

Artículo original

Maltrato infantil. Experiencia de un abordaje interdisciplinario

Child abuse. An interdisciplinary management experience

Dr. José Julio Seldes*, Lic. Valentina Ziperovich*, Lic. Alejandra Viota* y Dra. Fernanda Leiva*

RESUMEN

Introducción. El maltrato infantil constituye una de las formas más frecuentes de violencia familiar.

El presente estudio intenta mostrar la situación que, al respecto, existe en la ciudad de Mercedes, Corrientes, Argentina y establecer algunas asociaciones propias de esa problemática.

Población, material y métodos. Se presenta una serie de 128 casos de niños maltratados, de entre 0 y 19 años, entre noviembre de 1998 y noviembre de 2002 asistidos en Moiru, Centro de Prevención, Orientación, Asistencia y Capacitación en conductas sociales de riesgo, que funciona en Mercedes.

Resultados. Se detectó 56% de maltrato físico; 30% de abuso sexual; 10% de negligencia; 3% de maltrato emocional y 1% de síndrome de Münchaussen con una distribución por sexos similares en el total de la casuística.

Se señalan variables demográficas y ciertas asociaciones en casos de maltrato físico y abuso sexual. Se evidenció una asociación significativa entre madres víctimas de violencia doméstica y el maltrato físico que éstas proporcionan a sus hijos.

Conclusiones. Fueron asistidos en nuestro servicio 128 niños y niñas maltratados. Se considera que se trata de una casuística significativa, donde el maltrato físico y el abuso sexual se presentan como más relevantes.

Palabras clave: maltrato infantil, violencia familiar, abuso sexual.

SUMMARY

Introduction. Child abuse constitutes one of the most frequent forms of family violence.

The following study tries to demonstrate the situation that arises in the city of Mercedes, Corrientes, Argentina, and to establish some associations about that matter.

Population, material and methods. A series of 128 cases of abused children is presented, between 0 and 19 years old, attended from November 1998 to November 2002, in Moiru, Center of prevention, direction, attendance and qualification in social conducts of risk that works in Mercedes.

Results. 56% of physical abuse; 30% of sexual abuse; 10% of neglect; 3% of emotional abuse and 1% of syndrome of Münchaussen was detected, with a similar distribution by sexes in the total population. Demographic variables and certain associations in cases of physical abuse and sexual abuse are indicated. A significant association between mothers victims of domestic violence and physical abuse towards their children was demonstrated.

Conclusions. 128 young boys and girls were seen in

our center. It is considered that, a significant population was treated where physical abuse and sexual abuse appears as most relevant.

Key words: child abuse, family violence, sexual abuse.

INTRODUCCIÓN

El Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud de la OMS, de fecha 3 de octubre de 2002, es el primer informe general que aborda la violencia como un problema de salud pública en todo el mundo. En él, la OMS señala a la violencia como uno de los principales problemas de salud pública de nuestro tiempo y destaca la importancia que adquieren los distintos tipos de violencia familiar, habitualmente relegada a segundo plano.¹

La expresión "violencia familiar" alude a todas las formas de abuso dadas en las relaciones entre los miembros de una familia. La relación de abuso se refiere a un desequilibrio de poder y esto incluye conductas de una de las partes que, por acción u omisión, ocasionan daño físico o psicológico a otro miembro de la relación.²

Entre las distintas formas de violencia familiar, el maltrato infantil es una de las más importantes.³

El Comité de Abuso infantil y Negligencia de la Academia Estadounidense de Pediatría señala que los pediatras se encuentran en una adecuada posición para intervenir, en forma activa, en la prevención del abuso infantil al reconocer a las mujeres (madres) abusadas en el ámbito de la consulta pediátrica. Los estudios indican que el abuso infantil ocurre entre el 33% y el 77% de familias en las cuales existe, a su vez, abuso de adultos. Por esto, identificar e intervenir en defensa de las mujeres golpeadas puede ser una de las maneras más efectivas de prevención.⁴

* Moiru. Centro de Prevención, Orientación, Asistencia y Capacitación en conductas sociales de riesgo. Hospital "Las Mercedes", Mercedes, Corrientes.

Correspondencia:
Dr. José Julio Seldes.
joseseldes@yahoo.com.ar

Recibido: 28-12-07
Aceptado: 7-10-08

En relación a esta problemática y a principios del año 1997, se organizó en la ciudad de Mercedes un grupo interdisciplinario a fin de asistir a personas que padecieran dicha problemática, integrado por una psicóloga, una psicopedagoga, una abogada y un médico pediatra.

