

## **PROTOCOLO PARA LA DETECCIÓN E INTERVENCIÓN EN SITUACIONES DE MALTRATO INFANTIL DESDE EL SISTEMA DE SALUD**

Según un estudio reciente de la OMS, el impacto del abuso sexual en la infancia explica aproximadamente un 6% de los casos de depresión, un 6% de los casos de abuso/dependencia del alcohol y las drogas, un 8% de los intentos de suicidio, un 10% de los casos de trastorno de pánico y un 27% de los casos de trastorno de estrés postraumático, comportamientos y factores de riesgo que pueden contribuir a algunas de las principales causas de muerte, enfermedad y discapacidad.

Lo que ocurre en la infancia sigue teniendo importantes efectos 30, 40 e incluso 50 años más tarde. Las depresiones crónicas; el abuso de drogas; somatizaciones; el embarazo no deseado; la repitencia de conductas violentas aprendidas, etc. son solo algunas de las secuelas del maltrato infantil. Pero estas relaciones quedan ocultas por el tiempo, la vergüenza, el secreto y los tabúes sociales que impiden comentar estos temas.

Estas consecuencias persistentes ocultas significan que todos los gobiernos están gastando ya una proporción considerable de sus presupuestos sanitarios en el tratamiento de las consecuencias del maltrato, cuando esos recursos serían mucho más eficaces si se emplearan en la prevención.

Según el Estudio del Secretario General de las Naciones Unidas sobre la violencia contra los niños, publicado recientemente, gran parte de la violencia sufrida por los menores de 14 años ocurre en el hogar, a manos de sus padres, cuidadores y familiares. Las consecuencias de esta violencia ponen en peligro su salud y desarrollo, y pueden perdurar hasta la edad adulta, teniendo efectos negativos sobre la salud y aumentando el riesgo de que sufran o cometan ellos mismos nuevos actos de violencia.

Los informes de los países que figuran en ese estudio revelan que, en comparación con los niños mayores, los menores de 10 años corren un riesgo significativamente mayor de sufrir violencia a manos de familiares y personas cercanas a la familia. El estudio también refleja las estimaciones de la OMS según las cuales hay en el mundo 73 millones de niños y 150 millones de niñas menores de 18 años que sufren violencia sexual en forma de tocamientos y relaciones sexuales forzadas.

El maltrato infantil sigue presente en la realidad de nuestra sociedad, a pesar del derecho a los niños a una protección que garantice su desarrollo integral como personas en el seno de la familia.

Es un tema de derechos humanos que afecta a la salud, pues atenta contra la integridad física y psíquica de la persona. Pero en el caso de la infancia se da la circunstancia de indefensión que, además de hacerla más aborrecible, nos impele a tomar medidas de protección y destinar recursos a programas de intervención para su erradicación, desarrollando acciones para la detección, asistencia y notificación de maltrato hacia la infancia.

La erradicación de la violencia contra la infancia requiere la implicación de toda la sociedad y especialmente, de los poderes públicos. En este contexto, la actuación de los profesionales de la salud representa un elemento clave en la prevención y detección de este grave problema.

El Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires es consciente de la trascendencia que el sistema de salud tiene en la atención a los menores víctimas de la violencia; de las posibles implicaciones judiciales de la actuación de sus profesionales; de su papel facilitando el acceso a otros recursos y dispositivos no sanitarios, y de la importancia de proteger la intimidad de la víctima.

Este Protocolo para la Detección, Asistencia y Notificación del Maltrato Infantil es otro paso en el abordaje interdisciplinario para la asistencia efectiva, en colaboración, complementariedad y reconocimiento constructivo entre los distintos ámbitos que intervienen en la atención a la infancia.

Con este documento se pretende asesorar a quienes en su labor diaria pueden intervenir en la detección, cuidados, información y apoyo a las/os niñas/os y adolescentes víctimas de malos tratos.

El objetivo fundamental es ofrecer una atención sanitaria integral y unificar las actuaciones de los profesionales.

## **OBJETIVOS**

Los objetivos específicos que se pretenden alcanzar con esta guía son:

1. Sensibilizar y motivar a los profesionales del ámbito sanitario sobre su papel en la prevención, detección y asistencia del maltrato infantil.
2. Clarificar y unificar los conceptos básicos más importantes sobre maltrato infantil: definición, tipologías, indicadores, etc.
3. Facilitar los procesos de detección y notificación, indicando cuándo, cómo y a quién debe comunicarse la situación observada.
4. Promover actuaciones coordinadas entre las diferentes instituciones implicadas en la atención a esta población.

## **Conceptos Generales**

### **DEFINICIÓN DE MALTRATO INFANTIL**

"Consideramos maltrato infantil cualquier daño físico o psicológico no accidental contra un menor, ocasionado por sus padres o cuidadores, que ocurre como resultado de acciones físicas, sexuales o emocionales de omisión o comisión y que amenazan el desarrollo normal, tanto físico como psicológico del niño." (Gracia Fuster y Misitu Ochoa, 1993)

El maltrato a la infancia puede producirse en diferentes contextos (violencia en las aulas, maltrato entre iguales, violencia ejercida por personas ajenas a la familia del menor.).

Este documento aborda la detección y notificación del maltrato que se produce en un contexto intrafamiliar.

El maltrato infantil en el contexto familiar es el más frecuente. Por otra parte, el tipo de relación que el profesional sanitario puede observar desde su consulta es la de los cuidadores con los niños.

Hablar de maltrato infantil implica definir:

1. Factores de riesgo
2. Señales de alerta
3. Tipología de maltrato
4. Gravedad
5. Indicadores de maltrato.

## **1. FACTORES DE RIESGO**

Los factores de riesgo hacen referencia a la presencia o ausencia de determinadas condiciones en la vida del niño/a o su entorno, que aumentan la posibilidad de que aparezcan conductas o situaciones de maltrato.

No existe una situación de maltrato sino factores personales y/o sociofamiliares que pueden precipitar la situación de maltrato

Los factores de riesgo por sí solos NUNCA PRUEBAN la existencia de malos tratos, sólo PREDICEN la probabilidad de que aparezcan.

