o permanecer indiferente al examen.

Muy frecuentemente son niños tristes, apáticos.

Los padres generalmente muestran:

- A) Actitud de evasión y contradictoria de relación con las circunstancias que rodean el accidente.
- B) Falta de interés en el diagnóstico, pronóstico y tratamiento.
- C) Poca comunicación con el niño (rara vez lo miran o lo tocan).
- D) Críticas constantes o manifestaciones de cólera en relación con las actitudes del niño.
- E) Poca atención a las peticiones del niño.

El diagnóstico definitivo puede ser por confesión del agresor o por evidencias del interrogatorio, examen físico y pruebas complementarias. En las familias donde hay recursos alimentarios suficientes, puede diagnosticarse la negligencia en alimentarlo.

El interrogatorio del niño aporta poco, pues aunque tenga edad para hacerlo el temor al castigo lo inhibe.

MALTRATO POR ABANDONO

Consiste en la falta de atención a las necesidades básicas como: alimentación, atención médica, demostraciones de afecto, y atención a sus preguntas y conversaciones.

Indicadores físicos:

- Sin atención a sus problemas de salud.
- Hambriento, desaseado.
- Falta de supervisión y abandono.

Indicadores conductuales:

- El niño se toma pedigrüño.

ABUSO SEXUAL

Indicadores físicos.

- Dificultad para caminar y/o sentarse
- Ropa interior sanguinolenta
- Lesiones en genitales externos, vagina o área anal.

Indicadores conductuales

- Se manifiesta aislado
- Mantiene pobre relación con los de su edad y demuestra temor hacia personas desconocidas, se disgusta al ser dejado con alguien que no conoce.

MALTRATO EMOCIONAL

Indicadores físicos:

- Desordenes en el lenguaje
- Retraso en el desarrollo físico
- Cansancio

Indicadores conductuales

- Exhibe cambios bruscos en su comportamiento, comportamiento regresivo, tal como "mojar" la cama, succionar el pulgar o se vuelve tímido o pasivo.
- Tiene problemas en el aprendizaje.
- Se vuelve absorto en sí mismo y su atención es vaga
- Esta inhibido para jugar
- Presenta histeria, obsesión, fobias, hipocondrías y trastornos del sueño.
- Complaciente pasivo
- Agresivo exigente
- Disminuye su autoestima

PERFIL DEL AGRESOR

Con acierto se ha señalado que el Síndrome de Niño Maltratado (SNM) es una enfermedad del adulto cuya expresión lesional se manifiesta en un niño. Esa patología del adulto generalmente resulta de una difusión familiar o social, que logra perpetuarse a través de la violencia.

Las características que se han atribuido al agresor son: antecedentes de haber sido víctima de maltrato en su infancia, el agresor parece reproducir en su hijo maltratado los propios códigos aprendidos en la infancia, generando una suerte de "circulo vicioso de la violencia". Aún cuando logre superar y rechazar los modelos aprendidos, queda expuesto al riesgo de volver a ellos en los momentos de crisis y descontrol.

Dentro de la violencia domestica en general no existe un predominio de uno u otro sexo en el papel del agresor.

Varios estudios señalan a la mujer, y en particular a la madre como agresora al menor en el ámbito familiar.

En cuanto al grado de parentesco, se trata de padres o padrastros, aunque también pueden ser hermanos mayores, tíos o abuelos.

Proviene de familias distorsionadas, desorganizadas, generadoras de violencia, en las que no se cuenta con apoyo para enfrentar situaciones adversas.

El alcoholismo es un factor asociado al agresor y suele actuar como disparador. La farmacodependencia también puede estar involucrada.

En cuanto al perfil psicológico general del agresor debe señalarse que se trata de individuos sometidos a importante carga de estrés social, familiar o laboral, con baja tolerancia a las frustraciones, inmadurez, dependencia y disminución de la autoestima y de los frenos inhibitorios de su agresividad. Solo una minoría padece alteraciones psíquicas mayores (6)

Características de los padres abusivos:

- Parecen desinteresados sobre el niño.
- Ven al niño como malvado.
- Parecen no preocuparse por el hijo.
- No acuden nunca a las citas o reuniones del colegio.
- Los llevan y recogen del colegio sin permitir contactos sociales.
- No justifican las ausencias a clases de sus hijos.
- Justifican la disciplina rígida y autoritaria.
- Son celosos y protegen desmesuradamente al niño.
- Habitualmente utilizan una disciplina inapropiada para la edad del niño.
- Ofrecen explicaciones ilógicas, contradictorias no convincentes o bien no tienen explicación.
- Desprecian y desvalorizan al niño en público.
- Sienten al hijo como una "propiedad" "puedo hacer con mi hijo lo que quiero porque es mío".
- Trato desigual entre los hermanos.
- Expresan dificultades en su matrimonio.
- Intentan ocultar las lesiones del niño o proteger la identidad de la persona responsable.
- Fueron abusados cuando eran niños y/o exageradamente exigidos.
- Son compulsivos.
- Tienen pobre autoestima.
- Poseen una personalidad rígida, con falta de afecto.
- Están casados con personas que soportan el abuso con pasividad.

CONDUCTA A SEGUIR FRENTE AL MALTRATO

El médico desde el servicio de emergencia, frente a un niño con lesiones sospechosas de maltrato, debe recorrer los siguientes pasos:

- Ingresar al paciente con diagnóstico de "sospecha".
- Comunicar a la comisaria de menores y por su intermedio al juez de menores.
- Solicitar pase a médico legista para verificar y documentar el carácter intencional de las lesiones.
- Participar en conjunto con el asistente social y el psiquiatra de la valoración del medio familiar al cual el niño será reintegrado.
- Luego de analizar esta postura y recoger las opiniones de los distintos integrantes del equipo base que trata los casos del síndrome de niño maltratado, concluimos que en la práctica no es la conducta que se sigue, por varias razones:
 - No se contemplan las diferentes situaciones que pueden presentarse (sospecha remota de maltrato, sospecha fundada de maltrato, maltrato franco).
 - Tampoco se tiene en cuenta el perjuicio que se puede provocar al denunciar (sobrediagnosticar) un caso de maltrato que luego se concluye que no lo es, tampoco estamos de acuerdo con la no existencia de pautas que aúne criterios y sistematice acciones a modo de asegurar un trabajo que contemple una situación real del niño, disminuyendo los elementos de subjetividad y juicio previo a la hora de tomar una decisión por parte del equipo.

Se desprende también del aporte de la entrevista realizada al juez penal Dr. Luis Charles, el bajo número de denuncias que a él llegan, dejando ver que hay mecanismos que no están funcionando adecuadamente.

Conforme profundizamos en el tema y accedemos a información más reciente el grupo considera que la propuesta de la Dra. Beatriz Estable es la que más se aproxima a lo que consideramos debe ser la conducta a seguir frente al maltrato.

SOSPECHA REMOTA DE MALTRATO

- El niño consulta por otro motivo.
- Surgen indicadores que llevan a presumir una situación de maltrato.-

CONDUCTA

Tomar todos los datos de identificación

- nombre, edad.
- nombre de los padres o de quien lo trajo.
- domicilio.
- centro de salud de referencia.
- motivo de consulta.
- indicadores por los que se presume el maltrato.

No dejar internado

- el niño permanece con su familia.
- el seguimiento debería efectuarlo; el pediatra, psiquiatra, psicólogo, asistente social.

SOSPECHA FUNDADA DE MALTRATO

- Aparecen lesiones claras o sospechosas.
- Aparecen signos de riesgo.

CONDUCTA

Internar al niño (se impone para su protección)

Equipo: pediatra, psiquiatra, asistente social, médico legista.

Exámenes complementarios: radiografías, oftalmólogo, traumatólogo.

Informe: al Juez Letrado de Menores de turno, a los padres, pedido de médico forense quien define, diagnostica y eleva el informe al juez penal, anexando fotos de las lesiones.

El Juez Letrado de Menores es quien fija la conducta a seguir.

MALTRATO FRANCO

Internación.

Intervención policial si se niega.

Equipo tratante: pediatra, psiquiatra, asistente social, médico legista.

Los pasos a seguir son los mismos que para la sospecha fundada de maltrato.

ABUSO SEXUAL

Rutina médica: HIV Y V.D.R.L.

No obstante creemos que es importante que la Licenciada en Enfermería integre el equipo tratante desde que el niño consulte en emergencia y desarrolle las actividades anteriormente planteadas. Además de la normatización de la atención al niño maltratado consideramos de vital importancia la creación de normas para la atención y tratamiento de la familia, sabemos que se están gestando cambios a nivel de lo que es tratamiento, el concepto de maltrato infantil, los factores de riesgos, el enfoque de situación de riesgo.

Así como también tenemos presente la formación de la Comisión Normativa y Asesora que funciona en el Hospital Percira Rossell y que trata de dar solución a muchos de los problemas hoy existentes.

PREVENCIÓN DEL MALTRATO, desde el punto de vista de enfermería.

La Licenciada en Enfermería desempeña un papel importante cuyo objetivo es reducir los factores que influyen en el aumento de riesgo de maltrato.

Llevando a cabo esas actividades en sus respectivos puestos de trabajo, desde la consulta prenatal puede preparar a la familia a esperar a su hijo para lograr que se adapten a la situación de paternidad.

Las que trabajan en las nurserys fomentando el proceso de vínculo afectivo, animando a los padres a levantar y abrazar a sus hijos, en los centros de terapia intensiva neonatales pueden minimizar los efectos de la separación, estimulando a los padres a visitar al niño ayudándolos a que se sientan cómodos cuando lo cuidan.

Las enfermeras deben ser sensibles a las necesidades paternas de atención estos deben conocer los servicios comunitarios con los que cuentan.

No se descarta la importancia de las visitas domiciliarias de enfermería en el propio ambiente de la usuaria. Puede ayudarse a adolescentes, solteras primíparas o de status socio-económico bajo durante el periodo prenatal y neonatal a comprender el normal desarrollo y crecimiento del niño y ofreciendo las posibilidades de ayuda sanitaria y del equipo de salud.

LOS PRIMEROS TRES AÑOS DE VIDA

PAPEL DE LA MADRE

La madre desempeña un papel importante en los primeros años de vida; dentro del seno familiar es la madre la que llena inicialmente sus necesidades más elementales tanto físicas como psicológicas.

En la relación madre- niño se establecen los cimientos de las relaciones sociales de los adultos.

La satisfacción adecuada de las necesidades del hijo, un cuidado constante en la medida en que este lo necesite, una separación gradual, creando sentimientos de independencia, confianza y seguridad, estimulando su capacidad de logro, fomentando su iniciativa, permitirán el desarrollo sano y armonioso de su personalidad.

Cuando no sucede así, cuando la infancia de la madre se encontró llena de frustraciones

y sus necesidades no fueron satisfechas o cuando presentan un cuadro de neurósis, las relaciones con sus hijos son inadecuadas y manifiestan conductas de rechazo, sobreprotección, indiferencia, se comporta autoritaria y trasmite su ansiedad, lo cual da origen en el niño de una personalidad mal estructurada y enfermiza.

Dentro de la constelación de la familia la madre es la figura irremplazable por lo menos durante los primeros 3 años de vida. Es imprescindible para asegurar el más completo desarrollo físico, psicomotor, intelectual y afectivo. La madre prolonga así la simbiosis madre- hijo de la vida intrauterina, si bien la alimentación y los cuidados higiénicos son fundamentales, son los estímulos constantes que por instinto la madre va brindando que organiza la vida del niño.

El desarrollo es un proceso de diferenciación continuo y ordenado por el que se elaboran patrones de comportamiento que acompañan a las modificaciones de estatura y masa.

Las coordenadas temporales y espaciales de este proceso hacen que los individuos de la misma especie presenten conductas básicas similares a la misma edad cronológica.

El concepto de desarrollo incorpora la repetición, modificación e integración progresiva de las conductas en comportamientos más complejos.

Actualmente se interpreta el desarrollo como el resultado de efectos interactivos de la naturaleza, el ambiente y la actividad personal del individuo. Se caracteriza así al desarrollo como un proceso de organización sucesiva de las funciones, mediante el cual se expresan progresivamente las capacidades genéticas del organismo en relación con el ambiente.

La afectividad es un factor de gran influencia en el proceso de desarrollo ya que puede facilitarlo, entorpecerlo o detenerlo. La afectividad pesando en el individuo a través de sus vínculos muestra al ser en el desarrollo, construyendo su propia historia, al tiempo que se descubre y refleja en los otros.

La maduración sólo puede realizarse basada en relaciones interpersonales.

Es a través de la interacción dinámica entre el organismo y ambiente niño- madre que se produce el lento proceso de individualización o diferenciación completa.

Cada etapa del proceso evolutivo presenta comportamientos dominantes que le dan forma propia, con un dinamismo tendiente a transformarla en las etapas siguientes hasta alcanzar el equilibrio y madurez definitivos.

El desarrollo en los procesos normales es integral y armonioso, pero con matices, ya que cada fase o función puede aparecer en tiempos distintos. Para determinada función, lo que un niño logra en un mes, otro lo realiza en un día.

Piaget descubrió 4 grupo de factores que afectan el desarrollo:

- Factores hereditarios.
- Factores de acción del ambiente físico.
- Factores del ambiente social.
- Factores de equilibrio que gobiernan las interacciones de los tres anteriores y favorecen la adaptación del individuo.

Esta autor señaló la necesidad de establecer un lenguaje común para entender las distintas teorías sobre el desarrollo.

Si bien no hay ninguna teoría sobre los diferentes aspectos del desarrollo se pueden destacar ciertas coincidencias.

- A) El desarrollo es un proceso integral dinámico y continuo.
- B) Ordenado en sucesión de etapas.
- C) Cada fase es un soporte para la siguiente.
- D) Cada etapa se caracteriza por tener una organización basada en niveles anteriores y por ser original y distinta.
- E) Hay correlación entre la aparición de cada etapa y la edad cronológica pero sin estricta fijeza.
- F) Los factores genéticos y ambientales varían su influencia relativa según el aspecto del desarrollo y la edad del niño.
- G) Las direcciones del desarrollo son céfalo- caudal próximo distal y de lo global a lo específico.

EVALUACION DEL DESARROLLO

El desarrollo es un proceso dinámico en el que se integran las condiciones biológicas del individuo con las experiencias que el medio le proporciona.

Desde el momento del nacimiento hasta que el niño es capaz de atender sus propias necesidades el proceso de desarrollo se va cumpliendo en sucesivas fases dependiente e interrelacionadas.

Desde el nacimiento y hasta los 3 años se puede contar con la aparición de nuevas funciones. Para esta primera época existe una especie de paralelismo entre el desarrollo entre el desarrollo neurológico y el mental.

La mayoría de las funciones o conductas de esta época se refieren a adquisiciones en el dominio de la motricidad y de los sentidos.

Sus mejores expresiones son las conductas sico- sensorio- motrices.

Al mismo tiempo se produce el desarrollo emocional del niño, especialmente en el primer año de vida, en donde en la interacción madre- hijo se crean estructuras síquicas fundamentales (la organización de un "YO" cohesivo y progresivamente discriminado del ambiente) y los patrones de todas relaciones sociales subsiguientes.

La adquisición de funciones o conducta revelan un ritmo pre establecido en la maduración neurológica y mental; por ejemplo en la conducta motora la progresión es céfalo- caudal.

Así por ejemplo:

- A los 3 meses sostiene la cabeza.
- A los 6 meses se sienta.

- A los 9 meses se para.
- A los 12 meses camina.