A posteriori este equipo se constituyó como Organización No Gubernamental con personería jurídica. Adoptó el nombre Moiru, que en lenguaje guaraní significa "te acompaño" y refleja la filosofía de trabajo de la institución.

Moiru, "te acompaño", trabaja en la prevención, orientación, asistencia y capacitación en conductas sociales de riesgo, como violencia familiar, violencia escolar y uso indebido de drogas, entre las más relevantes.

OBJETIVOS

El objetivo de este estudio es mostrar la dimensión que adquiere el maltrato infantil en esta población y los factores relacionados con ella.

POBLACIÓN, MATERIAL Y MÉTODOS

El siguiente es un estudio descriptivo transversal.

Entre noviembre de 1998 y noviembre de 2002, se asistió a 128 niños maltratados del área urbana, suburbana y rural de la ciudad de Mercedes, de entre 0 y 19 años. Estos niños llegaron a la consulta de manera espontánea o por solicitud de familiares, juzgados, escuelas, guarderías, teléfono del niño (línea 102) o el Hospital local.

En una primera instancia, el paciente era asistido por el médico pediatra y luego derivado de manera intragrupal a los otros profesionales. Posteriormente, en reunión de equipo, se categorizaba cada caso y se determinaban en consecuencia las conductas por seguir.

Se convino en clasificar a los pacientes en las siguientes categorías de víctimas:

- a. Víctimas de maltrato físico: aquellos pacientes que presentaban al momento del examen, lesiones intencionales producidas con elementos anatómicos u objetos y como consecuencia de la aplicación deliberada de la fuerza en cualquier parte del cuerpo del niño/niña.
- b. Víctimas de abuso sexual: aquel niño o niña que presentaba signos de haber sido utilizado para propósitos sexuales por adultos o jóvenes.
- c. Víctimas de negligencia: pacientes que al examen presentaban síntomas de desnutrición, falta de higiene, cuidados y provisión de afecto por parte de padres, madres o adultos a cargo.
- d. Víctimas del maltrato emocional puro: aquellos

pacientes que en el examen presentaban algún tipo de impacto en la esfera psicoemocional como consecuencia de conductas verbales repetitivas de insultos, gritos, críticas permanentes, desvalorización y/o amenazas u omisiones como aislamiento social.

- e. Víctimas del síndrome de Münchaussen: pacientes que presentaban signos o síntomas de haber sido víctimas de la administración intencional, por parte de familiares o tutores, de sustancias que produjeran modificaciones físicas o fisiológicas o cuyas secreciones corporales habían sido manipuladas.

Las víctimas presentaban, en muchos casos, una combinación de maltratos, como la asociación de maltrato físico y negligencia. En estos casos, los profesionales del grupo decidieron, en forma arbitraria, incluir a la víctima dentro de la categoría que mayor impacto había producido en ella.

Se elaboraron historias clínicas a partir de entrevistas, examen físico, exámenes de laboratorio, radiografías en los casos correspondientes, entrevistas psicológicas libres, hora de juego, test de Bender y técnicas proyectivas, como dibujo libre, figura humana, familia kinética y/o imaginaria y Prueba de apercepción infantil con figuras de animales (CAT, *Children aperceptive test-A*).

Como referencia para la valoración del estado nutricional se utilizó: en menores de 1 año, peso/estatura (P/E); y en niños de entre 1 y 6 años, peso/talla (P/T), según curvas del Comité de Crecimiento y Desarrollo de la Sociedad Argentina de Pediatría; en mayores de 6 años, índice de masa corporal (IMC), según tablas del *National Center of Health Statistics* de la OMS. Se consideró el percentilo 3 como límite para definir normalidad o déficit.

Se analizaron variables demográficas, como edad y sexo, y ciertas asociaciones.

Para el análisis de los datos se utilizó el programa Excel de Microsoft Office 2003 y el programa CIA (*Confidence Interval Analysis*) del Profesor Martín Gardner, versión 1,1 de 1989. Este último se utilizó para medir la asociación de ciertas variables.