La siguiente tabla muestra algunos de los factores de riesgo que pueden detectarse desde el ámbito sanitario:

### **EN EL NIÑO**

- Nacimiento prematuro.
- Bajo peso al nacer.
- Hijo no deseado.
- Déficit físico y/o psíquico, que conlleva que el niño no cumpla satisfactoriamente las actividades propias de su edad.
- Problemas médicos crónicos o retrasos en el desarrollo.
- Problemas de conducta (llanto incontenible, sueño irregular, dificultad para seguir órdenes, para alimentarse, hiperactividad, etc.)
- Apego especial hacia los adultos.
- Aislamiento emocional.

### **FAMILIARES Y AMBIENTALES**

- Historia de malos tratos en la infancia en uno o ambos padres.
- Falta de habilidades para la crianza del niño.
- Expectativas inapropiadas con la edad del niño.
- Trastornos emocionales, mentales o físicos en uno o ambos padres.
- Estilo de disciplina excesivamente laxo u punitivo.

- Abuso o dependencia (drogas, alcohol, juego.)
- Historia de conducta violenta, antisocial o delictiva.
- Múltiples problemas en la convivencia de la pareja.
- Carencia de condiciones básicas de habitabilidad del hogar.
- Valores y actitudes negativas hacia la infancia, la mujer y la paternidad.
- Falta de apoyo social.
- Falta de capacidad empática.
- Baja tolerancia al estrés.

## **2. SEÑALES DE ALERTA**

Las señales de alerta son signos o síntomas de disfuncionalidad o anomalía en el desarrollo físico y/o psíquico del niño, que no corresponden con el momento evolutivo del mismo y que no responden a causas orgánicas.

Indican que algo sucede y que el niño está somatizando su afección.

Obviamente, estos síntomas no dicen nada por sí mismos si se presentan de manera aislada y de forma puntual. Pasan a ser señales de alerta cuando:

- Van asociados (existe más de un síntoma) y/o
- Son persistentes.

Las señales de alerta NO PRUEBAN una situación de maltrato, ya que pueden aparecer como síntomas de otras circunstancias, pero sí que identifican la necesidad de intervenir.

Lo que sí nos indicaría la posibilidad de existencia de una situación de maltrato infantil es la actitud de los padres y/o responsables del niño ante la intervención de los profesionales de la salud. Si ante una señal de alerta, la actitud de los padres no es de solicitud, de apoyo o de colaboración ante la propuesta de intervención sino de indiferencia, rechazo u omisión de las indicaciones de la intervención, podemos pensar en una posible situación de maltrato infantil.

La siguiente tabla muestra los tipos de señales de alerta ante los que el profesional debe reaccionar para descartar (o no) la existencia de una posible situación de maltrato:

<b>LACTANTE Y PREESCOLAR</b>	<b>EN EDAD ESCOLAR</b>
* Trastorno de la alimentación.	* Dificultades escolares.
* Trastorno del sueño.	* Trastornos de la comunicación y la relación.
* Trastorno de la conducta.	* Trastornos de la conducta.
* Miedo y fobias leves.	* Trastornos por ansiedad.
* Anomalías en el juego.	* Trastornos del estado de ánimo.
* Retraso del desarrollo psicomotor.	* Manifestaciones somáticas.
	* Trastornos del comportamiento alimentario.
	* Abuso de sustancias tóxicas en adolescentes.
	* Trastornos psicóticos.

### **3. TIPOLOGÍA DEL MALTRATO**

Son las diferentes manifestaciones del Maltrato Infantil.

En función de las características del maltrato, de la actitud de los padres / tutores y de las repercusiones que se producen sobre el niño, el Maltrato Infantil se clasifica a través de diferentes manifestaciones.

La tipología que se muestra corresponde a la empleada en la práctica profesional, y es la que recoge de forma más ajustada los casos que se detectan en la población infantil. Hay que tener siempre presente que estas categorías son un acuerdo arbitrario y no son excluyentes.

Se ha añadido el síndrome de Munchausen, que inicialmente no está contemplado en la tipología de maltrato utilizada por los servicios competentes, por ser un maltrato que se detecta principalmente desde el ámbito sanitario.

Los tipos de maltrato infantil que se contemplan en este documento son los que se mencionan a continuación. Más adelante se hará una descripción de ellos.

- ➔ Maltrato físico.
- ➔ Maltrato emocional.
- ➔ Negligencia física.
- ➔ Negligencia emocional.
- ➔ Abuso sexual.
- ➔ Explotación laboral o mendicidad.
- ➔ Corrupción

- ➔ Abandono
- ➔ Síndrome de Münchausen por poderes.
- ➔ Secuestro y sustitución de identidad.
- ➔ Maltrato institucional
- ➔ Ritualismo

#### **4. GRAVEDAD DEL MALTRATO**

En función de su gravedad el maltrato puede clasificarse en leve, moderado o severo.

La valoración de la gravedad de un maltrato se puede definir por:

1. La cercanía afectiva/familiar/ambiental del agresor/a que ha provocado el maltrato.
2. El tipo de lesiones y secuelas del maltrato en el niño/a.
3. Si se trata de un hecho aislado o de una situación repetida.
4. La posibilidad de autoprotección del propio niño/a o lo que es lo mismo, la existencia de factores de vulnerabilidad tales como:
  - La corta edad del niño/a.
  - Las limitaciones personales (discapacidad física y/o psíquica).
5. La inexistencia de factores protectores externos:
  - Inexistencia de adultos cercanos que puedan protegerlo o que tengan capacidad para ello.
  - Dificultad de acceso del niño a recursos sociales, bien por la limitación que implica su edad, bien por la prohibición de los cuidadores de acceder a ellos.

#### **5. INDICADORES DE MALTRATO**

Son signos objetivos que se asocian a una manifestación concreta del Maltrato Infantil.