Toda etapa del desarrollo se apoya en las anteriores y determinan las siguientes.
La secuencia del desarrollo es la misma en todos los niños pero el rango de aparición de la conducta varía de un niño a otro.

La conducta puede dividirse en cuanto a áreas:

- 1) Motora.
- 2) Coordinación.
- 3) Social.
- 4) Lenguaje.

Elas evolucionan con relativa independencia y al mismo tiempo conservan una unidad fundamental.

DESARROLLO DEL NIÑO.

	<u>Social.</u>	<u>Autoayuda</u>	<u>Motor-tosco.</u>
<u>Nacimiento</u>	Responde más a la alimentación y consuelo.	Despierto, interesado en lo que ve.	Patea y mueve Los brazos.

<u>Motor fino</u>	<u>Lenguaje.</u>
Mira objetos y caras.	Llora

	<u>Social</u>	<u>Autoayuda</u>	<u>Motor- tosco</u>
<u>6 Meses.</u>	Distingue a su madre.	Se consuela con el chupete o el pulgar responde a la vista del pecho o el biberón	Se da vuelta de boca arriba a boca abajo. Levanta la cabeza sobre el pecho cuando está boca abajo.

<u>Motor fino.</u>	<u>Lenguaje.</u>
Mira e intenta tomar las caras y juguetes.	Reacciona a las voces, vocaliza, gugas, vocaliza espontáneamente en respuesta.

	<u>Social</u>	<u>Autoayuda</u>	<u>Motor-tosco.</u>
<u>9 Meses</u>	Empuja las cosas que no quiere, tiende los brazos a personas que des-	Se come una galleta.	Se sienta solo derecho sin ayuda, se da la vuelta cuando está boca abajo.
	<u>Motor fino</u>	<u>Lenguaje.</u>	
	Agarra un objeto con el índice y el pulgar se cambia un juguete de mano	Vocalización combinación de consonantes y vocales, responde a su nombre vuelve la cabeza y mira.	
	<u>Social</u>	<u>Autoayuda</u>	<u>Motor- tosco.</u>
<u>12 Meses</u>	Juega hacer Palmitas, práctica juegos sociales, esconder, dice aolios.	Agarra una cuchara por el mango.	Camina agarrado a los muebles, gatea
	<u>Motor fino</u>	<u>Lenguaje</u>	
	Agarra pequeños objetos, pinza precisa de índice y pulgar.	Entiende palabras como No, Para o Se han ido. Dice papá, mamá.	
	<u>Social</u>	<u>Autoayuda</u>	<u>Motor-tosco</u>
<u>18 Meses</u>	Saluda a la gente con un "hola" da besos y abrazos.	Come con cuchara.	Camina sin ayuda, se sienta solo.

Motor fino

Hace torres de 2 bloques o más
Agarra 2 pequeños objetos con una mano.

Lenguaje

Usa una o dos palabras como nombre de cosas.

2 Años

Social

Responde a las correcciones, se para, muestra simpatía por otros niños e intenta consolarlos
A veces dice 'no' cuando se le impide algo.

Autoayuda

Se quita la chaqueta o camisa sin ayuda, come solo con cuchara y tenedor.

Motor-tosco.

Se sube a juegos del parque escaleras, toboganes, sube y baja escaleras, corre bien, se cae poco.

Motor fino

Pasa páginas de Un libro, una cada vez, hace una torres de cuadros

Lenguaje.

Sigue instrucciones de 2 partes.
Usa al menos 10 palabras.

2 Años y 6 meses

Social

Juega con otros niños.
Ayuda en tareas simples

Autoayuda

Se lava y seca las manos.
Abre una puerta girando la manija.

Motor-tosco.

Se sostiene sobre un solo pie sin ayuda.

Motor fino

Dibuja o copia líneas verticales
garabatea círculos

Lenguaje

Habla claramente y se le entiende la mayor parte del tiempo, dice frases de 2 o 3 palabras.

3 Años

Social

Se dedica a juegos de simulación hagamos de mamá y papá, maestros.

Autoayuda

Se viste sin ayuda.

Motor-tosco.

Sube y baja escaleras colocando un pie en cada escalón.

Motor fino

Corta con tijera pequeña.

Lenguaje.

Comprende bien preposiciones en, sobre, debajo, al lado.

RESULTADOS

Numero total de casos obtenidos 3 (*), su presentación es en forma descriptiva, sin presentación gráfica.

Los resultados han sido agrupados en factores de riesgo para el niño, madre agresora o agresor con lazos de parentesco.

Factores de riesgo que se presentaron en el niño.

EDAD	Nº CASOS
0-1 año	2
1-2 años	1
2-3 años	0
TOTAL	3

SEXO	Nº CASOS
Femenino	2
Masculino	1
TOTAL	3

PREMATUREZ Nº CASOS
0

LLANTO FACIL Nº CASOS
0

(*) Los datos presentados en este trabajo corresponden a niños de 0 a 3 años que ingresaron con diagnóstico de maltrato físico a la Clínica Pediátrica "A" y anexo del Hospital Pereira Rosselli en el período comprendido entre el 1º de junio al 31 de julio de 1999.

MADRE AGRESORA N° CASOS

0

Factores de riesgo que se presentaron en el agresor.

PARENTESCO	N° CASOS
Padre	2
Padrastro	1
TOTAL	3

ALCOHOLISMO N° CASOS

2

**CONSUMO DE SUSTANCIAS
TOXICAS**

N° CASOS

0

EDAD ≤ 20 AÑOS N° CASOS

1

DESOCUPACION N° CASOS

3

**ANTESCEDENTES DE
CONDUCTA VIOLENTA**

N° CASOS

2

DISCUSION

El total de niños de 0 a 14 años que ingresó al Hospital Pereira Rossell en el período de junio-julio de 1999 y se les diagnosticó maltrato (de distintos tipos) fue de 8 casos, 5 tenían entre 0 y 3 años de los cuales 3 de ellos presentaron las características de selección de la muestra.

Teniendo en cuenta el comportamiento de esta entidad en los 2 meses de ejecución y si lo transpolamos a los restantes meses del año podríamos estimar el número total de casos que serían 48. Lo cual se aproxima a las cifras obtenidas en un estudio preliminar elaborado por los residentes de psiquiatría en las clínicas pediátricas A, B, y C en el período del 1° de abril de 1997 al 1° de abril de 1998, en el cual el número total de casos fue de 52 niños que ingresaron con diagnóstico de maltrato (distintos tipos del mismo).

En el período comprendido entre enero- mayo de 1999 ocurrieron; 4 defunciones por causa de maltrato, 2 niños presentaron secuelas permanentes y se produjo 1 reingreso (datos aportados por la asistente social Mary Rama).

Debemos recordar que se considera a los casos diagnosticados de maltrato como la punta de un Iceberg. El Dr. Miguel Saps afirma que la situación real es de 20 casos por cada 1 detectado.

De acuerdo a la agrupación de las variables en factores-de riesgo para el niño, la madre agresora o agresor decimos que:

- Respecto a la edad del niño 2 de 3 casos se presentaron en el rango de 0 a 1 año, coincidiendo con las afirmaciones teóricas que muestran a este grupo etáreo susceptible de sufrir malos tratos al presenta vulnerabilidad y dependencia.

- En relación al sexo, el femenino se presentó en 2 de los 3 casos de niños con diagnóstico de maltrato físico, no obstante ya que el número total fue de 3 casos no podemos afirmar si en nuestro medio se da o no el predominio de un sexo sobre otro.

- Debemos concluir que las variables prematuridad y llanto fácil no se presentaron en la muestra estudiada.

- Ninguno de los niños fue agredido por su madre, no pudiendo por esto identificar la presencia de los factores de riesgo propuestos para el estudio.

- En el agresor se presentaron como factores de riesgo el alcoholismo, la desocupación, la edad menor de 20 años y antecedentes de conducta violenta.

Los niños fueron agredidos en 2 casos por el padre y en 1 por el padrastro.

Limitaciones :

El tiempo de ejecución de la misma debió ser más prolongado, lo cual no fue posible ya que la elaboración del protocolo se extendió más allá de lo que habíamos previsto, una de las fases que llevo más tiempo fue el concertar y concretar las entrevistas necesarias para conocer el trabajo y la postura del personal que están abocados al tema. Además se manejó como plazo último de entrega del trabajo el 15 de setiembre de 1999 por lo que el cronograma de actividades lo organizamos de la siguiente manera; ejecución en los meses de junio- julio y preparación del informe final al 1° de setiembre.

El maltrato se presenta en todas las esferas sociales y al tomar la población de un hospital público nos estamos limitando a un grupo con determinadas características socio- económicas.

En cuanto a la obtención de datos epidemiológicos quienes lo manejan presentan por parte de quienes la manejan cierta reticencia en ofrecerla.

Además encontramos que se presenta "sectorizada" según áreas (asistente social, psiquiatras, emergencia, jueces) los cuales manejan cifras diferentes las más elevadas corresponden al servicio de emergencia ya que es por donde se produce el mayor

número de ingresos, pero se escapan todos aquellos que ingresan por otras causas y luego se les diagnostica maltrato. Es fraccionada ya que debido a la carencia de recursos humanos y a la reducción horaria de algunos sectores como es el del asistencia social quedan descubiertos los fines de semana, por lo que según la entidad de las lesiones que presente el niño son derivados a policlínicas o centros de salud barriales produciéndose subregistros.

Los datos epidemiológicos que manejan los jueces letrados de menores son los más bajos (*) y lo atribuyen a que muchas veces se pierde el trámite, " el papeleo " y debido a que generalmente el equipo médico decide no hacer la denuncia a la Comisaría de menores consideran que no están entrenados para manejar este tipo de situaciones, sobreagregando muchas veces más daño al niño y a la familia, en caso de no ser confirmado el maltrato.

Presentamos los datos epidemiológicos obtenidos en el Estudio Preliminar de Residentes de Psiquiatría en las Clínicas Pediátricas A; B; y C del Hospital Pereira Rossell).

Total de ingresos en el período 1º de abril de 1997 – 1º de abril de 1998, fue de 345 de los cuales se tuvo acceso a 284 registros.

En 73 casos el motivo de consulta fue Sospecha de Maltrato

- en 43 se diagnosticó.

- en 9 de los 284 también se diagnosticó.

TOTAL 52 casos de maltrato infantil de distintos tipos.

Desglosado por edad y sexo

<u>Edad</u>	<u>Sexo</u>	
	Femenino	Masculino
Menores de 1 año	3	2
1 a 4 años	10	6
5 a 9 años	7	4
10 a 14 años	10	1

Por otros motivos de consulta.

<u>Edad</u>	<u>Sexo</u>	
	Femenino	Masculino
Menores de 1 año	0	0
1 a 4 años	0	1
5 a 9 años	1	3
10 a 14 años	2	1

(*) Datos aportados por la Jueza de Menores Mussi.- entrevista realizada el 21/5/1999.

Datos aportados por el Departamento de Línea Azul del INAME

Total de denuncias de 1042, desde el 1° de enero al 1° de setiembre de 1999.

Tipos de maltrato

Negligencia	41%.
Físico	26%.
Situación de calle	14%.
Psicológico	8%.
Explotación	6%.
Sexuales	4%.

Según el grupo etáreo

Menor o igual a 2 años	7%.
Entre 3 y 5 años	16%.
Entre 6 y 12 años	45%.
Mayores de 12 años	20%.
Sin datos	12%.

Distribución por sexo

Masculino	56%.
Femenino	43%.
Sin datos	1%.

Denuncias en Montevideo e interior.

Montevideo	75%.
Interior	25%.

Derivaciones por departamento

Montevideo	784.
Canelones	151.
San José	26.
Maldonado	13.
Cerro Largo	11.
Florida	8.
Rocha	7.
Paysandú	7.
Lavalleja	6.
Salto	5.
Artigas	4.
Rivera	4.
Río Negro	4.
Flores	3.
Colonia	2.
Trinta y Tres	2.

Soriano	2.
Tacurembó	2.
Durazno	1.

REFLEXIONES

El maltrato infantil, en todas sus formas, es el reflejo de una familia con problemas y de una sociedad que directa o indirectamente no proporciona los medios para hacerle frente.

A esta realidad, la conocíamos en su sentido más amplio; pero aún no éramos conscientes de la cercanía a nuestro quehacer diario.

A medida que realizamos la revisión bibliográfica y el acercamiento a la realidad del Hospital Pereira Rossell fuimos asumiendo la necesidad de un cambio de mentalidad; primero en nosotras para luego poder compartirlo con aquellos que forman nuestro entorno de trabajo.

Para enfrentar estas problemática nos dimos cuenta de la necesidad de conocer aquellas condiciones sociales adversas (factores de riesgo) que pueden hacer a una persona (hasta la propia madre) produzca malos tratos a un niño.

Cosiderámos que es un proceso dinámico donde se relacionan fenómenos sociales, económicos, políticos y culturales con aquellos intrafamiliares. Por ello es importante que las políticas y programas de salud tengan como objetivo informar, sensibilizar y capacitar a la población; promover los derechos del niño y de la familia así como realizar campañas de promoción de salud, prevención, detección precoz y tratamiento integral del maltrato con una participación de la comunidad.

Asimismo a nivel comunitario creemos conveniente ofrecer a las personas que acuden a las policlínicas y centros de salud (donde muchas veces no llegan todos los involucrados) toda posibilidad de expresarse, de reconocer su problemáticas y trabajar junto a ellos para enfrentar estas situaciones adversas evitando así utilizar la violencia(por ejemplo tratamiento del alcoholismo,consumo de sustancias tóxicas)

SUGERENCIAS

Creemos oportuno destacar la importancia que se haya incorporado al área de la formación universitaria, el abordaje del maltrato infantil, de manera que a la hora de la inserción laboral, enfermería conozca el manejo adecuado de los aspectos psicológicos, biológicos, social y legal del niño y la familia que se encuentra en esta situación.

Es de vital importancia que enfermería forme parte del equipo tratante ya que según hemos podido constatar es un punto estratégico por su cercanía y contacto directo con el niño y sus padres. Es a partir de la identificación de situaciones de riesgo y momentos oportunos que puede realizar promoción y protección de salud. No obstante la posición en que se encuentra enfermería no es privativa solo para trabajar con maltrato, sino que puede hacerlo desde cualquier punto en que se encuentre; ya sea en primer nivel de atención, en el trabajo con los jóvenes, concientizarlos de la importancia de la paternidad responsable, planificada y descada, sensibilizando a la embarazada acerca de la importancia del control prenatal, del amamantamiento hasta por lo menos el primer año de vida, informar de lo nocivo de determinadas conductas y hábitos.

Desde las nurserys reafirmar los conocimientos de la madre sobre la lactancia, fomentar el vínculo del trinomio (madre, padre, niño) desde el primer momento. Estar atentos a la calidad y frecuencia de contacto de la madre con un hijo prematuro.

Narcisizar a la madre, resaltando sus aspectos y acciones positiva, estimularla a que exprese sus sentimientos a través de: su voz, cantos, caricias, su mirada, el contacto cuerpo a cuerpo y ayudarla a interpretar y dar respuesta a las necesidades del niño. También se debe realizar una prevención mediante la detección de factores de riesgo en el niño, de manera de poder hablarlo con los padres y realizar cuando sea necesario las interconsultas correspondientes.

Enfermería como parte integrante de un equipo multi e interdisciplinario puede y debe trabajar con una historia clínica completa, a modo de poder acceder en forma fácil y rápida a los datos patronímicos del niño, características de éste, la familia y su entorno sociocultural, lo que le permitirá fortalecer los aspectos positivos.