RESULTADOS

Entre noviembre de 1998 y noviembre de 2002, se asistió a 74 mujeres, 13 varones y 197 niños de entre 0 y 19 años. De estos niños, 99 eran varones y 98 niñas de las áreas urbanas, suburbanas y rurales de la ciudad de Mercedes, provincia de Corrientes. Los 197 niños fueron derivados a la consulta de la siguiente manera: por padres o tutores: 101 (51%); el propio niño: 11 (6%); juzgados: 19 (10%); escuelas: 9 (4%); guarderías: 29 (15%); teléfono del niño,

línea 102: 12 (6%); hospital: 13 (7%); vecinos: 2 (1%).

Se determinó maltrato infantil en 128 casos, es decir, el 65% de los niños derivados.

De los 128 niños maltratados, 71 fueron asistidos por maltrato físico (56%); 39 por abuso sexual (30%); 13 por negligencia (10%); 4 por maltrato emocional (3%); 1 por síndrome de Münchaussen (1%).

En cuanto a la distribución por sexos, el 51% fueron niñas y el 49% varones.

Maltrato físico

Los 71 pacientes tuvieron la siguiente distribución etaria: menores de 1 año: 6%; 1-2 años: 6%; 3-6 años: 20%; 7-9 años: 17%; 10-12 años: 20%; 13-15 años: 20%; 16-18 años: 8%; mayores de 18 años: 3%.

El 63% fueron varones y el 37% niñas.

Los pacientes presentaron las siguientes manifestaciones clínicas: lesiones bucales: 5 (7%); osteoarticulares: 7 (9,8%); cutáneas: 55 (77,6%); oftalmológicas: 2 (2,8%); neurológicas: 2 (2,8%).

Respecto a lesiones osteoarticulares, 6 pacientes varones presentaron las siguientes fracturas diafisarias, señalados por edad:

8 meses, fémur derecho y húmero izquierdo; 2 años, húmero izquierdo; 6 años, cúbito izquierdo; 9 años, tibia izquierda; 11 años, cúbito derecho y 13 años, húmero izquierdo. Una niña de 11 años presentó luxación de tobillo derecho.

Dos pacientes varones de 2 y 3 años presentaron hematoma subdural con hemorragias retinianas.

Hubo 55 pacientes que presentaron lesiones dermatológicas, algunos de ellos con lesiones múltiples, en distintos estadios.

Merecen citarse 3 pacientes varones de 10, 5 y 1 años con cicatrices rectangulares por quemaduras producto de cuchillos calientes en cara anterior del tórax, talón derecho y brazo izquierdo, respectivamente.

Una niña de 4 años y dos varones de 9 y 4 años presentaron cicatrices estrelladas en dorso de manos; dos varones de 12 y 10 años en antebrazos, producto de quemaduras con fuego de hornallas de cocina.

Un varón de 10 y una niña de 7 presentaron impronta de mordeduras humanas en mejilla izquierda y abdomen, respectivamente.

Tres varones de 4, 6 y 10 años y una niña de 5 presentaron quemaduras "en escarapela" en palma de manos los dos primeros, dorso y mejilla izquierda, respectivamente, lesiones compatibles con quemaduras por cigarrillo.

En 50 casos se observaron hematomas en distintos estadios, excoriaciones, heridas y cicatrices; en muchos casos, estas lesiones aparecían combinadas y con la siguiente distribución:

Glúteos 45; brazos 18; cara 17; piernas 15; antebrazos 10; espalda 6; cuero cabelludo 5; tórax 5; manos 4; cuello 4; abdomen 3; genitales externos o perineo 3 y pies 3.

Respecto al estado nutricional, el 7% de entre 1 y 6 años (n= 14) y el 16% mayores de 6 años (n= 49), eran desnutridos.

Los elementos utilizados con mayor frecuencia fueron: mano abierta y cinto en 58 casos, puño en 55, palo en 23, lazo en 15 casos, puntapié en 12, cable en 7, quemaduras por fuego de hornallas de cocina en 5, quemaduras por cigarrillos en 4 y, en pocos casos quemadura con cuchillos calientes, mordeduras humanas, golpes con nudillos de dedos, torsión de partes blandas mediante pinza índice-pulgar, compresión cervical hasta casi la asfixia, lesiones por uñas, sacudidas, sofocación por agua, niños obligados a beber su propia orina, amarrados a un palo, uso de cable, vaina de machete o espada, vara de madera, manguera, vara de hierro, disco de amoladora, zapatillas, alambres, fusta y martillo.