Cada manifestación o tipología de maltrato infantil tiene asociado un conjunto de indicadores que lo definen y que, a su vez, pueden clasificar el maltrato en leve, moderado o severo, en función de la gravedad del mismo.

Así mismo, los indicadores de maltrato infantil tienen peculiaridades distintas en función del entorno desde el que se detecten.

La frecuencia de las manifestaciones, cómo y con quién se producen son datos que habrá que tener en cuenta a la hora de considerar un posible caso de maltrato infantil.

##### **1. Maltrato físico**

«Cualquier acción no accidental por parte de los padres/tutores que provoque daño físico o enfermedad en el niño o le coloque en grave riesgo de padecerlo».

Los indicadores más frecuentes dentro de esta tipología son:

- Lesiones cutáneo-mucosas
- Lesiones oculares
- Quemaduras
- Lesiones osteo-articulares
- Traumatismo de cráneo
- Lesiones genitales y anales
- Intoxicaciones
- Mordeduras
- Lesiones viscerales
- Estrangulación o asfixia
- Alopecias traumáticas

## **2. Maltrato emocional**

«Hostilidad verbal crónica en forma de insulto, burla, desprecio, crítica y amenaza de abandono, y constante bloqueo de las iniciativas de interacción infantiles (desde la evitación hasta el encierro) por parte de cualquier miembro adulto del grupo familiar».

Los tipos de conducta que comprende esta tipología de maltrato son:

- Rechazo: el relato que los padres hacen de su hijo implica un menosprecio, una descalificación. Uso de sobrenombres humillantes.
- Atemorizar: amenazar al niño/a continuamente con castigos o exigiendo objetivos inalcanzables con amenaza de castigo por no alcanzarlos.
- Aislamiento: privar al niño de las oportunidades para establecer relaciones sociales.
  - Niñas/os testigos de violencia familiar
  - Comunicación ambigua, con uso del doble mensaje.

## **3. Negligencia física**

«Las necesidades físicas básicas del niño (alimentación, vestido, higiene, educación, protección y vigilancia en las situaciones potencialmente peligrosas, y/o cuidados médicos) no son atendidas temporal o permanentemente por ningún miembro del grupo que convive con el niño».

Los indicadores más habituales en esta tipología de maltrato son:

- Alimentación inadecuada o insuficiente
- Vestuario inadecuado al tiempo atmosférico.
- Escasa higiene corporal.
- Ausencia o retraso en la atención médica.
- Falta de supervisión de un adulto.
- Condiciones higiénicas y de seguridad del hogar peligrosas.
- Inasistencia injustificada y repetida a la escuela.

#### **4. Negligencia emocional**

«Falta persistente de respuesta a las señales, (llanto, sonrisas) expresiones emocionales y conductas procuradoras de proximidad e interacción iniciadas por el niño; y falta de iniciativa de interacción y contacto, por parte de una figura adulta estable».

Los tipos de conducta más frecuentes que comprende la negligencia emocional son:

- Ignorar: ausencia total de disponibilidad de los progenitores o cuidadores hacia el niño/a.
- Desconocer las actividades cotidianas de la/el niña/o, con quién está o se relaciona y/o a qué lugares concurre.
- Justificar ese abandono por supuestas "dificultades" presentadas por el la/el niña/o. Los progenitores afirman que "no saben qué hacer".
- Rechazo o retraso de atención psicológica, de iniciar un tratamiento de algún problema emocional o conductual del niño, existiendo acceso a un recurso.
- Carencia de respuestas o iniciativas ante conductas de apego, o apoyo hacia la/el niña/o
- Ausencia de responsabilidades parentales.

#### **5. Abuso sexual**

«Cualquier clase de contacto sexual de un adulto con un niño, donde el primero posee una posición de poder o autoridad sobre el niño».

El niño puede ser utilizado para la realización de actos sexuales o como objeto de estimulación sexual.

Los tipos de conducta que comprende son:

En función de la relación entre la víctima y el abusador:

- Incesto.
- Violación. En función del tipo de contacto sexual
- Abuso sexual sin contacto físico.
- Abuso sexual con contacto

Algunos indicadores que señalarían este tipo de maltrato son:

- Comportamientos y discursos sexuales que no están de acuerdo a su edad
- Presencia de enfermedades venéreas
- Ropa interior ensangrentada o rota
- Dolor en zona genital
- Embarazo temprano
- Dificultades para relacionarse con sus pares

## 6. Explotación laboral

«Los padres/tutores asignan al niño con carácter obligatorio la realización continuada de trabajos (domésticos o no) que: (a) exceden los límites de lo habitual, (b) deberían ser realizados por adultos, (c) interfieren de manera clara en las actividades y necesidades sociales y/o escolares del niño, y (d) son asignados al niño con el objetivo fundamental de obtener un beneficio económico o similar para los padres o la estructura familiar».

Cualquier actividad que el/la niño/a realiza en la calle, estaciones de trenes, ventas ambulantes varias, y que lo colocan en situaciones de riesgo de ser abusada/o o ser víctima de accidentes

## 7. Corrupción

«Los adultos promueven o refuerzan en el niño conductas desviadas incapacitándole para experiencias sociales normales. El hogar en el que vive el niño constituye un modelo de vida inadecuado para su normal desarrollo, por contener pautas antisociales, delictivas o autodestructivas».

Los tipos de conducta que comprende son:

- Conductas delictivas, como testigo o participante
- Tráfico de drogas.
- Consumo de drogas.
- Comportamientos autodestructivos o violentos.
- Pornografía infantil.
- Prostitución infantil

## 8. Abandono

«Delegación total de los padres/tutores del cuidado del niño en otras personas, con desaparición física y desentendimiento completo de la compañía y cuidado del niño».

## 9. Síndrome de Munchausen por poderes

«Los padres o cuidadores simulan enfermedades en el niño al que someten a continuas exploraciones médicas, suministro de medicamentos o ingresos hospitalarios, alegando síntomas ficticios o generados de manera activa por la persona adulta (ej.: mediante la administración de sustancias al niño o niña)».