Debemos asumir que en un niño que ha sido, maltratado lo último que necesita es estar días o meses internados, pero si ha de ser así (hasta que se resuelva el aspecto legal) haremos todo lo que esté a nuestro alcance para no sobreagregarle injuria.

Esto se puede agregar con acciones que insumen dedicación y poco tiempo, actitudes de estimulación, de preocupación por su estado emocional, encarando el actuar de enfermería no como un modelo biomédico sino que el centro de atención sea el usuario.

BIBLIOGRAFIA CITADA

- 1- **Berro Guido** - Anuales de las primeras jornadas de criminología- Tomo I- 1989.
- 2- **Código del Niño** - Poder Legislativo- República Oriental del Uruguay.
- 3- **Flores de la Barra** - Revista chilena de pediatría - Vol. 69, N° 6 - 1998, pág 262 a 269.
- 4- **Nelson & Behheman** - Tratado de pediatría - 4ª edición - Vol. 1, capítulo 32.
- 5- **Ministerio de Salud Pública** - Normas nacionales de lactancia materna- Octubre de 1998
- 6- **Rodríguez Hugo** - Revista Nosotros N° 5 - noviembre de 1996, pág 6 a 8.
- 7- **Querol Xavier** - El niño maltratado- 1990 - pág 27.

BIBLIOGRAFIA

- **ABDALÁ, L.** - Maltrato al menor.
Editorial Interamericana.
Mexico-1994.
- **ALVAREZ, H. & ALVAREZ, P.** - Primer encuentro de equipo de trabajo en prevención y atención integral del maltrato juvenil.
Revista uruguaya, derecho familiar Vol. 8, Nº 10, pag. 161-167.
Junio de 1995 – Escuela de medicina, cede occidente.
Ministerio de Salud (unidad de Salud Mental).
Sociedad chilena de pediatría.
UNICEF – Universidad de Chile.
- **APLEY, J.** - Los niños maltratados.
Problemas de la sociedad y la educación.
Hospital Unidos de Bristol, Inglaterra.
- **BARRERA MANCEDA, G.** - Psicopediatría: problemas psicológicos del niño en la práctica diaria.
- **BERRO, G. & BALBELA, B.** - Niño maltratado.
- **BERRO, G. & RUECO, M.** - Violencia contra el menor.
- **BRISCO, A. & FACAL, F.** - Menores víctimas de maltrato y abandono.
INAME-UNICEF, Uruguay 1991, pag. 71-108.
- **CANALES, H.de.** - Metodología de la investigación.
- **CARBAJAL, L.** - Introducción a la metodología científica.
- **CLAP** - Evaluación primaria de desarrollo hasta los 5 años de vida.
Publicación Nº 1148.
- **DAY, R.** – Como escribir y publicar trabajos científicos
Publicación científica. 526 OPS.
- **DONNA, L. & WONNG** - Enfermería pediátrica.
Mosby/Doyma libros – 1995, España.
- **ESTABLE, B.** - Maltrato.
Monografía – grado II – 1/9/1995.
- **GARCÍA, B. & ZONOVIC, A.** - Síndrome del niño maltratado.
Revista Chilena de pediatría, Vol. Nº 62, Nº 4, pag 273-280.
- **GASPAR, E. & LARROSA, D.** - Aproximación psicosocial a una disfunción familiar.
El maltrato de niños.
Uruguay 1981.
- **GENTILE RAMOS, I.** - Puericultura.
- **GENOVAR, C.** - Diccionario de psicología.
Edición Elicien.
- **HENING, V. & POLICAR, B.** - Violencia y maltrato.
Centro de información y estudios del Iname – programa de capacitación.
Junio de 1997 – Montevideo.
- **MALTZMAN PELTA, D.** - El abuso y abandono de niños.
Uruguay 1989.
- **MINUTA INFORMATIVA.** - Maltrato infantil.
Chile, Diciembre de 1994.

- **MINISTERIO DE SALUD DE CHILE.** - Maltrato Infantil.
Orientaciones técnicas y programáticas en maltrato infantil.
Publicación de Salud Mental N° 5
- **MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA** -- Normas nacionales de lactancia materna.
Uruguay- octubre de 1998.
- **NELSON & BEHHMAN.** - Tratado de pediatría.
Vol.1, 14ª edición, parte 4, capítulo 32.
Editorial - Interamericana.
- **NEVES, G. & PENA, M. de** - Niño maltratado connotaciones a nivel social.
- **PARKER, S. & ZUCKERMAN, B.** - Pediatría del comportamiento y del desarrollo.
- **POLIT & HUNGLER** – Investigación científica.
5ta edición. Editorial Interamericana.
- **Revista Nosotros.**
Tema: violencia y maltrato.
Publicación Técnica del INAME.
N° 5 – noviembre de 1995
Montevideo – Uruguay.
- **QUEROL, X.** – El niño maltratado.
Edición Pediatría.
- **RODRIGUEZ GUERRERO, S.** - Violencia con la infancia.
Semanario Noticias 13/11/1992 , pag 19-26.
Curso nacional para periodistas 1992.
Uruguay – UNICEF
- **RODRIGUEZ, H. & PAIS, T.** - Diagnóstico erróneo de Síndrome de niño maltratado.
Revista Médica del Uruguay 1996, N° 1, Vol. 12, pag 44-48.
- **RODRIGUEZ & MIÑON** - Estadística aplicada a la biología.
- **SALVAT** – Diccionario terminológico de ciencias médicas.
1984.
- **SENTÍS, J.** - Manual de bioestadística.
- **ZAPATA VILJA, A.** - La enfermera frente al niño maltratado.
Investigación y educación en enfermería Vol. 5, N° 4, pag 273- 280, julio/agosto 1991.

AGRADECIMIENTOS

- A todas las personas que posibilitaron la realización de este trabajo.
- Al equipo de salud de la Clínica Pediátrica ``A`` del Hospital Pereira Rossell.
- A nuestras familias.

ANEXO 1

PLAN PILOTO

INTRODUCCION

Con el fin de realizar una prueba en pequeña escala, se pondrá en práctica un plan piloto para obtener toda información que mejore el proyecto de investigación y además revele las posibles mejoras.

Para ello se especifican los objetivos, planificación de la ejecución y los recursos necesarios para llevarlos a cabo.

OBJETIVOS

Objetivo general

Evaluar los diferentes aspectos del proyecto de investigación como base para efectuar posibles revisiones y/o correcciones para evitar sesgos en el producto final.

Objetivos específicos.

- Verificar la factibilidad de la pregunta a investigar.
- Verificar la confiabilidad y validez del instrumento para la recolección de datos.

DESARROLLO

Durante el período comprendido entre 18 al 25 de mayo asistiremos a la clínica pediátrica "A" del Hospital Pereira Rossell, de lunes a viernes en el horario de 13 a 15 horas.

Se utilizará un instrumento para la recolección de datos que se obtendrán de la historia clínica por parte de las estudiantes que realizan la investigación.

El horario elegido se debe a que después de la hora 13:00 se realizan los ingresos

RECURSOS HUMANOS

Cuatro estudiantes del Instituto Nacional de Enfermería,
Genie Feller Nro. 92025
Sheila Ferráz Nro. 92090
Inés Gonzalez Nro. 92115
Liliana Olivera Costa Nro. 92102

Tiempo total: 40 horas.

MATERIALES

- Lápices
- Carpetas
- Hojas

RECURSOS FINANCIEROS

- Fotocopias \$U 20.
- Boletos \$U 300.

EVALUACION

La realización del estudio piloto permitirá la revisión de: la factibilidad de la pregunta problema; la confiabilidad y validéz del instrumento de recolección de datos.

Los resultados fueron los siguientes:

- La pregunta es factible de ser estudiada porque estima que el tamaño de la muestra será de aproximadamente 6 casos.

Esta estimación del número de casos, surge de la presentación de un caso en este período (una semana), por lo que al interpretar y transpolar a las 8 semanas de ejecución, nos permite hacer una aproximación al número total de casos finalizada la misma; pero sin olvidar que es un fenómeno social.

- Se realizaron las revisiones necesarias en las siguientes áreas:

- A) Recursos humanos.
- B) Carga horaria.
- C) Instrumento (diseño y contenido).

A) Recursos humanos:

En la ejecución de esta experiencia piloto se pudo constatar que la administración del recurso humano era inadecuada (se utilizaba cuatro estudiantes para la recolección de datos).

La redistribución será la siguiente:

Concurrirán en forma alternada 2 estudiantes por semana hasta cumplir el período de ejecución.

Liliana Olivera Costa y Sheila Ferraz la semana del 1 al 4 de junio; 14 al 18; 28 de junio al 2 de julio, 12 al 16, 26 al 31 de julio.

Genie Feller e Inés Gonzalez las semanas restantes.

B) Carga horaria:

Se evaluó que para la recolección de datos no era necesario la utilización de 2 horas sino que ésta podría ser cumplida de 14 a 15 horas.

El motivo es que a partir de las 13 horas se realizan los ingresos al servicio.

C) Instrumento:

Este mantendrá el mismo diseño y se realizaron correcciones en la estructura.

En la sección 2 (datos de la madre) se eliminó la característica madre soltera, por considerarse que nos aportaba más datos a la investigación, saber si contaba con un apoyo tanto del cónyuge como de otros familiares. El estado civil de la madre no incidía si tiene apoyo emocional y/o económico porque puede provenir de un tercero.

Al ítem <20 años se entiende hasta los 20 años inclusive. Presentándose de la siguiente manera: ≤ 20 años.

- Al aplicar el instrumento, surgió la necesidad de agregar la opción "sin datos en la historia clínica", al constatarse que en ciertas ocasiones el niño era abandonado por la madre no obteniéndose información de ella ni de otro pariente.

Hospital Pereira Rossell
Clínica Pediátrica "A"
Montevideo

Instituto Nacional de Enfermería

FICHA DE MALTRATO INFANTIL
Primera Infancia

DATOS DEL NIÑO:

Fecha Ingreso: 12/5/99

Iniciales: E I I

Nº Registro: 3444 846-4

Edad: 0-1
 1-2
 2-3

Sexo: F M

Prematuro:

Llanto fácil:

MOTIVO DE CONSULTA: Niña 2 años traída x su madre quien
aduce estado de lo coma.

DIAGNOSTICO MEDICO: Maltrato (Buttered child)
Traumatismo de codo y miembro superior
izquierdo

Datos de la madre:

- Alcoholismo
- Consumo de sustancias tóxicas
- Desocupación
- Edad \leq 20 años
- Madre soltera
- Sin soporte familiar

Datos del agresor:

Parentesco: _____

- Alcoholismo
- Consumo de sustancias tóxicas
- Edad < 20 años
- Desocupación
- Antecedentes de conducta violenta

ANEXO 2

Hospital Pereira Rossell
Clínica Pedlátrica "A"
Montevideo

Instituto Nacional de Enfermería

FICHA DE MALTRATO INFANTIL
Primera Infancia

DATOS DEL NIÑO:

Fecha Ingreso: 16-6-98

Iniciales: MMDL

N° Registro: 7346

Edad: 0 - 1
 1 - 2
 2 - 3

Sexo: F M

Prematuro:

Llanto fácil:

MOTIVO DE CONSULTA: _____

DIAGNOSTICO MEDICO: Síndrome de Maltrato
Traumabémp crónica - encefalico grave. Postcambio
Desnutrición

Datos de la madre:

- Alcoholismo
- Consumo de sustancias tóxicas
- Desocupación
- Edad \leq 20 años
- Sin soporte familiar
- Sin datos (en Historia Clínica)

Datos del agresor:

Parentesco: Padrastro

- Alcoholismo
- Consumo de sustancias tóxicas
- Edad \leq 20 años
- Desocupación
- Antecedentes de conducta violenta
- Sin datos (en Historia Clínica)

Hospital Pereira Rossell
Clínica Pediátrica "A"
Montevideo

Instituto Nacional de Enfermería

FICHA DE MALTRATO INFANTIL

Primera Infancia

DATOS DEL NIÑO:

Fecha Ingreso: 18-6-98

Iniciales: D.A

N° Registro: 90684

Edad: 0-1
 1-2
 2-3

Sexo: F M

Prematuro:

Llanto fácil:

MOTIVO DE CONSULTA: 18.6.98 en emergencia lactante de 6 meses
acompañado por su madre, aparentemente había sido arrojado
sobre la mesa (maimón) por su padre alcohólico. Madre abandona el
niño en emergencia.

DIAGNOSTICO MEDICO: _____

Datos de la madre:

- Alcoholismo
- Consumo de sustancias tóxicas
- Desocupación
- Edad \leq 20 años
- Sin soporte familiar
- Sin datos (en Historia Clínica)

Datos del agresor:

Parentesco: Padre

- Alcoholismo
- Consumo de sustancias tóxicas
- Edad \leq 20 años
- Desocupación
- Antecedentes de conducta violenta
- Sin datos (en Historia Clínica)

Hospital Pereira Rosell
Clínica Pediátrica "A"
Montevideo

Instituto Nacional de Enfermería

FICHA DE MALTRATO INFANTIL

Primera Infancia

DATOS DEL NIÑO:

Fecha Ingreso: 21/6/99

Iniciales: E. M. B.

Nº Registro: 86492

Edad: 0-1
 1-2
 2-3

Sexo: F M

Prematuro:

Llanto fácil:

MOTIVO DE CONSULTA: LESION POR IMPACTO DE BOLA. ENTRADA DE PROYECTIL POR BOCA, PRESENTA ORIFICIO DE SALIDA.

DIAGNOSTICO MEDICO: SINDROME DE MALTRATO

Datos de la madre:

- Alcoholismo
- Consumo de sustancias tóxicas
- Desocupación
- Edad \leq 20 años
- Sin soporte familiar
- Sin datos (en Historia Clínica)

Datos del agresor:

Parentesco: PADE

- Alcoholismo
- Consumo de sustancias tóxicas
- Edad \leq 20 años
- Desocupación
- Antecedentes de conducta violenta
- Sin datos (en Historia Clínica)

ANEXO 3

ENTREVISTAS

- **Licenciada en enfermería María Inés Ayeface Jefa del servicio de emergencia del Hospital Pereira Rossell.**

Nos brinda información en general sobre el niño maltratado haciendo referencia a los casos mas frecuentes y de la existencia de un trabajo realizado por estudiantes del Instituto nacional de Enfermería hecho el año pasado.

Le asignó importancia a este tipo de investigaciones, orientándonos sobre el equipo que participa en el diagnóstico de maltrato infantil.

- **Dra. Rebuffo Dpto. de Psiquiatría infantil, Hospital Pereira Rossell.**

La epidemiología va en aumento, tanto en la incidencia como en la prevalencia.

Los casos recibidos provienen de:

- puerta de emergencia
- derivados de sala
- derivados de otras instituciones por recibir maltrato

El tratamiento esta a cargo de:

- residentes supervisados por docentes.
- médicos de segundo grado.

Se está formando un equipo de trabajo integrado por psiquiatra, asistente social y jueces (para tener en cuenta la esfera legal, que hasta el momento no se realiza trabajo en conjunto).

No existiendo aún una normalización en cuanto al tratamiento a seguir.

- **Asistente Social María del Carmen Canavessi Dpto. de Asistencia Social del Hospital Pereira Rossell.**

Asistentes sociales actualmente son 18, siendo que este número ha disminuido en aproximadamente 10 años a la mitad del personal y a la cuarta parte de la carga horaria prestando servicios de lunes a viernes al mediodía.

Según sus observaciones ha aumentado la proporción de abuso sexual dentro de la totalidad de los casos de maltrato. En el año 1998 constataron un total aproximado de 370 casos.