Las relaciones vinculares entre víctimas y victimarios en maltrato físico (n= 71) fueron las siguientes: madres 43%, padrastros 24%, padres 22%, abuelo 5%, tío 3%, vecino 1%, hermano mayor 1%, cuidador 1%. El 96% eran convivientes.

El 46% de los victimarios consumía alcohol de manera habitual.

Los pacientes con maltrato físico padecían los siguientes trastornos del sueño: terrores nocturnos: 28,2% (IC95%: 18,1-40,1); insomnio: 29,6% (IC95%: 19,3-41,6); enuresis nocturna: 2,82% (IC95%: 0,34-9,81).

Abuso sexual

La distribución etaria de los 39 pacientes fue la siguiente:

De 0-2 años: 3%; 3-6 años: 15%; 7-9 años 31%; 10-12 años 20,5%; 13-15 años: 20,5%; 16-18 años: 7%; mayores de 18 años: 3%.

El 85% fueron niñas y el 15% varones.

Presentaban lesiones vaginales, 20 pacientes (51%); lesiones anales, 3 (7,6%); lesión bucal, 1 (2,5%); manifestaciones cutáneas, 8 (20,5%); osteoarticulares, 3 (7,6%) y en cuatro casos no se evidenciaron lesiones (10,8%).

Respecto al estado nutricional, el 33% de los de 2-6 años (n= 6) y el 30% de los mayores de 6 años (n= 30) eran desnutridos.

Los vínculos en abuso sexual fueron: padrastro 30%, padre 21%, tío 13%, vecino 10%, primo 8%, abuelo 5%, amigo 3%, desconocido 10%.

El 77% eran convivientes con la víctima.

El 33% consumía alcohol de manera habitual.

Los pacientes de 0-5 años (13%) presentaron insomnio en un 40% (IC95%: 5,28-85,3), terrores nocturnos 100% (IC95%: 47,8-100), agresividad hacia pares 40% (IC95%: 5,28-85,3) y conductas hipersexualizadas 40% (IC95%: 5,28-85,3).

Los niños de 6-12 años (56%) presentaron insomnio en un 9,09% (IC95%: 1,12-29,2), terrores nocturnos 59,1% (IC95%: 36,4-79,3), agresividad hacia pares 27,3% (IC95%: 10,7-50,2), conductas hipersexualizadas 9,09% (IC95%: 1,12-29,2), fugas del hogar 36,4% (IC95%: 17,2-59,3), repitieron al menos un grado escolar 50% (IC95%: 28,2-71,8) y expresaron ideas suicidas 27,3% (IC95%: 10,7-50,2).

De 13-18 años (31%) presentaron insomnio 33,3% (IC95%: 9,93-65,1), terrores nocturnos 66,7% (IC95%: 34,9-90,1), agresividad hacia pares 25% (IC95%: 5,40-57,2), fugas del hogar 58,3% (IC95%: 27,7-84,8), repitieron al menos un grado escolar 58,3% (IC95%: 27,7-84,8), abandonaron la escuela 33,3% (IC95%: 9,93-65,1) y expresaron ideas suicidas 58,3% (IC95%: 27,7-84,8).

En conjunto, las víctimas de abuso sexual padecieron maltrato físico en un 41% (IC95%: 25,6-57,9); gonococia 10,3% (IC95%: 2,86-24,2); y trastornos del sueño del tipo terrores nocturnos 64,1% (IC95%: 47,2-78,8); insomnio 23,1% (IC95%: 11,1-39,3).

Respecto a pacientes abusados con gonococia se destacan cuatro casos: el primero fue el de una niña de 9 años abusada por su padre biológico. Se detectaron diplococos gramnegativos intraleucocitarios de material vaginal, anal y de fauces en el examen directo. El segundo caso correspondió a una niña de 8 años abusada por su padrastro, quien presentó diplococos gramnegativos intraleucocitarios de material procedente de vagina. El tercer caso fue el de un niño de 17 años abusado por muchas personas e incitado por sus padres a ejercer la prostitución. Se detectaron diplococos gramnegativos intraleucocitarios en fauces. El cuarto caso se trató de una niña de 5 años con hallazgo de diplococos gramnegativos intraleucocitarios en vagina, abusada por su padrastro; al develarse el abuso, la madre presentó ceguera histérica.