Los indicadores más frecuentes en esta tipología son:

- Signos clínicos persistentes de causa inexplicable.
- Discordancia entre la historia y las manifestaciones clínicas.
- Padres que inventan enfermedades sin signos clínicos verificables
- Madre/padre con historia psiquiátrica o con antecedentes de padecer el

Síndrome de Munchausen

- Cambios constantes de los lugares de atención

## 10. Secuestro y sustitución de identidad

Se refiere a los casos en los que el menor fue separado de su madre ni bien nació, para ser entregado a personal policial, a personas relacionadas con los secuestradores, a personas que realizan adopciones ilegales, para venta de recién nacidos y/o a organizaciones que se dedican a esas actividades, negando su identidad y la posibilidad de volver con su familia de origen. Asimismo incluye a los menores secuestrados con sus padres y entregados a otros sujetos no familiares.

## 11. Maltrato institucional

Se entiende por maltrato institucional a cualquier legislación, procedimiento, actuación u omisión procedente de los poderes públicos o bien derivada de la actuación individual de los profesionales que comporte abuso, negligencia, detrimento de la salud, la seguridad, el estado emocional, el bienestar físico, la correcta maduración o que viole los derechos básicos de la/el niña/o". (Martínez Roig, 1989).

## 12. Ritualismo

Se obliga a las niñas/os a participar en rituales, ceremonias o prácticas religiosas donde se somete a los/las niños/as a diferentes formas de abuso.

Los indicadores más frecuentes en esta tipología son:

- Pertenencia de la familia a sectas o cultos no reconocidos socialmente
- Relato de creencias y rituales extraños que involucren el cuerpo o la psiquis de la/el niña/o
- Someterlo a prácticas de purificación "alimenticias" ó "excretoras",
- Utilización del niño/a en prácticas de tipo sexual bajo formas justificadas como "religiosas",
- Impedimento de participación social y comunitaria. Aislamiento

## INDICADORES MÁS HABITUALES DE MALTRATO INFANTIL EN EL ÁMBITO SANITARIO

### Indicadores en el niño

- ☛ Cicatrices, heridas, quemaduras que aparecen repetidamente o que en la exploración observamos que están en distinta fase evolutiva.
- ☛ Dolores recurrentes a los que no se encuentra causa evidente (somatizaciones).
- ☛ Ausencia de los cuidados médicos básicos.
- ☛ Comentarios del niño/a sobre falta de alimentación, de cuidados, etc.
- ☛ Niños/as que están sucios, con falta de higiene corporal, vestidos en forma inadecuada de acuerdo a la climatología.
- ☛ Pudor inexplicable en la exploración física, sobre todo en la genital.
- ☛ Miedo irracional a la revisión.

- ☛ Durante la revisión, demostración de conocimientos inapropiados para su edad, o conducta sexual explícita.
- ☛ Actitud excesivamente vigilante.
- ☛ Excesiva facilidad para adaptarse a la hospitalización. Hospitalismo inverso: el niño o niña, antes retraído y taciturno, durante el ingreso se muestra cariñoso, alegre, y con aparición de juego espontáneo.

### **Indicadores en los padres**

- ☛ Padres que imposibilitan el conocimiento de la vida familiar.
- ☛ Los datos que aportan a la anamnesis son vagos, difusos o se contradicen.
- ☛ Que ocultan traumatismos previos y luego se constatan a través de rayos X.
- ☛ Impedimento por parte de los padres para desvestir o examinar al niño/a.
- ☛ Que no cumplen los tratamientos prescritos al niño/a. El seguimiento de las patologías tanto agudas como crónicas es inadecuado.
- ☛ No acuden a las citas médicas.
- ☛ Cuando el menor es hospitalizado se le abandona en el centro sin causa justificada, y las visitas son infrecuentes y cortas.
- ☛ En el momento del alta no aparecen los padres.
- ☛ En ocasiones se insiste en el ingreso del niño/a sin motivo médico.
- ☛ Presencia repetida del niño/a y su familia en el centro de salud, aparentemente sin justificación.
- ☛ Consultas sin motivos.
- ☛ Incapacidad o negativa a aportar informes de ingresos previos.
- ☛ Cambios de médico frecuentes.
- ☛ Retraso en acudir a los servicios sanitarios.

## **ELCONCEPTO DE URGENCIA EN LA PROTECCIÓN DEL NIÑO/A MALTRATADO/A**

Pediatras y personal de enfermería se encuentran en una posición favorable para detectar niños en situación de riesgo, colaborar en la intervención protectora de la población general y realizar actividades preventivas en niños considerados de riesgo.

Tanto la prevención como la detección y la intervención de urgencia se deberían desarrollar en los servicios de salud y educativos, que trabajando articuladamente tendrán que intervenir oportuna y adecuadamente para disminuir los efectos y prevenir las causas de este problema endémico.

Las investigaciones realizadas sobre Maltrato Infantil han demostrado que una característica que se observa en cualquier población infantil es la reiteración del maltrato. Un 97,1% de los expedientes estudiados son de niños con abuso reiterado.

En cualquier momento de la atención sanitaria prestada al niño/a puede ocurrir que se observen hechos o se recojan datos que lleven al profesional a plantearse la necesidad de una actuación protectora de urgencia. Y esto, al margen del nivel de gravedad valorado en la situación.

Para que una situación se considere URGENTE se deben dar los siguientes criterios:

- Que la salud o seguridad básicas del niño se encuentren seria y directamente amenazadas como consecuencia de la acción u omisión de los padres o cuidadores.

y/o

- Que no exista una figura familiar o de apego que pueda hacerse cargo o proteger al menor.

Como ya se ha expuesto anteriormente, la valoración de la GRAVEDAD de un maltrato se puede definir por:

- La cercanía en el tiempo del incidente que ha provocado el maltrato.
- Los efectos del maltrato en el niño.
- Si se trata de un hecho aislado o de una situación repetida.
- La posibilidad de autoprotección del propio niño o lo que es lo mismo, la existencia de factores de vulnerabilidad tales como:
  - La corta edad del niño.
  - Las limitaciones personales (discapacidad física y/o psíquica).
  - La inexistencia de factores protectores externos:
    - Inexistencia de adultos cercanos que puedan protegerlo o que tengan capacidad para ello.
    - Dificultad de acceso del niño a recursos sociales, bien por la limitación que implica su edad, bien por la prohibición de los cuidadores de acceder a ellos.