A estos datos hay que agregar:

- Los derivados de otras instituciones que solo asisten a consulta con psiquiatra.
- Los casos que ingresan los fines de semana y que no presentan lesiones de entidad, son derivados a centros de salud, policlínicas barriales, etc.

Se ha formado en el Hospital Pereira Rossell una Comisión Asesora que instrumenta una ficha donde se recoge toda la información sobre el niño (antecedentes, medidas antropométricas, motivo del ingreso, valoración, etc.), padres, agresor, entorno social, etc.

- **Prof. Dr. Guido Berro, Cátedra de Medicina Legal, Facultad de Medicina.**

Sugiere que nos conectemos con el Dr. Hugo Rodriguez y la Asistente social Gladys Curbelo.

- **Dr Hugo Rodriguez especialista en medicina legal y forense (integrante de la Comisión Normativa del Hospital Pereira Rossell).**

Al indagar acerca del concepto de maltrato infantil, el Dr: Hugo Rodriguez (integrante de la Comisión Normativa y Asesora del Hospital Pereira Rossell sobre el maltrato infantil), dice al respecto; que es muy discutido ya que algunos especialistas lo sitúan en la edad comprendida entre 0 a 15 años y otros de 0 a 18 años, al mismo tiempo rescata tres características que deben estar presentes para que sea considerado como tal y estas son: que el daño sufrido sea Intencional (no accidental), fruto de agresiones reiteradas (carácter crónico), producido por parte de sus cuidadores (personas que lo tienen a su cargo).

Al equipo base que trabaja con el niño maltratado no es posible abordarlo en conjunto(solo son vistos aquellos casos que van a ateneo médico).

Frente a un caso de sospecha el médico pediatra ingresa al niño (lo que es considerado por el Dr Rodriguez un derecho del médico lo cual tiene por objetivo: confirmar o descartar el diagnóstico de maltrato infantil, separarlo de su medio, realizar exámenes complementarios (crásis sanguínea, radiografías, etc.) a modo de descartar posibles patologías no detectadas hasta el momento, vigilar la evolución, realizar interconsultas.

El rol del medico legista es actuar en una etapa extrajudicial, emite su opinión, si la lesión es compatible con maltrato o la descarta asociándolas con lesiones de tipo traumático accidentales.

Hace referencia a la importancia de no adelantar conclusiones y afirma que es más frecuente de lo que se cree el diagnóstico erróneo de maltrato (datos publicados en la revista del Sindicato Médico del Uruguay Año 96, volumen 12, número 1, página 44)

“Existe un vicio en el Hospital Pereira Rossell” porque se comete el error de realizar la denuncia a la seccional policial, produciendo malestar familiar, tensión, estigmatización de los denunciados por parte de los vecinos, amigos, maestros, pérdida del empleo antes de realizar estudios complementarios.

Manifestando también, que la policía no está adecuadamente preparada para manejar estos casos.

Otro de los perjuicios es la ruptura del vínculo con el sistema de salud, es aquella consulta que pudo ser oportuna y se transforma en una experiencia negativa, ya que se ejerce desde el equipo de salud una relación asimétrica de poder con el posible maltratador.

Por lo que considera menos traumático realizar el informe al juez penal.

A) preguntarle si considera necesario y oportuno que el equipo de salud cuente con un continente como puede ser un psicólogo, respondió afirmativamente ya que se manejan situaciones muy delicadas y de mucho estrés.

En cuanto a la no integración del equipo interdisciplinario de una Licenciada en Enfermería opina que puede deberse a los bajos recursos económicos y manifiesta que sería positivo contar con una profesional capacitada en el abordaje y tratamiento del niño maltratado y su familia.

- **Juez Penal Dr: Luis Charles.**

Considera que existen dos tipos de maltrato: el maltrato psico-físico directo con la agresión al cuerpo y la mente y el tipo de maltrato que se ve a nivel de la prensa que son los niños que trabajan en la calle, los que no concurren a la escuela, la mendicidad en los niños.

Respecto al maltratador se dan dos casos; en el abuso sexual el 80 % de estos es por parte de la familia por ejemplo el concubino, padrastros, tíos y en otro tipo de agresiones se dan por parte de la familia y vecinos.

Los casos derivados a Juez Penal son en un porcentaje muy bajo, las vías para su notificación son dos: la policía que informa el hecho y el toma las medidas correspondientes al caso o se realiza directamente por terceros o la persona misma al juzgado, pudiendo ser estas familiares, vecinos, maestros, instituciones, hospitales.

Según el tipo de maltrato se toman las resoluciones pertinentes al caso; primero interviene el médico forense para ver si existen lesiones orgánicas correspondientes con el maltrato y luego la asistente social o psicóloga, se cita al denunciante y se toma declaración, el tiempo de este proceso varía; si el maltratador está detenido el Juez Penal deberá determinar su procesamiento o la libertad dentro de las 48 horas, si el agresor está en libertad el tiempo se torna mayor pudiendo llevar meses.

Si el niño está muy golpeado se procede a la detención y procesamiento dentro de las 48 horas.

Existe un equipo dentro del Poder Judicial que cuenta con un psiquiatra, asistente social, psicólogo. La disposición de sacar al niño de su hogar no es competencia suya sino del juez de menores, solamente le corresponde aquellos que tienen más de 18 años.

Los maltratos que le son derivados con más frecuencia son por golpes con objetos contundentes, quemaduras y abuso sexual. Por cada caso de abuso sexual en la calle se dan 100 de abuso sexual de menores en el propio hogar.

Las edades son variables no dándose predominio de alguna.

• **Dra. Irene García, residente de psiquiatría de las Clínicas Pediátricas del Hospital Pereira Rossell,**

La atención se brinda por parte de psiquiatría en:

- Sala (un psiquiatra infantil asignado por sala).
- Policlínicas barriales (se cuenta con muy pocas psiquiatras de niños).

Su definición de maltrato es la de kempec.

El paciente es visto casi en forma inmediata.

Factores de riesgo del niño: hiperactivo, retardo mental, trastornos del sueño, dificultades en la escuela, incapacidad física, trastornos de la personalidad, todo aquello que difiere con la idea del niño ideal.

Factores de riesgo de los padres: baja tolerancia a las frustraciones, mal manejo de la agresividad, falta de continente, apoyo emocional y social (madres solas), trastornos del vínculo.

Factores sociales: cambios en la situación económica (decolash).

El niño es traído por uno de los padres, otros familiares, derivados de policlínicas, guarderías, escuela.

Si es traído por el maltratador, quien hizo un daño mayor de lo que esperaba, producido por una situación de desborde en forma impulsiva, es allí donde se puede trabajar obteniéndose mejores logros. Los casos de abandono afectivo o negligencia son lo más difíciles porque el niño no tiene un referente de madre buena al cual aferrarse.

El diagnóstico se realiza por parte del equipo tratante, integrado por; pediatra, asistente social, médico legista, psiquiatra infantil (son los coordinadores del trabajo en equipo), enfermería (durante la internación). Este equipo informa al juez quien dictamina si el maltrato es certero o no.

El diagnóstico psiquiátrico se realiza por medio de: la observación del niño, la madre, interrelación de ambos, en el lactante se observa la interrelación con la madre (si es capaz de decodificar las señales de su hijo) si se produce trastorno del vínculo.

En el niño mayor se observa a través de juegos, entrevistas colectivas o no.

El diagnóstico es la sumatoria de cosas. Se realiza un diagnóstico del niño y de la madre si es muy obvio, si no se deriva a psiquiatra de adultos.

El tratamiento va dirigido a: el niño (por ejemplo hiperactivo) se medicará o no según el caso, a la madre (si es deprimida, psicótica se deriva o no) que sea capaz de decodificar las señales de su hijo (trastornos en el vínculo), social-médico (terceros), situaciones de desborde (madres desbordadas, muchas horas con sus hijos).

Lo ideal es que se realice un seguimiento, esto no siempre es posible porque hay muy pocas policlínicas que cuentan con psiquiatras de niños.

El tratamiento va de acuerdo al caso: si regresa con los padres si el tratador esta formando parte del núcleo familiar o si está a cargo de una institución.

Evaluación: requiere un seguimiento, lo ideal es que esto sea social, pediátrico, psiquiátrico (esto se logra muy pocas veces). Se evalúa a través del desarrollo y crecimiento del niño (si aprende, disfruta, está contento) son pautas de que está bien.

Si se ha detectado un problema muy grave, si se produce una acusación a los padres siempre que hay una sospecha de maltrato lo que genera en éstos defensa, matestar y rabia ya que son acusados de algo que consideran que no es real y luego está el ámbito de lo legal ya que pasa a juez, todo esto hace que luego sea imposible trabajar con estos padres, un tratamiento que pudo ser efectivo ya no es posible aplicarlo por lo que hay que resaltar que no se pueden ver los hechos en forma objetiva (se pierde la objetividad del diagnóstico). El partir de un hecho falso puede llevar a tomar medidas muy drásticas para el niño, para la madre padre u otro. El haber caso omiso o negligente de no hacer el diagnóstico, y también el sobrediagnóstico puede ser de gravedad.

- Es necesario ser muy cautelosos en lo que se dice a los padres, otros familiares, al niño, no brindar información de sospecha como si fuera una realidad. El personal de salud, el personal judicial debe estar preparado, entrenado para preguntar al niño; para que la información obtenida sea correcta, esto se logra cuando hay una relación de confianza con el niño que lleva su tiempo.

- Informar al juez. Ante los casos de negligencia se produce la menor cantidad de denuncias por ser procedimientos largos, que hacen que el niño pase mucho tiempo de internación (meses).

Se le diagnostica por parte del equipo como que hay o no elementos de maltrato.

El juez dictamina si es maltrato certero o no.

Se le brinda una historia concisa en cuanto al niño, la madre, el vínculo, los pasos que se siguieron, sugerencias en cuanto a la conducta a seguir.

Importancia de la enfermera: debe estar capacitada, debe ser objetiva al evaluar los códigos de manejo de la madre ante el niño. Ser objetiva y no basarse (como el resto del equipo) en los ideales de cómo debe ser una madre, ante aquellas madres con fallas en el vínculo con el hijo o no partir de un juicio de valores que puede hacerla sentirse como una mala madre, acusada, sino mostrarle los aspectos positivos que posee y a partir de ahí fortalecer los aspectos sanos.

• **Asistente social Gladys Curbelo Clínica pediátrica "A" Hospital Pereira Rossell.**

El maltrato es no darle cuidados físicos o emocionales que un niño necesita, falta de cuidados negligencia.

Los cuidados dependen de las circunstancias, el lugar donde vive.

Hay un piso cuidados básicos que son independientes a la clase social. Para un niño hasta el año hay Centros de Salud, canastas, vacunación gratuita, etc, apoyos sociales a los cuales recurrir.

Es necesario asegurar la vida y el adecuado desarrollo (la falta de estímulo tiene graves consecuencias).

Tipos de maltrato, hay dos grande bloques:

Por omisión: negligencia, falta de cuidados, de atención, de estímulo.

Por comisión: no se vacuna, se le pega.

Otro tipo de maltrato es el **estructural**: es nacer en una condición donde ni ellos ni los padres son culpables (pobreza, entorno muy carenciado). No hay que confundir el estructural con la falta de cuidados, otros maltratos son adopciones malignas, fraguar identidad, padres drogadictos, venta de niños, **síndrome de Munchausen** (se da 1 o 2 por año), niños de la calle que trabajan en la calle.

El maltrato físico es muy frácido, son muy perversos, se encuentra hematoma subdural, fractura de tallo verde, problemas en el fondo de ojo.

Las lesiones se evalúan según la etapa de desarrollo.

Hay lesiones muy típicas, es mejor tratar a la sospecha como un maltrato y que después sea otra cosa; que al revés.

A la Clínica pediátrica "A" ingresan los casos con presunción fundada, hay elementos claros que hacen pensar en conducta de maltrato.

El equipo de sala está integrado por el pediatra, es el coordinador por ser quien lo recibe, psiquiatra, médico legista (no hay que confundirlo con el médico forense, esta es una especialidad donde se interpretan las lesiones)

El médico forense es enviado por el juzgado y sus apreciaciones se encuentran en el marco de información sumarial.

- **Juez Dra. Mussi, Juzgado Letrado de Menores.**

Existe el maltrato físico y el psicológico, el físico se da más en los niveles socio-económicos más bajos y en los niveles socio- culturales más altos se da el maltrato psicológico así como también se han visto casos de Síndrome de Munchausen.

Los casos de maltrato son derivados por el Hospital Pereira Rossell, policlínicas zonales, o por denuncia de los familiares mismos.

El niño llega a la policlínica ocultando el maltrato, va por otra causa y presenta cicatrices, hematomas o fracturas, el agresor es retisente a llevar al niño al Centro de Salud.

En el caso del Hospital Pereira Rossell envía un fax al Juzgado de Menores con un informe del caso y este envía al médico forense que es quien dictamina si es compatible con maltrato o no. Una vez que dictamina se cita a los familiares que generalmente es la madre o el concubino, se envía un asistente social. El proceso dura una semana.

Cuando existe un riesgo de vida para el niño el juez puede dictaminar el retirarlo del núcleo familiar y el niño va al INAME en calidad de amparo y este es quien valorará si volverá al núcleo familiar a no. Cada caso de maltrato se estudia en forma particular.

En base a la historia clínica se puede dictaminar un tratamiento y el juzgado controla que este sea cumplido.

El mayor número de casos se da hasta los 8 años y el tipo de maltrato en niños pequeños son los golpes, hematomas y fracturas.

- **Abogada Dra: Vilma di Brana integrante del equipo del Centro de Atención al Niño Maltratado.**

El Centro es una organización no gubernamental integrada por 4 miembros: asistente social, psicólogo, trabajadora social, abogada. Fundada en 1995 y brinda una atención basada en prevención, asistencia, tratamiento y seguimiento.

El propósito principal del Centro es prevenir para que no suceda. La atención se ofrece a las personas que se comunican telefónicamente (obteniendo el número del 0900) se concreta una cita con quien llama y luego con el menor, se evalúan las características del caso y se decide el tratamiento, se trata con el niño y con el grupo familiar no con el agresor.

Se atiende aproximadamente 50 a 60 casos anuales.

Se busca siempre el bienestar del menor, si el hogar es de riesgo para el menor se indica que salga del mismo y se controla que esto suceda. Se buscan hogares de terceros conocidos (abuelos, tíos, etc.) no se derivan a instituciones u hogares de terceros desconocidos por considerarse que se sobrecarga un daño.

El tratamiento psicológico es individual, con el niño por medio de juegos y dibujos.

Por parte de la consulta con abogado se formulan denuncias, se plantea el caso al juzgado de familias, se consideran las tenencias. Esto es en forma gratuita, el divorcio es arancelado, un juicio de esta índole dura aproximadamente 3 o 4 meses.

El seguimiento varía según el caso, por ejemplo cada tres meses recibir un informe del pediatra tratante, si la madre (o cualquier otro familiar directo que no sea el agresor) necesita tratamiento psicológico el seguimiento consta de un control en cuanto a que se continúa el tratamiento.

Las llamadas provienen de todas las clases sociales, la clase social alta llama solo cuando la situación se agrava. Deriva los casos (si es necesario) al Hospital Pereira Rossell porque allí hay un planteamiento claro en cuanto a la postura a seguir.