Negligencia

Los 13 pacientes víctimas de negligencia se distribuyeron, por edades, de la siguiente manera:

Menores de 1 año: 23%; 1-6 años: 54%; 7-12 años: 23%.

Un paciente padecía síndrome de Down y fue encontrado por personal del juzgado amarrado a una cama; otro presentaba osteogénesis imperfecta de tipo 2.

Todos presentaban pésimas condiciones de higiene.

Respecto al estado nutricional, el 23% de los menores de 1 año (n= 3), el 54% de los de 1-6 años (n= 7) y el 23% de los mayores de 6 años (n= 3) eran desnutridos.

El 77% fue internado y en el 23% se realizó provisión y seguimiento a través de asistentes sociales.

La casuística respecto a maltrato emocional fue muy pequeña (n= 4), entre 12 y 19 años, repartidos igualitariamente por sexos.

El caso de síndrome de Münchaussen se diagnosticó en una niña de 16 años con anorexia, hipermenorrea y desnutrición. Luego de estudios hormonales y de imagenología cerebral y ginecológica normales, se llegó a tal presunción diagnóstica cuando una hermana mayor refirió haber observado cómo su madre diluía en un vaso de agua anticonceptivos orales y antiinflamatorios no esteroideos y se lo daba a la paciente. La madre presentaba rasgos psicóticos. La niña mejoró al ir a vivir con una hermana mayor.

De las 30 madres que ejercían maltrato físico sobre sus hijos, 16 eran a su vez mujeres golpeadas por sus parejas; es decir un, 53,3% de ese total (IC95%: 34,3-71,7).

Del total de la casuística (n= 128), el 38,3% (IC95%: 29,9-46,7) de las madres eran mujeres golpeadas.

Consecuencias de las denuncias contra abusadores sexuales

De los 39 casos de niños abusados sexualmente se pudieron validar, a fin de entablar procesos penales 23 casos, es decir, el 59% (IC95%: 42,1-74,4).

En los casos llevados a Juzgados penales, (n= 23) se obtuvieron los siguientes resultados: denuncia desestimada: 26,1% (IC95%: 10,2-46,4); victimario absuelto: 30,4% (IC95%: 13,2-52,9); condenado: 13% (IC95%: 2,78-33,6); procesado: 21,7% (IC95%: 7,46-43,7); excluido del hogar: 8,7% (IC95%: 1,07-28).

DISCUSIÓN

La real magnitud del maltrato infantil es difícil de determinar. Los juzgados y hospitales de la zona dicen no contar con estadísticas al respecto, lo cual demuestra la escasa importancia que se otorga a dicha problemática. Además, desde el punto de vista operativo, existen discrepancias en cuanto a validar o no los casos sospechados de maltrato.

Una importante referencia es el informe del *Child Abuse and Neglect Data System* de EE.UU. que constató sobre un total de 3.000.000 de niños inves-

tigados, 1.000.502 de casos confirmados en dicho país durante el año 1995. Esta cifra constituye el 34% de las investigaciones acerca de maltrato infantil en ese período. Dicha casuística se desglosa en 24,5% de maltrato físico; 12,6% de abuso sexual; 52,3% de negligencia; 4,5% de abuso emocional y 14,4% de otras formas de maltrato.^{5,6}

Nuestra casuística revela 128 niños maltratados asistidos entre noviembre de 1998 y noviembre de 2002 en Mercedes, lo cual representa el 65% del total de niños derivados a nuestro servicio.

Del total de casos la distribución por sexos es similar.

Al analizar la muestra se halló que el 56% de los casos se debieron al maltrato físico, un 30% correspondió al abuso sexual, un 10% a la negligencia, un 3% al maltrato emocional y un 1% al síndrome de Münchaussen.

Se insiste en que se asistieron muchos pacientes con diagnósticos asociados y que ante estas situaciones se estableció como diagnóstico principal el que el grupo consideraba que presentaba un mayor impacto.

La negligencia fue poco considerada como causa de derivación a nuestro servicio, no revelándose el real impacto de esta forma de maltrato.

Respecto a las fuentes de derivación, el estudio estadounidense muestra que más de la mitad de ellas procedieron de profesionales que están en contacto con niños. Nuestras referencias de juzgados, escuelas, guarderías y hospital alcanzan al 36%.

En maltrato físico y abuso sexual, más de la mitad de los casos comprendió niños en edad escolar y adolescencia temprana. La negligencia tuvo su mayor impacto en niños pequeños.