Hay que tener en cuenta que no toda situación GRAVE conlleva la necesidad de una actuación de PROTECCIÓN URGENTE.

Toda situación o sospecha de maltrato requiere una actuación inmediata del profesional pero sólo en las situaciones URGENTES se requiere una protección inmediata del menor.

## **MARCO LEGISLATIVO NORMATIVA BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES**

Además de existir razones sociales y éticas que nos hacen responsables a todos los ciudadanos en la protección infantil, existen razones legales que establecen el deber y la obligación de detectar y comunicar cualquier situación que afecte al bienestar de las niñas, niños y adolescentes.

## **NORMATIVA INTERNACIONAL**

Tanto la «Declaración de los Derechos del Niño de 1959», como la «Convención de los Derechos del Niño de 1989», contemplan el derecho de los niños a ser protegidos contra toda forma de abandono, crueldad y explotación, reafirmando la necesidad de proporcionarles cuidado y asistencia especiales por razón de su vulnerabilidad.

## **NORMATIVA NACIONAL**

La Convención de los Derechos del Niño está incorporada a la Constitución Nacional desde el año 1994. Los artículos relacionados directamente con el tema que nos ocupa son los siguientes:

Artículo 3.

Inc.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.

Inc.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 12

Inc.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.

Inc.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 procedimiento de la ley nacional.

Artículo 19

Inc.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 encuentre bajo la custodia de los padres, de un representante legal o de cualquier otra persona que lo tenga a su cargo.

Inc.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.

## **LEY DE PROTECCION INTEGRAL DE LOS DERECHOS DE LAS NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES Nº 26.061**

Artículo 14. Derecho a la salud. Los Organismos del Estado deben garantizar:

a) El acceso a servicios de salud, respetando las pautas familiares y culturales reconocidas por la familia y la comunidad a la que pertenecen siempre que no constituyan peligro para su vida e integridad;

- b) Programas de asistencia integral, rehabilitación e integración;
- c) Programas de atención, orientación y asistencia dirigidos a su familia;
- d) Campañas permanentes de difusión y promoción de sus derechos dirigidas a la comunidad a través de los medios de comunicación social.

Toda institución de salud deberá atender prioritariamente a las niñas, niños y adolescentes y mujeres embarazadas.

Las niñas, niños y adolescentes tienen derecho a la atención integral de su salud, a recibir la asistencia médica necesaria y a acceder en igualdad de oportunidades a los servicios y acciones de prevención, promoción, información, protección, diagnóstico precoz, tratamiento oportuno y recuperación de la salud.

Artículo 30. Deber de comunicar. Los miembros de los establecimientos educativos y de salud, públicos o privados y todo agente o funcionario público que tuviere conocimiento de la vulneración de derechos de las niñas, niños o adolescentes, deberá comunicar dicha circunstancia ante la autoridad administrativa de protección de derechos en el ámbito local, bajo apercibimiento de incurrir en responsabilidad por dicha omisión.

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

## **NORMATIVA PROVINCIAL**

### **LEY DE VIOLENCIA FAMILIAR. Nº 12.569/01**

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

La denuncia deberá formularse inmediatamente.

En caso de que las personas mencionadas precedentemente incumplan con la obligación establecida, el Juez o Tribunal interviniente deberá citarlos de oficio a la causa, además podrá imponerles una multa y, en caso de corresponder, remitirá los antecedentes al fuero penal.

Artículo 20° (parte). El Poder Ejecutivo arbitrará los medios y los recursos necesarios para el cumplimiento de los siguientes objetivos.

Articulación de las políticas de prevención, atención y tratamiento de las Víctimas de violencia familiar.

Crear en todos los centros de salud dependientes de la Provincia, equipos multidisciplinarios de atención de niños y adolescentes víctimas y sus familias, compuestos por un médico infantil, un psicólogo y un asistente social con formación especializada en este tipo de problemáticas. Invitar a los municipios a generar equipos semejantes en los efectores de salud de su dependencia.

Incentivar grupos de autoayuda familiar, con asistencia de profesionales expertos en el tema.

Capacitar en todo el ámbito de la Provincia, a los agentes de salud.

Art. 21° Las normas procesales establecidas en esta Ley serán de aplicación, en lo pertinente a los casos contemplados en el artículo 1°, aun cuando surja la posible Comisión de un delito de acción pública o dependiente de instancia privada.

Cuando las víctimas fueren menores o incapaces, se estará a lo dispuesto en el artículo 4° de la presente.

## **LEY DE LA PROMOCIÓN Y PROTECCIÓN INTEGRAL DE LOS DERECHOS DE LOS NIÑOS Nº 13.298/05**

Art.4 Se entiende por interés superior del niño la máxima satisfacción integral y simultánea de sus derechos en un marco de libertad, respeto y dignidad, para lograr el desenvolvimiento de sus potencialidades y el despliegue integral y armónico de su personalidad.

Para determinar el interés superior del niño, en una situación concreta, se debe apreciar:

- a) La condición específica de los niños como sujetos de derecho.
- b) La opinión de los niños de acuerdo a su desarrollo psicofísico.
- c) La necesidad de equilibrio entre los derechos y garantías de los niños, y sus deberes.
- d) La necesidad de equilibrio entre los derechos y garantías de los niños, y las exigencias de una sociedad justa y democrática.

En aplicación del principio del interés superior del niño, cuando exista conflicto entre los derechos e intereses de todos los niños, frente a otros derechos e intereses igualmente legítimos, prevalecerán los primeros.