No hay un perfil del agresor; son de todas las clases sociales, profesiones u oficios (médicos, abogados, muchos militares), los que poseen una formación profesional "se cubren mejor". Por ejemplo los golpes son en la cabeza, en el tronco, hay arrancamientos de cabello. Un padre maltratador no es enfermo, fue a su vez un niño maltratado, la violencia se aprende.

Los modos de castigar de las diferentes clases sociales no varían es parejo.

El maltrato psicológico es muy difícil de detectar y de tratar.

Los niños maltratados tienen la idea de que los golpes, el encierro, dejarlos sin comer, no permitirles salir de su habitación ni siquiera para ir al baño, le son merecidos por "desobedecer" o "portarse mal".

Este centro trabaja además en prevención con las escuelas, generalmente públicas. Las directoras se comunican y piden la asesoría del equipo, se capacitan a las maestras sobre los indicadores a tener en cuenta en los niños para diagnosticar posibles maltratos; se presentan talleres, charlas, obras de teatro a los niños.

Las maestras presentan una lista de aquellos que consideran maltratados, con quienes se realiza una entrevista personal, de allí surgen 3 o 4 niños con maltrato al día. Se concurre a la escuela una vez a la semana, actualmente se trabaja con dos escuelas.

Se denuncia el maltrato franco y riesgo severo; este se considera como la probabilidad de que se produzca un daño, por ejemplo: riesgo severo de un recién nacido es la separación madre-hijo, el embarazo oculto se puede considerar ya como un daño, es distinto a un embarazo mal controlado, los niños hiperquinéticos, la patología psiquiátrica (diagnosticada) en los padres en general es mínima pero cuando se presenta es muy grave.

Cuando se llega al diagnóstico maltrato, previo al informe del juez, se le notifica a la familia, se les lee el informe y se les explica porque se opina de esa forma. Ante el hecho el equipo mantiene una misma opinión, de modo que el familiar del niño sepa que está frente a un equipo a modo de evitar un "chivo espiatorio" y un posible enfrentamiento hacia uno de sus integrantes, llegar a trabajar de esta forma llevó mucho tiempo (hace aproximadamente 3 años que se trabaja así), actualmente lo que esto permite es manejar mejor la relación asistencial, cuando se hace un diagnóstico de diarrea se maneja con el padre, también se tiene que manejar la situación de maltrato ya que es un diagnóstico 1, se tiene que poder usar, manejar junto a los padres y junto con el niño cuando estos más grandes.

En cuanto a la edad del niño maltratado concuerda con la bibliografía, la realidad de este hospital son graves en los menores de tres años y dentro de estos los menores de un año ya que son más vulnerables y dependientes. Esto es diferente a la realidad que se presenta en el INAME, el mayor número de ingresos lo tienen los adolescentes y niños de edad escolar ya que estos reaccionan de otra manera y muchas veces son quienes piden ayuda o las denuncias son realizadas por los propios maestros.

Actualmente se está frente a 52 casos anuales de maltrato claramente configurado y particularmente graves.

En lo que tiene que ver con el número de casos en los diferentes meses del año expresa que según su experiencia personal (17 años) ha observado un franco aumento en los meses de octubre, noviembre y diciembre en los que parecería incidir todo aquello que tiene que ver con lo removerdor de estas fechas y con el aumento del consumo de alcohol, luego se aprecia un leve descenso del número de casos para incrementarse nuevamente en el mes de marzo.

En cuanto al nivel social en que se encuentra enmarcando el maltrato señala que el sector más carenciado tiene sobregregado en maltrato estructural que es de base, que actúa como sobrecactuando, no por esto se debe olvidar que el maltrato existe en todas las clases sociales. Algo que preocupa es que "en los juzgados a los únicos que se remiten es a los pobres, y de los ricos no hay uno remitido", algunas de las causas que pueden incidir en esta situación son que en el hospital a diferencia a diferencia de muchas mutualistas se cuenta con un engranaje que permite la denuncia, las relaciones de poder. Mayoritariamente no hay equipo tratante, el médico pediatra se enfrenta solo a una situación, la cual resuelve pero no interpreta "ya que puede tener costos laborales", los malos tratos producidos en la clase social baja son los que más se denuncian lo que no quiere decir que son los que más maltratan, el solo hecho de asistirse en el Hospital Pereira Rossell y que se presenta una presunción de maltrato en puerta es motivo de internación (luego se determina si hubo o no maltrato, evitando omisión de diagnóstico o se sobrediagnostique).

Respecto a la no intervención de la Licenciada en enfermería dentro del equipo manifiesta que es un elemento clave porque está continuamente en contacto con la gente, sabe la relación niño- padres, si son alimentados, o si están solos, si se encuentran angustiados o ansiosos, pero enfermería tiene un sesgo por la parte netamente asistencial, dado en parte quizás por la complejidad de los pacientes que allí se encuentran (nivel de complejidad intermedio) por lo que tiene ese espacio y ese tiempo que supone la conformación de un equipo.

Son en general mucho más pragmáticas, la que veo como una persona de consulta permanente, opina que además que trabajan con el maltrato no es de oficio (trabajar con la parte más fea de uno y de la gente no es para todos) sino que debe ser alguien que tengan cierta capacidad de empatía con la gente que se encuentra involucrada y que da entender sin estigmatizar y manejar las tensiones y la angustia de manera que no

interfiera negativamente en la relación familiar del propio profesional, además debe conocer las diferentes situaciones de maltrato y tener "como un ojo clínico" que distingue claramente factores y situaciones de riesgo así como los elementos que hacen presumir un maltrato, luego de manejar esto debe tener como una vocación o formación particular para verlo".

El equipo tratante que funciona en la Clínica pediátrica "A" funciona realmente como equipo, actuando en forma prácticamente inmediata ante elementos fundados de maltrato, actúa como en una urgencia, a modo de evitar una internación prolongada (ya sea al demorar el diagnóstico como lo que tarda luego la parte judicial), que se transforma en el maltrato institucional (victimización secundaria), el niño no está en las condiciones que debe estar, no se lo protege, se lo agrude.

- **Psicóloga Felicia Freifel, integrante del grupo de trabajo "Vínculo temprano", Dpto de psicología infantil del Hospital Pereira Rossell.**

Este grupo que funciona desde 1981 contaba con 11 psicólogos los cuales trabajaban en forma independiente, actualmente el número se ve reducido a tres psicólogos que desde 1988 buscan trabajar una nueva técnica a modo de hacer más efectiva sus intervenciones con el binomio madre- hijo. Las edades de los pacientes oscilan de 3 a 18 meses, los casos les son derivados por pediatras y psiquiatras. El número de estos son aproximadamente de 8 a 10 por año.

La terapia consta aproximadamente de 14 sesiones con frecuencia semanal; el seguimiento se realiza a través de diálogo telefónico.

Al comienzo se trataban trastornos del sueño casi exclusivamente, actualmente, luego de descartar cualquier alteración o patología orgánica, se trabaja con una variedad de trastornos que sugieran la posible existencia de alteraciones en el vínculo, niños que lloran, que no se alimentan, que no juegan, prematuros, inquietos, uno de los motivos de consulta más frecuente es el espasmo de sollozo.

Llanto, alguna de las posibles causas, mal sostenidos, dolor, calor, búsqueda de la mirada de su madre.

En las sesiones se trabaja con los miedos, las ansiedades, los duelos no resueltos, lo que se trata es de "narcisar" a la madre.

La madre debe proporcionarle al hijo lo que se denomina "nido", amor, seguridad, comida y apoyo para que se establezca un buen vínculo.

ANEXO 4

CONVENCION SOBRE LOS DERECHOS DEL NIÑO

Presentación

La Convención Internacional sobre los Derechos del Niño fue adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en noviembre de 1989, marcando un hito histórico fundamental en la defensa de los derechos humanos de los niños, niñas y adolescentes.

Su articulado incorpora los aspectos ya contenidos en la Declaración de los Derechos del Niño de 1959, los amplía y, a su vez, va más allá de dicha Declaración en cuanto que hace jurídicamente responsables de sus acciones respecto de los niños a los Estados que la ratifican.

El Congreso Argentino ratificó la Convención sobre los Derechos del Niño en septiembre de 1990, instituyéndola como ley nacional 23.849 y en agosto de 1994 la Convención Constituyente la incorporó al artículo 75 de la nueva Constitución de la Nación Argentina.

Con la incorporación de la Convención al derecho interno, la Argentina debe adecuar su legislación a dicho instrumento jurídico y lograr el cumplimiento de los derechos económicos, sociales y culturales "hasta el máximo de los recursos de que disponga...".

Dos ideas fuerza recorren el contenido de la Convención:

- - La consideración del niño, la niña y el adolescente como sujetos plenos de derecho, merecedores de respeto, dignidad y libertad, abandonando, con este enfoque, el concepto de niño como objeto pasivo de intervención por parte de la familia, el Estado y la sociedad.
- - La consideración de los niños como personas con necesidad de cuidados especiales, lo que supone que, por su condición particular de desarrollo, además de todos los derechos que disfrutaban los adultos los niños tienen derechos especiales.

A través de esta nueva edición de la Convención sobre los Derechos del Niño, UNICEF Argentina desea que este instrumento jurídico llegue a los niños, niñas, adolescentes, familias, decisores políticos, líderes sociales y a la población en general para que la conozcan y profundicen sus contenidos y así todos juntos, cada uno desde nuestro lugar, podamos contribuir al proceso de construcción de la ciudadanía de la infancia.

Patricio Fuentes Sarmiento
Director UNICEF Argentina

CONVENCION SOBRE LOS DERECHOS DEL NIÑO LEY N° 23.849

**Apruébase la Convención sobre los
Derechos del Niño**

Sancionada: *Septiembre 27 de 1990*

Promulgada de Hecho: *Octubre 16 de 1990*

interpretarse en el sentido que se entiende por niño todo ser humano desde el momento de su concepción y hasta los 18 años de edad.

Con relación al artículo 24 inciso f) de la

El Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina, reunidos en Congreso, etc. sancionan con fuerza de ley:

Artículo 1º: Apruébase la Convención sobre los Derechos del Niño, adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en Nueva York (Estados Unidos de América) el 20 de noviembre de 1989, que consta de cincuenta y cuatro (54) artículos, cuya fotocopia autenticada en idioma español forma parte de la presente ley.

Artículo 2º: Al ratificar la Convención, deberán formularse las siguientes reservas y declaraciones:

La República Argentina hace reserva de los incisos b), c), d) y e) del artículo 21 de la Convención sobre los Derechos del Niño y manifiesta que no regirán en su jurisdicción por entender que, para aplicarlos, debe contarse previamente con un riguroso mecanismo de protección legal del niño en materia de adopción internacional, a fin de impedir su tráfico y venta.

Con relación al artículo 1º de la Convención sobre los Derechos del Niño, la República Argentina declara que el mismo debe

Convención sobre los Derechos del Niño, la República Argentina, considerando que las cuestiones vinculadas con la planificación familiar atañen a los padres de manera indelegable de acuerdo a principios éticos y morales, interpreta que es obligación de los Estados, en el marco de este artículo, adoptar las medidas apropiadas para la orientación a los padres y la educación para la paternidad responsable.

Con relación al artículo 38 de la Convención sobre los Derechos del Niño, la República Argentina declara que es su deseo que la Convención hubiese prohibido terminantemente la utilización de niños en los conflictos armados, tal como lo estipula su derecho interno, el cual en virtud del artículo 41 continuará aplicando en la materia.

Artículo 3º: Comuníquese al Poder Ejecutivo Nacional. Alberto R. Pierri - Eduardo Menem - Esther H. Pereyra Arandía de Pérez Pardo - Hugo R. Flombaum.

Dada en la sala de sesiones del congreso argentino, en Buenos Aires, a los veintisiete días del mes de septiembre del año mil novecientos noventa.

Convención sobre los Derechos del Niño.

Los Estados Partes en la presente Convención

Considerando que, de conformidad con los principios proclamados en la Carta de las Naciones Unidas, la libertad, la justicia y la paz en el mundo se basan en el reconocimiento de la dignidad intrínseca y de los derechos iguales e inalienables de todos los miembros de la familia humana,

Teniendo presente que los pueblos de las Naciones Unidas han reafirmado en la Carta su fe en los derechos fundamentales del hombre y en la dignidad y el valor de la persona humana, y que han decidido promover el progreso social y elevar el nivel de vida dentro de un concepto más amplio de la libertad,

Reconociendo que las Naciones Unidas han proclamado y acordado en la Declaración Universal de Derechos Humanos y en los pactos internacionales de derechos humanos, que toda persona tiene todos los derechos y libertades enunciados en ellos, sin distinción alguna, por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición,

Recordando que en la Declaración Universal de Derechos Humanos las Naciones Unidas proclamaron que la infancia tiene derecho a cuidados y asistencia especiales,

Convencidos de que la familia, como grupo fundamental de la sociedad y medio natural para el

crecimiento y el bienestar de todos sus miembros, y en particular de los niños, debe recibir la protección y asistencia necesarias para poder asumir plenamente sus responsabilidades dentro de la comunidad,

Reconociendo que el niño, para el pleno y armonioso desarrollo de su personalidad, debe crecer en el seno de la familia, en un ambiente de felicidad, amor y comprensión,

Considerando que el niño debe estar plenamente preparado para una vida independiente en sociedad y ser educado en el espíritu de los ideales proclamados en la Carta de las Naciones Unidas y, en particular, en un espíritu de paz, dignidad, tolerancia, libertad, igualdad y solidaridad,

Teniendo presente que la necesidad de proporcionar al niño una protección especial ha sido enunciada en la Declaración de Ginebra de 1924 sobre los Derechos del Niño y en la Declaración de los Derechos del Niño adoptada por la Asamblea General el 20 de noviembre de 1959, y reconocida en la Declaración Universal de Derechos Humanos, en el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (en particular, en los artículos 23 y 24), en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (en particular, en el artículo 50) y en los estatutos e instrumentos pertinentes de los organismos especializados y de las organizaciones internacionales que se interesan en el bienestar del niño,

Teniendo presente que, como se indica en la Declaración de los Derechos del Niño, el niño, por su falta de madurez física y mental, necesita protección y cuidados especiales, incluso la debida protección legal, tanto antes como después del nacimiento,

Recordando lo dispuesto en la Declaración sobre los principios sociales y jurídicos relativos a la protección y el bienestar de los niños, con particular referencia a la adopción y la colocación en hogares de guarda, en los planos nacional e internacional, las reglas mínimas de las Naciones Unidas para la administración de la justicia de menores (reglas de Beijing); y la Declaración sobre la protección de la mujer y el niño en estados de emergencia o de conflicto armado,

Reconociendo que en todos los países del mundo hay niños que viven en condiciones excepcionalmente difíciles y que esos niños necesitan especial consideración,

Teniendo debidamente en cuenta la importancia de las tradiciones y los valores culturales de cada pueblo para la protección y el desarrollo armonioso del niño,

Reconociendo la importancia de la cooperación internacional para el mejoramiento de las condiciones de vida de los niños en todos los países, en particular en los países en desarrollo,

Han convenido en lo siguiente:

Artículo 1

Para los efectos de la presente Convención, se entiende por niño todo ser humano menor de dieciocho años de edad, salvo que en virtud de la ley que le sea aplicable, haya alcanzado antes la mayoría de edad.

Artículo 2

1. Los Estados Partes respetarán los derechos enunciados en la presente Convención y asegurarán su aplicación a cada niño sujeto a su jurisdicción, sin distinción alguna, independientemente de la raza, el color, el sexo, el idioma, la religión, la opinión política o de

otra índole, el origen nacional, étnico o social, la posición económica, los impedimentos físicos, el nacimiento o cualquier otra condición del niño, de sus padres o de sus representantes legales.