Los hallazgos clínicos más significativos en maltrato físico fueron dermatológicos, seguidos de lesiones osteoarticulares. Los elementos más utilizados fueron: mano abierta, puño y cinto. Casi todos los pacientes eran eutróficos.

La mayoría de los victimarios eran las madres, un segundo lugar ocupaban los padres y padrastros, en su mayoría convivientes. Menos de la mitad consumía alcohol de manera habitual. Un tercio de los niños maltratados padecía insomnio y otro tercio terrores nocturnos.

El mayor impacto de abuso sexual se dio en niñas. La mitad de las pacientes presentaba lesiones vaginales; un cuarto, manifestaciones cutáneas y algunos, compromiso osteoarticular, lesiones anales y bucales. Más de dos tercios eran eutróficos.

La mitad de los victimarios eran padrastros y padres, el 90% tenía estrecha relación con la víctima, la mayoría eran convivientes y un tercio consu-

mía alcohol de manera habitual. La cercanía con la víctima se relaciona con las referencias del *Childwelfare* de los EE.UU.⁷ Además, el impacto del uso de alcohol en los victimarios, tiene una representación similar en nuestra casuística respecto a lo señalado por Finkelhor.⁸

Los pacientes sexualmente abusados menores de 5 años, evidenciaron terrores nocturnos en su totalidad y, en menor medida, insomnio, agresividad hacia pares y conductas hipersexualizadas.

Los de edad escolar presentaron terrores nocturnos y repitieron un grado al menos una vez, como expresiones más significativas, seguido de fugas del hogar, expresión de ideas suicidas, agresividad hacia pares y, en menor medida, conductas hipersexualizadas.

Los adolescentes manifestaron, en más de la mitad de los casos, terrores nocturnos, fugas del hogar, repitencia de al menos un grado y expresión de ideas suicidas y, en menor medida, insomnio, agresividad hacia pares y abandono escolar.

Poco menos de la mitad de las víctimas de abuso sexual sufrió maltrato físico.

Las limitaciones metodológicas (carencia de recursos adecuados) imposibilitaron la realización de cultivos.

Las víctimas de negligencia tuvieron una mayor representatividad en niños pequeños con gran predominio de sexo masculino.

El mayor impacto estuvo dado por pésimas condiciones de higiene, seguido de desnutrición en la mayoría. Más de dos tercios debieron ser internados.

Los casos de maltrato emocional y síndrome de Münchaussen tienen poca relevancia respecto al total de la casuística, pero merecen señalarse.

En casos de maltrato físico, más de la mitad de las madres que maltrataban a sus hijos, a su vez eran golpeadas por sus parejas.

Además, más de un tercio de las madres del total de pacientes maltratados eran mujeres golpeadas, lo cual surge como otro dato relevante en cuanto a la importancia que se le debería dar a esta problemática.

Walker (1984) señala que las madres golpeadas tienen ocho veces más probabilidades de lesionar intencionalmente a sus hijos respecto a quienes no lo son.⁹

En cuanto a las consecuencias de las denuncias contra abusadores, al momento de la presentación de este trabajo, casi dos tercios de los pacientes sexualmente abusados fueron validados para llevar a juicio y más de la mitad de los victimarios fueron absueltos o desestimadas las denuncias; en

proceso estaba un quinto y poco más de la décima parte había sido condenado. Algunos pocos casos, en una actitud judicial poco comprensible, fueron excluidos del hogar.

CONCLUSIONES

El estudio demuestra la problemática del maltrato infantil en nuestro medio, sus distintas variantes y asociaciones observadas en las víctimas. El trabajo tiene todas las limitaciones de un estudio transversal descriptivo; sin embargo, permite inferir una realidad de nuestra sociedad.

Los casos de maltrato físico y abuso sexual constituyeron la mayoría de la muestra, pero se pudieron detectar otras formas, como negligencia, abuso emocional y síndrome de Münchaussen.

Se expresan ciertas asociaciones en cuanto a la repercusión de la problemática en las víctimas y el compromiso de las madres en cuanto a ser maltratadas por sus parejas y ejercer a su vez, maltrato contra sus hijos.

La respuesta de la Justicia en nuestra casuística ha sido frustrante.

Es indudable que el abordaje de esta problemática debe ser interdisciplinario ya que es casi imposible abordarlo adecuadamente desde una sola disciplina.