Art.18 En cada municipio la Autoridad de Aplicación debe establecer órganos desconcentrados denominados Servicios Locales de Protección de Derechos. Serán unidades técnico operativas con una o más sedes, desempeñando las funciones de facilitar que el niño que tenga amenazados o violados sus derechos, pueda acceder a los programas y planes disponibles en su comunidad. En los casos en que la problemática presentada admita una solución rápida y que se pueda efectivizar con recursos propios, la ayuda se podrá efectuar en forma directa.

Les corresponderá a estos servicios buscar la alternativa que evite la separación del niño de su familia o de las personas encargadas de su cuidado personal, aportando directamente las soluciones apropiadas para superar la situación que amenaza con provocar la separación.

Art.19 Los Servicios Locales de Protección de los derechos del niño tendrán las siguientes funciones:

- a) Ejecutar los programas, planes, servicios y toda otra acción que tienda a prevenir, asistir, proteger, y/o restablecer los derechos del niño.
- b) Recibir denuncias e intervenir de oficio ante el conocimiento de la posible existencia de violación o amenaza en el ejercicio de los derechos del niño.
- c) Propiciar y ejecutar alternativas tendientes a evitar la separación del niño de su familia y/o guardadores y/o de quien tenga a su cargo su cuidado o atención.

Art.37 Cuando un niño sufra amenaza o violación de sus derechos y/o sea víctima de delito, sus familiares, responsables, allegados, o terceros que tengan conocimiento de tal situación, solicitarán ante los Servicios Locales de Promoción y Protección de Derechos el resguardo o restablecimiento de los derechos afectados.

En el supuesto que se formule denuncia por ante la autoridad policial, ésta deberá ponerla de inmediato en conocimiento del Servicio de Promoción y Protección Local.

Art.67 Deróganse el Decreto-Ley 10.067/83 y la Ley 12.607, así como toda norma que se oponga a la presente.

## **DECRETO 300/05 REGLAMENTARIO DE LA LEY 13.298.**

Art. 20

Inc.20.2. - Días y Horarios de funcionamiento de los Servicios Locales de Promoción y Protección de Derechos:

Los Servicios atenderán al público los días hábiles de 8:00 a 14:00 hs. Fuera de dicho horario y los días inhábiles, deberán constituir una guardia pasiva con capacidad operativa suficiente como para poder dar respuesta efectiva a las situaciones que requieran inmediata atención. A estos efectos deberá ponerse en funcionamiento una línea telefónica gratuita de atención las 24 hs. En situaciones particulares de acuerdo a las características del lugar y las necesidades de su población, y con la debida fundamentación, los Servicios Locales de Protección de Derechos podrán modificar su horario de atención.

Art.35

Inc.35.5 - Para la inclusión y permanencia temporal del niño en entidades de atención a la salud, el servicio local de protección de derechos solicitará la intervención de profesionales especializados del ámbito de la salud pública.

## **CÓDIGOS DEONTOLÓGICOS Y DE ÉTICA PROFESIONAL**

Contemplan la obligación de intervenir ante los casos de maltrato infantil que se observen en el ejercicio del rol profesional.

## **El papel de los profesionales del sistema de salud QUÉ HACER**

### **CONSIDERACIONES GENERALES**

La detección de una situación de maltrato infantil es un proceso complejo que suscita dudas e interrogantes en el profesional sanitario. No es fácil detectar el maltrato infantil, tampoco es fácil la intervención. Sin embargo, cuanto antes se detecte la situación de Maltrato Infantil, mejores serán los resultados de la actuación que posteriormente se realice. En muy pocos casos se tiene la certeza de una situación de maltrato y en un número menor de situaciones se piensa en el daño o perjuicio añadido que se puede causar al niño y/o a su familia con nuestra intervención.

En este apartado, y siendo conscientes de la complejidad y dificultad, no pretendemos dar respuestas exactas. No las hay. Pero sí se pretende orientar al profesional sanitario en el qué hacer y en el cómo hacer cuando se ve confrontado en su práctica profesional con este tipo de situaciones.

A modo de recordatorio de los capítulos previos, algunas de las orientaciones que podemos enmarcar en «una buena práctica» dentro de éste tema son:

### **1. Dudas comunes:**

. Tener dudas e interrogantes ante la presencia de una situación de maltrato infantil es algo normal. Lo importante es no obviar la situación y buscar el soporte necesario para intervenir.

. En este sentido es importante pensar la intervención desde una perspectiva de equipo interdisciplinario, buscando el apoyo y orientación de profesionales cercanos o responsables directos.

. La protección al niño/a y adolescente ante una situación de maltrato es «cosa de todos».

Los profesionales del ámbito sanitario tienen mucho que decir y hacer en éste tema. Es muy importante el trabajo interinstitucional, o sea la colaboración entre instituciones en la detección, notificación e intervención ante el maltrato infantil.

. Una barrera que se le presenta al profesional ante una situación de maltrato es el miedo que le suscita el pensar que la familia va a enterarse de que es él/ella el que ha realizado la notificación. En este sentido, es el equipo quien informa conjuntamente a la autoridad competente y está avalado por esta resolución ministerial.

. Es importante pensar en el maltrato infantil como en un problema complejo que requiere sobretodo de intervención profesional. Pensar en el maltrato infantil como algo imposible de modificar y como un comportamiento a castigar coloca al profesional en una actitud de enfrentamiento y agresividad frente a la familia.

### **2. Cómo pensar el Maltrato Infantil y su abordaje:**

. Intervenir no es sinónimo de derivar. La intervención conlleva la implicación técnica del profesional quién de forma coordinada e interdisciplinaria colaborará para reducir y/o evitar el maltrato, y en su caso, proteger al menor de una situación perjudicial para su salud física y emocional. Intervenir no debe asociarse unilateralmente con derivar al niño de un sitio a otro y someterlo a exploraciones y valoraciones excesivas.

. La producción de un informe sobre las lesiones no es la única intervención a realizar ante la detección de una situación de maltrato infantil. La protección de la víctima, del niño, es responsabilidad de todos los sistemas de protección por eso se debe informar debidamente a quien corresponda.