2. Los Estados Partes tomarán todas las medidas apropiadas para garantizar que el niño se vea protegido contra toda forma de discriminación o castigo por causa de la condición, las actividades, las opiniones expresadas o las creencias de sus padres, o sus tutores o de sus familiares.

Artículo 3

1. En todas las medidas concernientes a los niños que tomen las instituciones públicas o privadas de bienestar social, los tribunales, las autoridades administrativas o los órganos legislativos, una consideración primordial a que se atenderá será el interés superior del niño.

2. Los Estados Partes se comprometen a asegurar al niño la protección y el cuidado que sean necesarios para su bienestar, teniendo en cuenta los derechos y deberes de sus padres, tutores u otras personas responsables de él ante la ley y, con ese fin, tomarán todas las medidas legislativas y administrativas adecuadas.

3. Los Estados Partes se asegurarán de que las instituciones, servicios y establecimientos encargados del cuidado o la protección de los niños cumplan las normas establecidas por las autoridades competentes, especialmente en materia de seguridad, sanidad, número y competencia de su personal, así como en relación con la existencia de una supervisión adecuada.

Artículo 4

Los Estados Partes adoptarán todas las medidas administrativas, legislativas y de otra índole para dar efectividad a los derechos reconocidos en la presente Convención. En lo que respecta a los derechos económicos, sociales y culturales, los Estados Partes adoptarán estas medidas hasta el máximo de los recursos de que dispongan y, cuando sea necesario, dentro del marco de la cooperación internacional.

Artículo 5

Los Estados Partes respetarán las responsabilidades, los derechos y los deberes de los padres o, en su caso, de los miembros de la familia ampliada o de la comunidad, según establezca la costumbre local, de los tutores u otras personas encargadas legalmente del niño de impartirle, en consonancia con la evolución de sus facultades, dirección y orientación apropiadas para que el niño ejerza los derechos reconocidos en la presente Convención.

Artículo 6

1. Los Estados Partes reconocen que todo niño tiene el derecho intrínseco a la vida.

2. Los Estados Partes garantizarán en la máxima medida posible la supervivencia y el desarrollo del niño.

Artículo 7

1. El niño será inscripto inmediatamente después de su nacimiento y tendrá derecho desde que nace a un nombre, a adquirir una nacionalidad y, en la medida de lo posible, a conocer a sus

padres y a ser cuidado por ellos.

2. Los Estados Partes velarán por la aplicación de estos derechos de conformidad con su legislación nacional y las obligaciones que hayan contraído en virtud de los instrumentos internacionales pertinentes en esta esfera, sobre todo cuando el niño resultara de otro modo apátrida.

Artículo 8

1. Los Estados Partes se comprometen a respetar el derecho del niño a preservar su identidad, incluidos la nacionalidad, el nombre y las relaciones familiares de conformidad con la ley sin injerencias ilícitas.

2. Cuando un niño sea privado ilegalmente de algunos de los elementos de su identidad o de todos ellos, los Estados Partes deberán prestar la asistencia y protección apropiadas con miras a restablecer rápidamente su identidad.

Artículo 9

1. Los Estados Partes velarán porque el niño no sea separado de sus padres contra la voluntad de éstos, excepto cuando, a reserva de revisión judicial, las autoridades competentes determinen, de conformidad con la ley y los procedimientos aplicables, que tal separación es necesaria en el interés superior del niño. Tal determinación puede ser necesaria en casos particulares, por ejemplo, en los casos en que el niño sea objeto de maltrato o descuido por parte de sus padres o cuando éstos viven separados y debe adoptarse una decisión acerca del lugar de residencia del niño.

2. En cualquier procedimiento entablado de conformidad con el párrafo 1 del presente artículo, se ofrecerá a todas las partes interesadas la oportunidad de participar en él y de dar a conocer sus opiniones.

3. Los Estados Partes respetarán el derecho del niño que esté separado de uno o de ambos padres a mantener relaciones personales y contacto directo con ambos padres de modo regular, salvo si ello es contrario al interés superior del niño.

4. Cuando esta separación sea resultado de una medida adoptada por un Estado Parte, como la detención, el encarcelamiento, el exilio, la deportación o la muerte (incluido el fallecimiento debido a cualquier causa mientras la persona esté bajo la custodia del Estado) de uno de los padres del niño, o de ambos, o del niño, el Estado Parte proporcionará, cuando se le pida, a los padres, al niño o, si procede, a otro familiar, información básica acerca del paradero del familiar o familiares ausentes, a no ser que ello resultare perjudicial para el bienestar del niño.

Los Estados Partes se cerciorarán, además, de que la presentación de tal petición no entraña por sí misma consecuencias desfavorables para la persona o personas interesadas.

Artículo 10

1. De conformidad con la obligación que incumbe a los Estados Partes a tenor de lo dispuesto en el párrafo 1 del artículo 9, toda solicitud hecha por un niño o por sus padres para entrar en un Estado Parte o para salir de él a los efectos de la reunión de la familia será atendida por los Estados Partes de manera positiva, humanitaria y expeditiva. Los Estados Partes garantizarán, además, que la presentación de tal petición no traera consecuencias desfavorables para los peticionarios ni para sus familiares.

2. El niño cuyos padres residan en Estados diferentes tendrá derecho a mantener periódicamente, salvo en circunstancias excepcionales, relaciones personales y contactos directos con ambos padres. Con tal fin, y de conformidad con la obligación asumida por los Estados Partes en virtud del párrafo 1 del artículo 9, los Estados Partes respetarán el derecho del niño y de sus padres a salir de cualquier país, incluido el propio, y de entrar en su propio país. El derecho de salir de cualquier país estará sujeto solamente a las restricciones estipuladas por ley y que sean necesarias para proteger la seguridad nacional, el orden público, la salud o la moral públicas o los derechos y libertades de otras personas y que estén en consonancia con los demás derechos reconocidos por la presente Convención.

Artículo 11

1. Los Estados Partes adoptarán medidas para luchar contra los traslados ilícitos de niños al extranjero y la retención ilícita de niños en el extranjero.
2. Para este fin, los Estados Partes promoverán la concertación de acuerdos bilaterales o multilaterales o la adhesión a acuerdos existentes.

Artículo 12

1. Los Estados Partes garantizarán al niño que esté en condiciones de formarse un juicio propio el derecho de expresar su opinión libremente en todos los asuntos que afectan al niño, teniéndose debidamente en cuenta las opiniones del niño, en función de la edad y madurez del niño.
2. Con tal fin, se dará en particular al niño oportunidad de ser escuchado en todo procedimiento judicial o administrativo que afecte al niño, ya sea directamente o por medio de un representante o de un órgano apropiado, en consonancia con las normas de procedimientos de la ley nacional.

Artículo 13

1. El niño tendrá derecho a la libertad de expresión; ese derecho incluirá la libertad de buscar, recibir y difundir informaciones e ideas de todo tipo, sin consideración de fronteras, ya sea oralmente, por escrito o impresas, en forma artística o por cualquier otro medio elegido por el niño.
2. El ejercicio de tal derecho podrá estar sujeto a ciertas restricciones, que serán únicamente las que la ley prevenga y sean necesarias.
 - a) Para el respeto de los derechos o la reputación de los demás;
 - b) Para la protección de la seguridad nacional o el orden público o para proteger la salud o la moral públicas.

Artículo 14

1. Los Estados Partes respetarán el derecho del niño a la libertad de pensamiento, de conciencia y de religión.
2. Los Estados Partes respetarán los derechos y deberes de los padres y, en su caso, de los representantes legales, de guiar al niño en el ejercicio de su derecho de modo conforme a la evolución de sus facultades.

3. La libertad de profesar la propia religión o las propias creencias estará sujeta únicamente a las limitaciones prescritas por la ley que sean necesarias para proteger la seguridad, el orden, la moral o la salud públicos o los derechos y libertades fundamentales de los demás.

Artículo 15

1. Los Estados Partes reconocen los derechos del niño a la libertad de asociación y a la libertad de celebrar reuniones pacíficas.

2. No se impondrán restricciones al ejercicio de estos derechos distintas de las establecidas de conformidad con la ley y que sean necesarias en una sociedad democrática, en interés de la seguridad nacional o pública, el orden público, la protección de la salud y la moral públicas o la protección de los derechos y libertades de los demás.

Artículo 16

1. Ningún niño será objeto de injerencias arbitrarias o ilegales en su vida privada, su familia, su domicilio o su correspondencia, ni de ataques ilegales a su honra y a su reputación.

2. El niño tiene derecho a la protección de la ley contra esas injerencias o ataques.

Artículo 17

Los Estados Partes reconocen la importante función que desempeñan los medios de comunicación y velarán porque el niño tenga acceso a información y material procedentes de diversas fuentes nacionales e internacionales, en especial la información y el material procedentes de diversas fuentes nacionales e internacionales, en especial la información y el material que tengan por finalidad promover su bienestar social, espiritual y moral y a su salud física y mental. Con tal objeto, los Estados Partes:

- a) Alentarán a los medios de comunicación a difundir información y materiales de interés social y cultural para el niño, de conformidad con el espíritu del artículo 29;
- b) Promoverán la cooperación internacional en la producción, el intercambio y la difusión de esa información y esos materiales procedentes de diversas fuentes culturales, nacionales e internacionales;
- c) Alentarán la producción y difusión de libros para niños;
- d) Alentarán a los medios de comunicación a que tengan particularmente en cuenta las necesidades lingüísticas del niño perteneciente a un grupo minoritario o que sea indígena;
- e) Promoverán la elaboración de directrices apropiadas para proteger al niño contra toda información y material perjudicial para su bienestar, teniendo en cuenta las disposiciones de los artículos 13 y 18.

Artículo 18

1. Los Estados Partes pondrán el máximo empeño en garantizar el reconocimiento del principio de que ambos padres tienen obligaciones comunes en lo que respecta a la crianza y el desarrollo del niño. Incumbirá a los padres o, en su caso, a los representantes legales la responsabilidad primordial de la crianza y el desarrollo del niño. Su preocupación fundamental será el interés superior del niño.

2. A los efectos de garantizar y promover los derechos enunciados en la presente convención,

los Estados Partes prestarán la asistencia apropiada a los padres y a los representantes legales para el desempeño de sus funciones en lo que respecta a la crianza del niño y velarán por la creación de instituciones, instalaciones y servicios para el cuidado de los niños.

3. Los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas para que los niños cuyos padres trabajan tengan derecho a beneficiarse de los servicios e instalaciones de guarda de niños para los que reúnen las condiciones requeridas.

Artículo 19

1. Los Estados Partes adoptarán todas las medidas legislativas, administrativas, sociales y educativas apropiadas para proteger al niño contra toda forma de perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, incluido el abuso sexual, mientras el niño se encuentra bajo la custodia de los padres, de un representante legal o de cualquier otra persona que lo tenga a su cargo.

2. Esas medidas de protección deberían comprender, según corresponda, procedimientos eficaces para el establecimiento de programas sociales con objeto de proporcionar la asistencia necesaria al niño y a quienes cuidan de él, así como para otras formas de prevención y para la identificación, notificación, remisión a una institución, investigación, tratamiento y observación ulterior de los casos antes descritos de malos tratos al niño y, según corresponda, la intervención judicial.

Artículo 20

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

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

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

Artículo 21

Los Estados Partes que reconocen o permiten el sistema de adopción cuidarán de que el interés superior del niño sea la consideración primordial y:

- a) Velarán porque la adopción del niño sólo sea autorizada por las autoridades competentes, las que determinarán, con arreglo a las leyes y a los procedimientos aplicables y sobre la base de toda la información pertinente y fidedigna, que la adopción es admisible en vista de la situación jurídica del niño en relación con sus padres, parientes y representantes legales y que, cuando así se requiere, las personas interesadas hayan dado con conocimiento de causa su consentimiento a la adopción sobre la base del asesoramiento que pueda ser necesario;
- b) Reconocerán que la adopción en otro país puede ser considerada como otro medio de cuidar del niño, en el caso de que éste no pueda ser colocado en un hogar

- de guarda o entregado a una familia adoptiva o no pueda ser atendido de manera adecuada en el país de origen;
- c) Velarán porque el niño que haya de ser adoptado en otro país goce de salvaguardas y normas equivalentes a las existentes respecto de la adopción en el país de origen;
- d) Adoptarán todas las medidas apropiadas para garantizar que, en el caso de adopción en otro país, la colocación no dé lugar a beneficios financieros indebidos para quienes participan en ella;
- e) Promoverán, cuando corresponda, los objetivos del presente artículo mediante concreción de arreglos o acuerdos bilaterales o multilaterales y se esforzarán, dentro de este marco, por garantizar que la colocación del niño en otro país se efectúe por medio de las autoridades u organismos competentes.

Artículo 22

1. Los Estados Partes adoptarán medidas adecuadas para lograr que el niño que trate de obtener el estatuto de refugiado o que sea considerado refugiado de conformidad con el derecho y los procedimientos internacionales o internos aplicables reciba tanto si está solo como si está acompañado de sus padres o de cualquier otra persona, la protección y la asistencia humanitaria adecuadas para el disfrute de los derechos pertinentes enunciados en la presente convención y en otros instrumentos internacionales de derechos humanos o de carácter humanitario en que dichos Estados sean partes.
2. A tal efecto los Estados Partes cooperarán, en la forma que estúen apropiada, en todos los esfuerzos de las Naciones Unidas y demás organizaciones intergubernamentales competentes u organizaciones no gubernamentales que cooperen con las Naciones Unidas por proteger y ayudar a todo niño refugiado y localizar a sus padres o a otros miembros de su familia, a fin de obtener la información necesaria para que se reúna con su familia. En los casos en que no se pueda localizar a ninguno de los padres o miembros de la familia, se concederá al niño la misma protección que a cualquier otro niño privado permanente o temporalmente de su medio familiar, por cualquier motivo como se dispone en la presente Convención.

Artículo 23

1. Los Estados Partes reconocen que el niño mental o físicamente impedido deberá disfrutar de una vida plena y decente en condiciones que aseguren su dignidad, le permitan llegar a bastarse a sí mismo y faciliten la participación activa del niño en la comunidad.
2. Los Estados Partes reconocen el derecho del niño impedido a recibir cuidados especiales y alentarán y asegurarán, con sujeción a los recursos disponibles, la prestación al niño que reúna las condiciones requeridas y a los responsables de su cuidado de la asistencia que se solicite y que sea afectada al estado del niño y a las circunstancias de sus padres o de otras personas que cuiden de él.
3. En atención a las necesidades especiales del niño impedido, la asistencia que se preste conforme al párrafo 2 del presente artículo será gratuita siempre que sea posible, habida cuenta de la situación económica de los padres o de las otras personas que cuiden del niño, y estará destinada a asegurar que el niño impedido tenga un acceso efectivo a la educación, la capacitación, los servicios sanitarios, los servicios de rehabilitación, la preparación para el empleo y las oportunidades de esparcimiento y reciba tales servicios con el objeto de que el niño logre la integración social y el desarrollo individual, incluido su desarrollo cultural y espiritual, en la máxima medida posible.

4. Los Estados Partes promoverán, con espíritu de cooperación internacional, el intercambio de información adecuada en la esfera de la atención sanitaria preventiva y del tratamiento médico, psicológico y funcional de los niños impedidos, incluida la difusión de información sobre los métodos de rehabilitación y los servicios de enseñanza y formación profesional, así como el acceso a esa información a fin de que los Estados Partes puedan mejorar su capacidad y conocimientos y ampliar su experiencia en estas esferas. A este respecto, se tendrán especialmente en cuenta las necesidades de los países en desarrollo.