Nuestra ONG no cuenta prácticamente con financiamiento y la carencia de asistente social crea una importante dificultad operativa.

Desde noviembre de 2002 hasta noviembre de 2007 se asistió en el servicio a 122 niños, 130 mujeres y 25 hombres, en su mayoría debido a violencia familiar. Esto significa un número sostenido de consultas respecto al período anterior. Se cree que la creación de una instancia que aborde los problemas sociales de riesgo, favorecería el surgimiento de la demanda de asistencia por parte de la población.

Una cuenta pendiente es la cuestión educativa. Muchos de nuestros pacientes son vistos por profesionales de la salud y sus problemáticas no son tenidas en cuenta.

Consideramos que dicha temática debería ser incluida en los programas educativos de grado y posgrado de carreras relacionadas con la salud. ■

BIBLIOGRAFIA

1. Organización Mundial de la Salud. Se publica el primer informe mundial sobre la violencia y la salud. El nuevo: informe de la OMS presenta un cuadro más completo de la violencia en el mundo. [Acceso: 17 de octubre de 2008]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/pr73/es/>
2. Corsi J. Una mirada abarcativa sobre el problema de la violencia familiar. *Violencia familiar*. Buenos Aires: Paidós; 1994; Págs. 15-63.
3. Child protection in families experiencing domestic violence. [Acceso: 17 de octubre de 2008]. Disponible en: <http://www.enotalone.com/article/9995.html>
4. American Academy of Pediatrics. Committee on Child Abuse and Neglect. The role of the pediatrician in recognizing and intervening on behalf of abused women. *Pediatrics* 1998; 101(6):1091-1092.
5. <http://www.acf.hhs.gov/programs/cb/pubs/ncands/section2.htm>
6. <http://www.acf.hhs.gov/programs/cb/pubs/ncands/figure25.htm>
7. Child Welfare Information Gateway. Sexual abuse. [Acceso: 17 de octubre de 2008]. Disponible en: <http://www.childwelfare.gov/can/types/sexualabuse>
8. Finkelhor D: A sourcebook on child sexual abuse. Beverly Hills: Sage Publications; 1986. págs. 115-116.
9. National Child Clearinghouse. Domestic violence as a form of child abuse. Identification and prevention. *Child Abuse Prevention* 1994; N° 2. [Acceso: 17 de octubre de 2008]. Disponible en: <http://www.aifs.gov.au/nch/pubs/issues/issues2/issues2.html>
10. Comité de Familia y Salud Mental. Equipo de trabajo en el área de abuso y violencia familiar. Maltrato físico: un problema de salud que nos involucra. *Arch Argent Pediatr* 2003; 101(1):64-72.
11. Comité de Salud Mental de la Sociedad Argentina de Pediatría. Grupo de trabajo sobre Violencia Familiar. Qué hacer cuando se sospecha que un niño es abusado sexualmente. *Arch Argent Pediatr* 2007; 105(4):357-367.
12. Helfer R. El descuido en niños. En: Clínicas Pediátricas de Norteamérica. El niño maltratado. Vol. 4. México: Interamericana; 1990. Págs. 975-994.
13. Hopper J. Child Abuse. Statistics, research and resources. [Acceso: 10 de agosto de 2004]. Disponible en <http://www.jimhopper.com>
14. Intebi I. Abuso sexual infantil, en las mejores familias. Buenos Aires: Granica; 1998.
15. Johnson C. Lesión intencional y lesión accidental. En: Clínicas Pediátricas de Norteamérica. El niño maltratado. Vol. 4. México: Ed Interamericana; 1990. Págs. 841-864.
16. Krugman R. Participación futura del pediatra ante el descuido y el abuso de criaturas. En: Clínicas Pediátricas de Norteamérica. El niño maltratado. Vol. 4. México: Interamericana; 1990. Págs. 1057-1065.
17. Paradise J. Valoración médica del niño que ha sufrido abuso sexual. En: Clínicas Pediátricas de Norteamérica. El niño maltratado. Vol. 4. México: Interamericana; 1990. Págs. 889-912.
18. Stevenson O. La atención al niño maltratado. Barcelona: Paidós; 1992.
19. Wissow L S. Maltrato. En: Oski IF. *Pediatría principios y práctica*. Vol. 1. Madrid: Panamericana; 1993. Págs. 623-641.