. Hablar con la/el niño/a, escucharlo y tener en cuenta su opinión y sus deseos suele ser orientador a la hora de intervenir y tomar decisiones.

. Intervenir por ella/él, pero sin contar con ella/él, puede generar en la niña/o/adolescente desconfianza hacia los adultos y/o los profesionales.

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

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

## **QUÉ HACER DESDE EL ÁMBITO HOSPITALARIO**

Una de las características básicas de la estructura hospitalaria con relación al tema que nos ocupa, la detección e intervención en casos de maltrato infantil desde el ámbito sanitario, es la limitación temporal que implica la asistencia y atención al niño/adolescente y a su familia, y que queda acotada por la permanencia en este dispositivo.

Otra particularidad de este nivel asistencial es la diversidad de unidades funcionales que lo componen y que requieren que sean contempladas con sus particularidades y características concretas.

Por eso se creará en cada hospital que cuenta con servicio de Pediatría un Equipo Interdisciplinario para la atención de las/los niñas/os víctimas de maltrato y abuso. Estos equipos estarán integrados por médico/a, enfermero/a, psicólogo/a y trabajador/a social.

Muchas veces es conveniente la hospitalización del niño/a aunque las lesiones no presenten gravedad, para poder dar intervención a otros servicios y de esta manera detectar con mayor precisión y más tiempo la posibilidad de maltrato infantil.

## **RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS SOBRE ABUSO SEXUAL**

Bajo la tipología de abuso sexual infantil, definido como «cualquier clase de contacto sexual de un adulto con un niño, donde el primero posee una posición de poder o autoridad sobre éste», se incluye una amplia gama de situaciones que van desde enseñar y/o hablar con el niño acerca de material pornográfico hasta la agresión sexual. Por tanto, el abuso sexual, es muy diverso y variado y esto implica una intervención adaptada a esta diversidad.

La agresión sexual a un niño, como el incidente más grave del abuso sexual infantil, puede darse dentro del entorno familiar del propio niño o fuera de él. En el primer supuesto estaríamos hablando de maltrato infantil intrafamiliar (el agresor es un adulto del entorno familiar del niño).

En el segundo, de maltrato infantil extrafamiliar (el abusador no es miembro de la familia).

Es importante tener en cuenta la temporalidad del incidente. Si se relatan incidentes de abuso sexual pasados o si se constata a través de las exploraciones médicas signos/indicadores de agresión sexual reciente que pueden ser apoyadas por el relato y verificación del propio niño/adolescente.

Cualquier situación de abuso sexual infantil supone un incidente traumático para el Niña/o/ o adolescente que se acentuará en función de la gravedad del mismo. El abuso sexual y, sobretodo, la agresión sexual implican la necesidad de atención terapéutica al niño/adolescente para frenar y apaciguar los efectos de ese hecho traumático.

## **RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS PARA PROFESIONALES SANITARIOS DE LA RED HOSPITALARIA**

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

### **CÓMO HACER**

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

### **LA ENTREVISTA**

#### **EL ENCUADRE DE LA ENTREVISTA.**

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

- . La necesidad de un espacio físico adecuado para tal fin: sin ruidos ni intromisiones externas, en un ambiente cómodo y favorecedor del proceso de empatía entrevistador-entrevistado.
- . El profesional que realice la entrevista tiene que tener formación y/o experiencia en esta técnica y en el contenido sobre el que va a versar: en éste caso, el maltrato infantil.

Algunos factores a tener en cuenta y que pueden ayudar al entrevistador son:

- a) Revisar los prejuicios y creencias previas que se tienen sobre el tema para evitar su influencia y determinación en las valoraciones.
- b) Si es posible, preparar previamente o estructurar anticipadamente el contenido de la entrevista teniendo claro en todo caso:
  - Para qué y porqué de la entrevista.
  - Información básica que se quiere obtener.
- c) Dedicar un tiempo inicial a establecer un vínculo con el entrevistado que facilite la entrevista.
- d) Evitar hacer preguntas directas que puedan resultar bruscas o agresivas.
- e) Tener capacidad de adecuación al ambiente que se va desarrollando y modificando durante la entrevista.
- f) No hacer preguntas innecesarias.
- g) Mantener una actitud constante de escucha hacia el entrevistado.
- h) Estar atento a los silencios y las resistencias del entrevistado.
- i) Apaciguar las tensiones que puedan surgir durante la entrevista.

j) Si el profesional duda de su propia capacidad para abordar la entrevista, pedir apoyo o asesoramiento a profesionales con mayor formación.

## **PARTICULARIDADES DE LA ENTREVISTA CON LOS PADRES**

- \* Evitar culpabilizarlos.
- \* Intentar entender su situación y dificultades en la atención y cuidado de su hijo.
- \* NO hacer de la entrevista un interrogatorio sobre los hechos, sino un espacio en el que los padres/tutores, puedan hablar de sí mismos y de su función paterna.
- \* Transmitirles que nuestro interés es atender y proteger a los niños, y que vamos a ayudarlos en esta tarea.
- \* Intentar entender su situación y dificultades en la atención y cuidado de los niños.

## **PARTICULARIDADES DE LA ENTREVISTA CON EL NIÑO**

- \* Es imprescindible hablar con el niño/a / adolescente, siempre que sea posible.
- \* No suplantar la opinión del niño/ por la de los padres u otros adultos del entorno.
- \* Escucharlo y darle validez a sus opiniones.
- \* No presionarlo. Si no quiere hablar respetar su decisión.
- \* Intentar que la entrevista la realice aquel profesional con el que el niño/ tenga más contacto y vinculación.
- \* Explicarle por qué y para qué queremos hablar con el/ella de este tema en un lenguaje cercano y accesible a su capacidad.
- \* Calmarlo y dar respuestas a sus dudas e interrogantes. a su capacidad.

## **LA OBSERVACIÓN**

Además de la información verbal, el profesional sanitario debe mantener una actitud activa y recoger información no verbal que obtendrá a través de la observación.