Artículo 24

1. Los Estados Partes reconocen el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud. Los Estados Partes se esforzarán por asegurar que ningún niño sea privado de su derecho al disfrute de esos servicios sanitarios.

2. Los Estados Partes asegurarán la plena aplicación de este derecho y, en particular, adoptarán las medidas apropiadas para:

- a) Reducir la mortalidad infantil y en la niñez;
- b) Asegurar la prestación de la asistencia médica y la atención sanitaria que sean necesarias a todos los niños, haciendo hincapié en el desarrollo de la atención primaria de salud;
- c) Combatir las enfermedades y la malnutrición en el marco de la atención primaria de la salud mediante, entre otras cosas, la aplicación de la tecnología disponible y el suministro de alimentos nutritivos adecuados y agua potable salubre, teniendo en cuenta los peligros y riesgos de contaminación del medio ambiente;
- d) Asegurar atención sanitaria prenatal y posnatal apropiada a las madres;
- e) Asegurar que todos los sectores de la sociedad, y en particular los padres y los niños, conozcan los principios básicos de la salud y la nutrición de los niños, las ventajas de la lactancia materna, la higiene y el saneamiento ambiental y las medidas de prevención de accidentes, tengan acceso a la educación y reciban apoyo en la aplicación de esos conocimientos;
- f) Desarrollar la atención sanitaria preventiva, la orientación a los padres y la educación y servicios en materia de planificación de la familia.

3. Los Estados Partes adoptarán todas las medidas eficaces y apropiadas posibles para abolir las prácticas tradicionales que sean perjudiciales para la salud de los niños.

4. Los Estados Partes se comprometen a promover y alentar la cooperación internacional con miras a lograr progresivamente la plena realización del derecho reconocido en el presente artículo. A este respecto, se tendrán plenamente en cuenta las necesidades de los países en desarrollo.

Artículo 25

Los Estados Partes reconocen el derecho del niño que ha sido internado en un establecimiento por las autoridades competentes para los fines de atención, protección o tratamiento de la salud física o mental a un examen periódico del tratamiento a que esté sometido y de todas las demás circunstancias propias de su internación.

Artículo 26

1. Los Estados Partes reconocerán a todos los niños el derecho a beneficiarse de la seguridad social, incluso del seguro social, y adoptarán las medidas necesarias para lograr la plena realización de este derecho de conformidad con su legislación nacional.
2. Las prestaciones deberían concederse, cuando corresponda, teniendo en cuenta los recursos y la situación del niño y de las personas que sean responsables del mantenimiento del niño, así como cualquier otra consideración pertinente a una solicitud de prestaciones hecha por el niño o en su nombre.

Artículo 27

1. Los Estados Partes reconocen el derecho de todo niño a un nivel de vida adecuado para su desarrollo físico, mental, espiritual, moral y social.
2. A los padres u otras personas encargadas del niño les incumbe la responsabilidad primordial de proporcionar, dentro de sus posibilidades y medios económicos, las condiciones de vida que sean necesarias para el desarrollo del niño.
3. Los Estados Partes, de acuerdo con las condiciones nacionales y con arreglo a sus medios, adoptarán medidas apropiadas para ayudar a los padres y a otras personas responsables por el niño a dar efectividad a este derecho y, en caso necesario, proporcionarán asistencia material y programas de apoyo, particularmente con respecto a la nutrición, el vestuario y la vivienda.
4. Los Estados Partes tomarán todas las medidas apropiadas para asegurar el pago de la pensión alimenticia por parte de los padres y otras personas que tengan la responsabilidad financiera por el niño, tanto si viven en el Estado Parte como si viven en el extranjero. En particular, cuando la persona que tenga la responsabilidad financiera por el niño resida en un Estado diferente de aquél en que resida el niño, los Estados Partes promoverán la adhesión a los convenios internacionales o la concertación de dichos convenios, así como la concertación de cualesquiera otros arreglos apropiados.

Artículo 28

1. Los Estados Partes reconocen el derecho del niño a la educación y, a fin de que se pueda ejercer progresivamente y en condiciones de igualdad de oportunidades ese derecho, deberán en particular:
 - a) Implantar la enseñanza primaria obligatoria y gratuita para todos;
 - b) Fomentar el desarrollo, en sus distintas formas, de la enseñanza secundaria, incluida la enseñanza general y profesional, hacer que todos los niños dispongan de ella y tengan acceso a ella y adoptar medidas apropiadas tales como la implantación de la enseñanza gratuita y la concesión de asistencia financiera en caso de necesidad;
 - c) Hacer la enseñanza superior accesible a todos, sobre la base de la capacidad, por cuantos medios sean apropiados;
 - d) Hacer que todos los niños dispongan de información y orientación en cuestiones educacionales y profesionales y tengan acceso a ellas;
 - e) Adoptar medidas para fomentar la asistencia regular a las escuelas y reducir las tasas de deserción escolar.
2. Los Estados Partes adoptarán cuantas medidas sean adecuadas para velar porque la disciplina escolar se administre de modo compatible con la dignidad humana del niño y de conformidad

con la presente Convención.

3. Los Estados Partes fomentarán y alentarán la cooperación internacional en cuestiones de educación, en particular a fin de contribuir a eliminar la ignorancia y el analfabetismo en todo el mundo y de facilitar el acceso a los conocimientos técnicos y a los métodos modernos de enseñanza. a este respecto, se tendrán especialmente en cuenta las necesidades de los países en desarrollo.

Artículo 29

1. Los Estados Partes convienen en que la educación del niño deberá estar encaminada a:

- a) Desarrollar la personalidad, las aptitudes y la capacidad mental y física del niño hasta el máximo de sus posibilidades;
- b) Inculcar al niño el respeto de los derechos humanos y las libertades fundamentales y de los principios consagrados en la Carta de las Naciones Unidas;
- c) Inculcar al niño el respeto de sus padres, de su propia identidad cultural, de su idioma y sus valores, de los valores nacionales del país en que vive, del país de que sea originario y de las civilizaciones distintas de la suya;
- d) Preparar al niño para asumir una vida responsable en una sociedad libre, con espíritu de comprensión, paz, tolerancia, igualdad de los sexos y amistad entre todos los pueblos, grupos étnicos, nacionales y religiosos y personas de origen indígena;
- e) Inculcar al niño el respeto del medio ambiente natural.

2. Nada de lo dispuesto en el presente artículo o en el artículo 28 se interpretará como una restricción de la libertad de los particulares y de las entidades para establecer y dirigir instituciones de enseñanza, a condición de que se respeten los principios enunciados en el párrafo 1 del presente artículo y de que la educación impartida en tales instituciones se ajuste a las normas mínimas que prescriba el Estado.

Artículo 30

En los Estados en que existan minorías étnicas, religiosas o lingüísticas o personas de origen indígena, no se negará a un niño que pertenezca a tales minorías o que sea indígena el derecho que le corresponde, en común con los demás miembros de su grupo, a tener su propia vida cultural, a profesar y practicar su propia religión, o a emplear su propio idioma.

Artículo 31

1. Los Estados Partes reconocen el derecho del niño al descanso y el esparcimiento, al juego y a las actividades recreativas propias de su edad y a participar libremente en la vida cultural y en las artes.

2. Los Estados Partes respetarán y promoverán el derecho del niño a participar plenamente en la vida cultural y artística y propiciarán oportunidades apropiadas, en condiciones de igualdad, de participar en la vida cultural, artística, recreativa y de esparcimiento.

Artículo 32

1. Los Estados Partes reconocen el derecho del niño a estar protegido contra la explotación económica y contra el desempeño de cualquier trabajo que pueda ser peligroso o entorpecer su

educación, o que sea nocivo para su salud o para su desarrollo físico, mental, espiritual, moral o social.

2. Los Estados Partes adoptarán medidas legislativas, administrativas, sociales y educacionales para garantizar la aplicación del presente artículo. Con ese propósito y teniendo en cuenta las disposiciones pertinentes de otros instrumentos internacionales, los Estados Partes, en particular:

- a) Fijarán una edad o edades mínimas para trabajar;
- b) Dispondrán la reglamentación apropiada de los horarios y condiciones de trabajo;
- c) Estipularán las penalidades u otras sanciones apropiadas para asegurar la aplicación efectiva del presente artículo.

Artículo 33

Los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas, incluidas medidas legislativas, administrativas, sociales y educacionales, para proteger a los niños contra el uso ilícito de los estupefacientes y sustancias sicotrópicas enumeradas en los tratados internacionales pertinentes, y para impedir que se utilice a niños en la producción y el tráfico ilícitos de esas sustancias.

Artículo 34

Los Estados Partes se comprometen a proteger al niño contra todas las formas de explotación y abuso sexuales. Con este fin, los Estados Partes tomarán, en particular, todas las medidas de carácter nacional, bilateral y multilateral que sean necesarias para impedir:

- a) La incitación o la coacción para que un niño se dedique a cualquier actividad sexual ilegal;
- b) La explotación del niño en la prostitución u otras prácticas sexuales ilegales;
- c) La explotación del niño en espectáculos o materiales pornográficos.

Artículo 35

Los Estados Partes tomarán todas las medidas de carácter nacional, bilateral y multilateral que sean necesarias para impedir el secuestro, la venta o la trata de niños para cualquier fin o en cualquier forma.

Artículo 36

Los Estados Partes protegerán al niño contra todas las demás formas de explotación que sean perjudiciales para cualquier aspecto de su bienestar.

Artículo 37

Los Estados Partes velarán porque:

- a) Ningún niño sea sometido a torturas ni a otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes. No se impondrá la pena capital ni la de prisión perpetua sin posibilidad de excarcelación por delitos cometidos por menores de 18 años de edad;
- b) Ningún niño sea privado de su libertad ilegal o arbitrariamente. La detención, el encarcelamiento o la prisión de un niño se llevará a cabo de conformidad con la ley y se utilizará tan sólo como medida de último recurso y durante el período más

breve que proceda;

c) Todo niño privado de libertad sea tratado con la humanidad y el respeto que merece la dignidad inherente a la persona humana, y de manera que se tengan en cuenta las necesidades de las personas de su edad. En particular, todo niño privado de libertad estará separado de los adultos, a menos que ello se considere contrario al interés superior del niño, y tendrá derecho a mantener contacto con su familia por medio de correspondencia y de visitas, salvo en circunstancias excepcionales;

d) Todo niño privado de su libertad tendrá derecho a un pronto acceso a la asistencia jurídica y otra asistencia adecuada, así como derecho a impugnar la legalidad de la privación de su libertad ante un tribunal u otra autoridad competente, independiente e imparcial y a una pronta decisión sobre dicha acción.

Artículo 38

1. Los Estados Partes se comprometen a respetar y velar porque se respeten las normas del derecho internacional humanitario que les sean aplicables en los conflictos armados y que sean pertinentes para el niño.
2. Los Estados Partes adoptarán todas las medidas posibles para asegurar que las personas que aún no hayan cumplido los 15 años de edad no participen directamente en las hostilidades.
3. Los Estados Partes se abstendrán de reclutar en las fuerzas armadas a las personas que no hayan cumplido los 15 años de edad. Si reclutan personas que hayan cumplido 15 años, pero que sean menores de 18, los Estados Partes procurarán dar prioridad a los de más edad.
4. De conformidad con las obligaciones dimanadas del derecho internacional humanitario de proteger a la población civil durante los conflictos armados, los Estados Partes adoptarán todas las medidas posibles para asegurar la protección y el cuidado de los niños afectados por un conflicto armado.

Artículo 39

Los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas para promover la recuperación física y psicológica y la reintegración social de todo niño víctima de: cualquier forma de abandono, explotación o abuso; tortura u otra forma de tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes; o conflictos armados. Esa recuperación y reintegración se llevarán a cabo en un ambiente que fomente la salud, el respeto de sí mismo y la dignidad del niño.

Artículo 40

1. Los Estados Partes reconocen el derecho de todo niño de quien se alegue que ha infringido las leyes penales o a quien se acuse o declare culpable de haber infringido esas leyes a ser tratado de manera acorde con el fomento de su sentido de la dignidad y el valor, que fortalezca el respeto del niño por los derechos humanos y las libertades fundamentales de terceros y en la que se tengan en cuenta la edad del niño y la importancia de promover la reintegración del niño y de que éste asuma una función constructiva en la sociedad.
2. Con ese fin, y habida cuenta de las disposiciones pertinentes de los instrumentos internacionales, los Estados Partes garantizarán, en particular:
 - a) Que no se alegue que ningún niño ha infringido las leyes penales, ni se acuse o declare culpable a ningún niño de haber infringido esas leyes, por actos u

omisiones que no estaban prohibidos por las leyes nacionales o internacionales en el momento en que se cometieron.

b) Que todo niño del que se alegue que ha infringido las leyes penales o a quien se acuse de haber infringido esas leyes se le garantice, por lo menos, lo siguiente:

- i) Que se lo presumirá inocente mientras no se prueba su culpabilidad conforme a la ley;
- ii) Que será informado sin demora y directamente o, cuando sea procedente, por intermedio de sus padres o sus representantes legales, de los cargos que pesan contra él y que dispondrá de asistencia jurídica u otra asistencia apropiada en la preparación y presentación de su defensa;
- iii) Que la causa será dirimida sin demora por una autoridad u órgano judicial competente, independiente e imparcial en una audiencia equitativa conforme a la ley, en presencia de un asesor jurídico u otro tipo de asesor adecuado y, a menos que se considere que ello fuere contrario al interés superior del niño teniendo en cuenta en particular su edad o situación y a sus padres o representantes legales;
- iv) Que no será obligado a prestar testimonio o a declararse culpable, que podrá interrogar o hacer que se interroge a testigos de cargo y obtener la participación y el interrogatorio de testigos de descargo en condiciones de igualdad;
- v) Si se considerare que ha infringido, en efecto, las leyes penales, que esta decisión y toda medida impuesta a consecuencia de ella, serán sometidas a una autoridad u órgano judicial superior competente, independiente e imparcial, conforme a la ley;
- vi) Que el niño contará con la asistencia gratuita de un intérprete si no comprende o no habla el idioma utilizado;
- vii) Que se respetará plenamente su vida privada en todas las fases del procedimiento.

3. Los Estados Partes tomarán todas las medidas apropiadas para promover el establecimiento de leyes, procedimientos, autoridades e instituciones específicos para los niños de quienes se alegue que han infringido las leyes penales o a quienes se acuse o declare culpable de haber infringido esas leyes, y en particular:

- a) El establecimiento de una edad mínima antes de la cual se presumirá que los niños no tienen capacidad para infringir las leyes penales;
- b) Siempre que sea apropiado y deseable, la adopción de medidas para tratar a esos niños sin recurrir a procedimientos judiciales, en el entendimiento de que se respetarán plenamente los derechos humanos y las garantías legales.

4. Se dispondrá de diversas medidas, tales como el cuidado, las órdenes de orientación y supervisión, el asesoramiento, la libertad vigilada, la colocación en hogares de guarda, los programas de enseñanza y formación profesional, así como otras posibilidades alternativas a la internación en instituciones, para asegurar que los niños sean tratados de manera apropiada para su bienestar y que guarde proporción tanto con sus circunstancias como con la infracción.

Artículo 41

Nada de lo dispuesto en la presente Convención afectará a las disposiciones que sean más conducentes a la realización de los derechos del niño y que puedan estar recogidas en:

- a) El derecho de un Estado Parte; o
- b) El derecho internacional vigente con respecto a dicho Estado.