Las áreas o aspectos fundamentales a observar son:

1. Comportamientos y actitudes del niño/adolescente.
2. Interacción del niño/adolescente con su cuidador.
3. Relación del niño/adolescente con el entorno sanitario.

## **RECOLECCIÓN, ANÁLISIS, REGISTRO Y TRATO DE LA INFORMACIÓN**

El profesional sanitario debe tener en cuenta:

. La necesidad de registrar en la Historia Clínica de la niña/o/adolescente toda la información que recoja relativa a una posible situación de maltrato, diferenciando la información recogida a través de exploraciones médicas a la niña/o, de cualquier otra información recogida por otros medios.

. Asimismo es importante no perder la finalidad de los datos que se recojan y registren: disponer antecedentes que ayuden al profesional en el diagnóstico, evitar el desconocimiento de la situación ante cambios de profesionales, dar continuidad a la información para poder ser más eficaz en el abordaje de una situación de maltrato infantil.

La información a recoger y registrar se articula en torno a:

4. Antecedentes sanitarios del niño/familia.
5. Situación sanitaria actual.
6. Situación sociofamiliar actual.
7. Actitud del niño y los padres en el proceso de valoración.
8. Interacción niño/adolescente con sus cuidadores.
9. Relación del niño con el entorno sanitario.

El Equipo Interdisciplinario interviniente debe evaluar la urgencia y/o gravedad de cada situación de Maltrato Infantil, de acuerdo a los indicadores ya señalados anteriormente.

Una vez que ha realizado el diagnóstico de Maltrato, indicando tipo e indicadores observados, deberá notificar a las autoridades que correspondan:

- 1º) al Servicio Local o Zonal de Promoción y Protección de Derechos de niñas/os y adolescentes
- 2º) y luego al Fiscal de turno (Evaluando gravedad y urgencia)

## **ANEXO 1**

### **HOJA DE NOTIFICACIÓN DE SITUACIONES DE MALTRATO INFANTIL**

#### **IDENTIFICACIÓN DEL NIÑO/A**

Apellidos Nombre:

Sexo:

Fecha de Nacimiento:

Lugar de Nacimiento:

Dirección habitual Localidad y Provincia:

Acompañante Padre Madre Tutor Policía Otros:

Relación del presunto maltratante con el niño/a:

#### **SITUACIÓN ACTUAL DEL NIÑO**

Dónde se encuentra actualmente:

Dirección y teléfono de contacto:

Quién se está haciendo cargo de él:

Escuela a la que concurre:

#### **ACTUACIONES REALIZADAS**

Fecha de inicio de la investigación:

Hospitalización / Solicitud de Hospitalización:

Comunicación al Centro de Salud:

Derivaciones y/o interconsultas:

Fecha y hora de notificación al Servicio Local de Protección a niñas/os:

Servicio o Institución que notifica:

Teléfono / Fax:

Persona que notifica:

Nombre N° Colegiado:

Médico/a de familia, Pediatra, Trabajador/a social, Psicóloga/o, Otros/as

#### **SITUACIÓN URGENTE**

Es aquella en la que existe certeza o sospecha razonable de que la salud y/o seguridad básicas del menor se encuentran o pudieran encontrarse seria y directamente amenazadas, y/o además no hay una figura familiar o de apego que pueda hacerse cargo del menor.

Enviar notificación por fax, previo contacto telefónico, al Servicio Local de Promoción y Protección de los derechos de niñas/os y/o al Fiscal de Turno.

#### **SITUACION SOCIOFAMILIAR**

Características de los padres/ cuidadores:

Capacidades físicas:

Capacidades emocionales:

Capacidades intelectuales:

Capacidades económicas:

Capacidad de cuidado:

Relación entre los padres/cuidadores:

Respuesta/ actitud ante la intervención:

## **SITUACIÓN FÍSICA/PSÍQUICA DEL NIÑO**

Tipo de Maltrato detectado:

Maltrato físico:

Maltrato emocional:

Negligencia física:

Negligencia emocional:

Abuso sexual:

Explotación laboral o mendicidad:

Corrupción:

Abandono:

Síndrome de Münchausen por poderes:

Secuestro y sustitución de identidad:

Maltrato institucional:

Ritualismo:

Otros:

Severidad y/o frecuencia del maltrato:

Tiempo transcurrido desde el episodio:

Antecedentes de episodios similares:

## **INDICADORES OBSERVADOS:**

### **EXAMEN PSICO-FÍSICO** (Señale localización y tipo de las lesiones)

*Sello del Servicio/Hospital/Centro Sanitario*

Documentación que se adjunta:

*Firma/Sello de la persona interviniente*

Fecha:

Esta información es confidencial y no puede ser utilizada fuera del ámbito para el que ha sido emitida.

## **BIBLIOGRAFIA**

ARRUABARRENA, María Ignacia y de PAUL, Joaquín. (1996). "Maltrato a los niños en la familia". Evaluación y tratamiento. Madrid. Ediciones Pirámide, S.A.

BRINGIOTTI, María Inés. (1999). "Maltrato Infantil". Factores de riesgo para el maltrato físico en la población infantil. Madrid. Miño y Dávila Editores.

GRACIA FUSTER, Enrique y MUSITU OCHOA, Gonzalo (1993). "El maltrato infantil". Un análisis ecológico de los factores de riesgo. Madrid. Ministerio de Asuntos Sociales

GROSMAN, Cecilia y MESTERMAN, Silvia. (1992). "Maltrato al menor". El lado oculto de la escena familiar. Buenos Aires. Editorial Universidad

INTEBI, Irene V. (1998). "Abuso Sexual Infantil". En las mejores familias. Argentina. Ediciones Granica S.A.

LAMBERTI - SANCHEZ-- VIAR (Compiladores). (1998) "Violencia familiar y abuso sexual". Buenos Aires. Editorial Universidad

MARTINEZ ROIG, A. y DE PAUL OCHOTORENA, J. (1993) "Maltrato y abandono en la infancia". Barcelona. Ed. Martínez Roca.

MILLER, Alice. (1992). "Por tu propio bien". Barcelona. Tusquets Editores.