Artículo 42

Los Estados Partes se comprometen a dar a conocer ampliamente los principios y disposiciones de la Convención por medios eficaces y apropiados, tanto a los adultos como a los niños.

Artículo 43

1. Con la finalidad de examinar los progresos realizados en el cumplimiento de las obligaciones contraídas por los Estados Partes en la presente Convención, se establecerá un Comité de los Derechos del Niño que desempeñará las funciones que a continuación se estipulan.
2. El Comité estará integrado por diez expertos de gran integridad moral y reconocida competencia en las esferas reguladas por la presente Convención. Los miembros del Comité serán elegidos por los Estados Partes entre sus nacionales y ejercerán sus funciones a título personal, teniéndose debidamente en cuenta la distribución geográfica, así como los principales sistemas jurídicos.
3. Los miembros del Comité serán elegidos, en votación secreta, de una lista de personas designadas por los Estados Partes. Cada Estado Parte podrá designar a una persona escogida entre sus propios nacionales.
4. La elección inicial se celebrará a más tardar seis meses después de la entrada en vigor de la presente convención y ulteriormente cada dos años. Con cuatro meses, como mínimo, de antelación respecto de la fecha de cada elección, el Secretario General de las Naciones Unidas dirigirá una carga a los Estados Partes invitándolos a que presenten sus candidaturas en un plazo de dos meses. El Secretario General preparará después una lista en la que figurarán por orden alfabético todos los candidatos propuestos, con indicación de los Estados Partes que los hayan designado y la comunicará a los Estados Partes en la presente convención.
5. Las elecciones se celebrarán en una reunión de los Estados Partes convocada por el Secretario General en la Sede de las Naciones Unidas. En esa reunión, en la que la presencia de dos tercios de los Estados Partes constituirá quórum, las personas seleccionadas para formar parte del Comité serán aquellos candidatos que obtengan el mayor número de votos y una mayoría absoluta de los votos de los representantes de los Estados Partes presentes y volantes.
6. Los miembros del Comité serán elegidos por un período de cuatro años. Podrán ser reelegidos si se presenta de nuevo su candidatura. El mandato de cinco de los miembros elegidos en la primera elección expirará al cabo de dos años; inmediatamente después de efectuada la primera elección, el Presidente de la reunión en que ésta se celebre elegirá por sorteo los nombres de esos cinco miembros.
7. Si un miembro del Comité fallece o dimitte o declara que por cualquier otra causa no puede seguir desempeñando sus funciones en el Comité, el Estado Parte que propuso a ese miembro designará entre sus propios nacionales a otro experto para ejercer el mandato hasta su término, a reserva de la aprobación del Comité.
8. El Comité adoptará su propio reglamento.

9. El Comité elegirá su mesa por un período de dos años.
10. Las reuniones del Comité se celebrarán normalmente en la sede de las Naciones Unidas o en cualquier otro lugar conveniente que determine el Comité. El Comité se reunirá normalmente todos los años. La duración de las reuniones del Comité será determinada y revisada, si procediera, por una reunión de los Estados Partes en la presente convención, a reserva de la aprobación de la Asamblea General.
11. El Secretario General de las Naciones Unidas proporcionará el personal y los servicios necesarios para el desempeño eficaz de las funciones del Comité establecido en virtud de la presente Convención.
12. Previa aprobación de la Asamblea General, los miembros del Comité establecido en virtud de la presente convención recibirán emolumentos con cargo a los fondos de las Naciones Unidas, según las condiciones que la Asamblea pueda establecer.

Artículo 44

1. Los Estados Partes se comprometen a presentar al Comité, por conducto del Secretario General de las Naciones Unidas, informes sobre las medidas que hayan adoptado para dar efecto a los derechos reconocidos en la Convención y sobre el progreso que hayan realizado en cuanto al goce de esos derechos:
 - a) En el plazo de dos años a partir de la fecha en la que para cada Estado Parte haya entrado en vigor la presente Convención;
 - b) En lo sucesivo, cada cinco años.
2. Los informes preparados en virtud del presente artículo deberán indicar las circunstancias y dificultades, si las hubiere, que afecten el grado de cumplimiento de las obligaciones derivadas de la presente Convención. Deberán asimismo, contener información suficiente para que el Comité tenga cabal comprensión de la aplicación de la Convención en el país de que se trate.
3. Los Estados Partes que hayan presentado un informe inicial completo al Comité no necesitan repetir en sucesivos informes presentados de conformidad con lo dispuesto en el inciso b) del párrafo 1 del presente artículo la información básica presentada anteriormente.
4. El Comité podrá pedir a los Estados Partes más información relativa a la aplicación de la Convención.
5. El Comité presentará cada dos años a la Asamblea General de las Naciones Unidas, por conducto del Consejo Económico y Social, informes sobre sus actividades.
6. Los Estados Partes darán a sus informes una amplia difusión entre el público de sus países respectivos.

Artículo 45

Con objeto de fomentar la aplicación efectiva de la Convención y de estimular la cooperación internacional en la esfera regulada por la Convención:

- a) Los organismos especializados, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia y demás órganos de las Naciones Unidas tendrán derecho a estar representados en el examen de la aplicación de aquellas disposiciones de la presente Convención comprendidas en el ámbito de su mandato. El Comité podrá

invitar a los organismos especializados, al Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia y a otros órganos competentes que considere apropiados a que proporcionen asesoramiento especializado sobre la aplicación de la Convención en los sectores que son de incumbencia de sus respectivos mandatos. El Comité podrá invitar a los organismos especializados, al Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia y demás órganos de las Naciones Unidas a que presenten informes sobre la aplicación de aquellas disposiciones de la presente Convención comprendidas en el ámbito de sus actividades;

b) El Comité transmitirá, según estime conveniente, a los organismos especializados, al Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia y a otros órganos competentes, los informes de los Estados Partes que contengan una solicitud de asesoramiento o de asistencia técnica, o en los que se indique esa necesidad, junto con las observaciones y sugerencias del Comité, si las hubiere, acerca de esas solicitudes o indicaciones;

c) El Comité podrá recomendar a la Asamblea General que pida al Secretario General que efectúe, en su nombre, estudios sobre cuestiones concretas relativas a los derechos del niño;

d) El Comité podrá formular sugerencias y recomendaciones generales basadas en la información recibida en virtud de los artículos 44 y 45 de la presente Convención. Dichas sugerencias y recomendaciones generales deberán transmitirse a los Estados Partes interesados y notificarse a la Asamblea General, junto con los comentarios, si los hubiere, de los Estados Partes.

Artículo 46

La presente Convención estará abierta a la firma de todos los Estados.

Artículo 47

La presente Convención está sujeta a ratificación. Los instrumentos de ratificación se depositarán en poder del Secretario General de las Naciones Unidas.

Artículo 48

La presente Convención permanecerá abierta a la adhesión de cualquier Estado. Los instrumentos de adhesión se depositarán en poder del Secretario general de las Naciones Unidas.

Artículo 49

1. La presente Convención entrará en vigor el trigésimo día siguiente a la fecha en que haya sido depositado el vigésimo instrumento de ratificación o de adhesión en poder del Secretario General de las Naciones Unidas.

2. Para cada Estado que ratifique la Convención o se adhiera a ella después de haber sido depositado el vigésimo instrumento de ratificación o de adhesión, la Convención entrará en vigor el trigésimo día después del depósito por tal Estado de su instrumento de ratificación o adhesión.

Artículo 50

1. Todo Estado Parte podrá proponer una enmienda y depositarla en poder del Secretario General de las Naciones Unidas. El Secretario General comunicará la enmienda propuesta a los Estados Partes, pidiéndoles que le notifiquen si desean que se convoque una conferencia de Estados Partes con el fin de examinar la propuesta y someterla a votación. Si dentro de los cuatro meses siguientes a la fecha de esa notificación un tercio, al menos, de los Estados Partes se declara en favor de tal conferencia, el Secretario General convocará una conferencia con el auspicio de las Naciones Unidas. Toda enmienda adoptada por la mayoría de Estados Partes, presentes y votantes en la conferencia, será sometida por el Secretario General a la Asamblea General para su aprobación.

2. Toda enmienda adoptada de conformidad con el párrafo 1 del presente artículo entrará en vigor cuando haya sido aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas y aceptada por una mayoría de dos tercios de los Estados Partes.

3. Cuando las enmiendas entren en vigor serán obligatorias para los Estados Partes que las hayan aceptado, en tanto que los demás Estados Partes seguirán obligados por las disposiciones de la presente Convención y por las enmiendas anteriores que hayan aceptado.

Artículo 51

1. El Secretario General de las Naciones Unidas recibirá y comunicará a todos los Estados el texto de las reservas formuladas por los Estados en el momento de la ratificación o de la adhesión.

2. No se aceptará ninguna reserva incompatible con el objeto y el propósito de la presente Convención.

3. Toda reserva podrá ser retirada en cualquier momento por medio de una notificación hecha a ese efecto y dirigida al Secretario General de las Naciones Unidas, quien informará a todos los Estados. Esa notificación surtirá efecto en la fecha de su recepción por el Secretario General.

Artículo 52

Todo Estado Parte podrá denunciar la presente Convención mediante notificación hecha por escrito al Secretario General de las Naciones Unidas. La denuncia surtirá efecto un año después de la fecha en que la notificación haya sido recibida por el Secretario General.

Artículo 53

Se designa depositario de la presente Convención al Secretario General de las Naciones Unidas.

Artículo 54

El original de la presente Convención, cuyos textos en árabe, chino, español, francés, inglés, y ruso son igualmente auténticos, se depositará en poder del Secretario general de las Naciones Unidas.

En testimonio de lo cual, los infrascritos plenipotenciarios, debidamente autorizados para ello por sus respectivos gobiernos, han firmado la presente Convención.

ANEXO 5

Poder Legislativo / República Oriental del

CAPITULO VI

DE LA PROTECCIÓN A LA PRIMERA INFANCIA

Artículo 41.- Esta división tendrá a su cargo la protección del niño desde su nacimiento hasta los tres años, comprendiendo las siguientes secciones, sin perjuicio de las que pudieran agregarse:

1. La Casa del Niño con sus distintas reparticiones: cuna, crèche, oficina de nodrizas, escuela de niñeras diplomadas y cocina central.
2. Los consultorios gotas de leche.
3. Los albergues para niños menores de tres años.
4. Las casas-albergues para madres con niños pequeños.
5. Las cantinas maternas.

Art. 42.- El Consejo del Niño tendrá el control de todo menor durante los tres primeros años y lo ejercerá por intermedio de los Institutos de su dependencia en todos aquellos casos que lo considere necesario por la falta de vigilancia médica.

Art. 43.- Para la mejor realización de este cometido los Jueces de Paz pasarán semanalmente al Consejo del Niño o a los Comités Departamentales una relación de los nacimientos habidos durante ese período.

Art. 44.- La inscripción y concurrencia de los niños, que se encuentran en el caso del artículo 42, a los Servicios de Protección a la Infancia, es obligatoria, de acuerdo con la reglamentación pertinente.

Art. 45.- La colocación de nodrizas, o la venta de leche materna quedan sujetas a las siguientes restricciones:

1º. Sólo podrán ser nodrizas:

1. Las madres de niños mayores de seis meses.
2. Las madres, sin recursos, de niños sanos y bien desarrollados de más de tres meses, y a condición de que su hijo sea amamentando a pecho, por ella u otra mujer hasta la edad de seis meses como mínimo.
3. Las madres cuyo niño haya fallecido antes del tiempo a que se refiere el inciso a).

2º. En ningún caso una mujer podrá colocarse como nodriza, ni recibir niños para amamentar, sin haberso inscripto antes en el registro respectivo y sin haber sido autorizada por la oficina médica competente, siempre que la hubiera en la localidad.

3º. Toda nodriza que se coloque en forma clandestina y toda persona que reciba en su domicilio una nodriza no autorizada, serán pasibles de una multa de diez a cincuenta pesos, o prisión equivalente.

Art. 46.- A los efectos del cumplimiento del artículo anterior, se establecerán en todas las ciudades en las que funcionan servicios de protección a la infancia, oficinas para el examen médico de las nodrizas.

Art. 47.- Toda persona que reciba en su domicilio niños menores de tres años, extraños a su familia por un plazo mayor de 48 horas, para su alimentación y cuidados generales, está obligada a hacer la denuncia correspondientes dentro de un plazo de tres días, y a sujetarse a las disposiciones reglamentarias que se dicten.

Art. 48.- La entrega de niños huérfanos o indigentes, para ser colocados bajo tutela del Consejo del Niño, sólo procederá cuando sea conveniente para la salud física o moral del niño a solicitud del padre, de la madre o de la persona o institución a cuyo cargo se encuentre el niño.

Art. 49.- La admisión de niños en la Cuna, sólo se realizará por la oficina de admisión, con las reservas más rigurosas cuando se trate de causas de orden social o familiar.

Art. 50.- La admisión de niños de familias no indigentes se hará por excepción, quedando sometida a las restricciones que dicte el Consejo del Niño.

Art. 51.- Queda prohibida la separación de un niño menor de tres años del hogar al que pertenece para entregarlo a otra persona extraña a la familia, o para colocarlo en una institución sin la debida autorización de la oficina respectiva, dependiente del Servicio de protección a la infancia.

Art. 52.- Siempre que el mantenimiento del niño en el hogar resulte beneficioso para éste, se tratará de evitar su separación, mediante la concesión de un subsidio, de conformidad con los recursos disponibles y con la reglamentación que se establezca.

Art. 53.- Este subsidio podrá durar hasta un año y ser renovado hasta por un plazo igual en caso de absoluta necesidad.

Art. 54.- Siempre que razones poderosas hagan imposible la permanencia del niño con su madre, se procurará su colocación en un ambiente familiar, prefiriéndola a cualquier otra solución.

.....
Línea del niño de número
Montevideo, abril de 1998. Poder Legislativo.

ANEXO 6

ALGUNOS DE LOS RECURSOS CON LOS QUE CUENTA LA COMUNIDAD PARA ABORDAR EL MALTRATO

Existen en nuestro país diferentes grupos que están intentando realizar el esfuerzo de instrumentar políticas de acción en beneficio del niño:

1* Comité de <seguimiento de la Convención sobre los derechos del Niño..

2* Comité de Defensa de los derechos del Niño de la Sociedad de Pediatría, integrada por Pediatra, Asistente Social y recursos de psiquiatría de la clínica del Hospital Pereira Rossell y de la comunidad.

3* Grupo ANIMA (ONG), que realiza seguimiento de niños y familias con maltrato una vez dada el alta hospitalaria.

4* Centro de Atención al Niño Maltratado.

5* Red de Organizaciones No Gubernamentales de Atención a la Infancia y Juventud Carente a la cual abarca a más de 150 instituciones privadas.

De acuerdo a los servicios que estas ONG brindan están agrupadas en 4 sectores.

-GUARDERIAS. Están abocadas a las tareas educativas propias de los niños preescolares.

-CENTROS DE CAPACITACION. Son aquellas instituciones que realizan actividades educativo - recreativas así como de capacitación laboral.

-HOGARES. Atienden a niños y jóvenes abandonados, brindándoles toda la atención inherente a un hogar.

-COMEDORES. Estos brindan el alimento a niños y jóvenes de barrios marginales, ya sea almuerzos o meriendas.

6* Instituto Nacional del Menor (INAME).

7* Departamento de Línea Azul del INAME.

Teléfono 08005050. Abocado a la recepción de denuncias de forma reservada y confidencial. La llamada es sin cargo y puede realizarse desde teléfonos públicos.