



GUIA PARA LA ATENCIÓN DE NIÑAS Y NIÑOS DE 0 A 3 AÑOS EN SITUACIÓN DE VIOLENCIA



Guía para la atención de niñas y niños de 0 a 3 años en situación de violencia

Esta publicación cuenta con el apoyo de INAU

Directorio:

Lic. en T. S. Marisa Lindner - Presidenta

Mag. Fernando Rodríguez - Director

A. S. Dardo Rodríguez - Director

Coordinación de Informe:

Maria E. Mizrahi

Comité Nacional del SIPIAV

Alicia Faraone Darcy Bataille Coor.Sipiav Magdalena García, Ignacio Ascione, Fernanda Lozano (ASSE), Stefan Decuadro, Carina Sagrera (ANEP Programa Escuelas Disfrutables); Lorena Placencia (ANEP DDHH); Mónica Failache, Verónica Perillo (CES); Cristina Garcia (Fiscalía General de la Nación); Irma Castro, Sandra Misol, Mariela Pereyra (INAU), Andrea Díaz (Ministerio del Interior); Ana Molina (MI Sanidad Policial); Verónica Galizia (Jovenes en Red MIDES), Rossana Rodriguez, Andrea Galaschi (UCC-MIDES); Adriana Fontán (Inmujeres); Verónica Hiriart (SNIC); Mariana Echeverry, Vanessa Pasicnjek (ONG El Paso); Ana Laura Rodriguez, Mariela Pellegrino (Coop. Nuevo Horizonte); Alvaro Capano, (ONG Somos); Dardo Nievas (Poder Judicial); Alejandra Saravia (UNICEF)

Diseño y maquetación

Quasar Creativos · quasar@quasar.com.uy · www.quasarcreativos.com.uy

TABLA DE CONTENIDOS

| | |
|---|----|
| Prólogo | 3 |
| Glosario de siglas y abreviaturas | 5 |
| 1. Introducción | 7 |
| 2. Objetivos | 11 |
| 3. Marco institucional | 11 |
| 4. Contextualización: Antecedentes, marco conceptual y fundamentación | 13 |
| 4.1. La importancia de los primeros años de vida | 13 |
| 4.2. Parentalidad positiva | 14 |
| 4.3 Justificación de una guía de detección e intervención oportuna | 15 |
| 4.4 Impactos de la violencia y estrés tóxico en la Primera Infancia | 15 |
| 5. Marco normativo. | 19 |
| 6. Elementos para la detección | 21 |
| 6.1 Tipología de las violencias | 21 |
| 6.2 Ámbitos | 22 |
| 6.3 Dificultades para la detección de situaciones | 22 |
| 6.4 Indicadores para la identificación de redes protectoras y no protectoras | 24 |
| 6.5 Indicadores físicos | 25 |
| 6. 5. 1. - Otros elementos a tener en cuenta: | 26 |
| 6. 6. Manifestaciones tónico-emocionales, expresiones corporales y alteración de las funciones básicas.. | 27 |
| 6.7. En la interacción persona adulta/ NN | 28 |
| 7- Abordaje de la situación: Herramientas para el diseño, seguimiento y evaluación de la intervención | 31 |
| 7.1. Procesos de respuestas aconsejables. | 31 |
| 7. 1.1. Sospecha/Detección de una situación de violencia dirigida hacia niños y niñas | 32 |
| 7.1.2. Confirmación de una situación de maltrato/ abuso | 33 |

| | |
|---|----|
| 7.2. Evaluación del riesgo | 34 |
| 7.2. Concertación de estrategia de intervención | 35 |
| 8 - Mapeo - Actores institucionales involucrados en la necesaria respuesta. | 37 |
| 9- Estrategias de auto y mutuo cuidado para el trabajo en/con violencia. | 39 |
| 9.1. Estrategias de seguridad-protección para operadores/as | 39 |
| 9.2. Estrategias de autocuidado para equipos. | 39 |
| BIBLIOGRAFÍA | 43 |
| ANEXO | 47 |
| Indicadores físicos de maltrato en menores de 3 años. | 47 |
| 6.5. I- Hallazgos en piel, mucosas y faneras | 47 |
| 6. 5. II- Hallazgos osteoarticulares | 49 |
| 6. 5. III - Otras lesiones: encefálicas y viscerales. | 50 |
| 6. 5. IV- Hallazgos a nivel de región genitoanal | 50 |

PRÓLOGO

Esta guía para la “atención de niñas y niños de 0-3 años en situación de violencia” es un aporte y una referencia muy valiosa para todas y todos los que trabajan diariamente en la maravillosa -y por momentos difícil- tarea de brindar respuestas que hagan posible crecer y desplegar todas las capacidades y oportunidades para una vida plena y en condiciones de igualdad para los niños y las niñas de nuestro país.

La misma es resultado de los compromisos asumidos por el Estado uruguayo en la ratificación y aprobación de normativas, el desarrollo de estrategias de mediano y largo plazo y el diseño e implementación de políticas públicas tendientes a garantizar los derechos de la niñez y la adolescencia.

Tiene por objetivo aportar al cumplimiento de los Objetivos de la Agenda 2030 para Desarrollo Sostenible adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en setiembre del 2015, en particular el Objetivo 16.2 “Poner fin al maltrato, la explotación, la trata, la tortura y todas las formas de violencia contra niños, niñas y adolescentes”. Por ese motivo se propone contribuir a los procesos de prevención, promoción, detección temprana y atención a las situaciones de violencia desde los primeros años de vida.

Lo hace desde una perspectiva de derechos y género con la convicción que el desarrollo de las capacidades y oportunidades en la primera infancia contribuyen a los procesos de bienestar y desarrollo social.

En los últimos años el incremento del gasto público social y en particular el gasto público en infancia permitió la ampliación de cobertura y la mejora de calidad de los servicios priorizando la primera infancia desde los ámbitos de la salud, la educación, la protección social y creando el Sistema Nacional Integrado de Cuidados.

Estos procesos sustantivos han sido acompañados por mejoras de los sistemas de información y monitoreo que permiten conocer con mayor profundidad los niveles de desigualdad que persisten en la sociedad uruguayo. Actualmente podemos dimensionar y geo referenciar la brecha de pobreza aún existente que afecta de manera muy especial a la primera infancia en relación con los adultos y aproximarnos a los niveles de prevalencia de la violencia hacia las niñas, niños, adolescentes y mujeres que develan la naturalización y la utilización de la violencia como forma de disciplinamiento y de subordinación.

Con esta evidencia la primera infancia va cobrando un lugar de prioridad en la matriz de bienestar social. En tal sentido el Sistema Nacional Integrado de Cuidados de conformación intersectorial (Ley 19.353 promulgada en noviembre de 2015) avanza hacia la universalización de la oferta de educación y cuidados para niñas y niños de 0 a 3 años. Junto al crecimiento histórico del Plan CAIF (Centros Atención a la Infancia y las Familias) se han desarrollado propuestas innovadoras que acercan los servicios a las necesidades de las familias (Casas Comunitarias de Cuidados, Centros de Sindicatos y Empresas, Centros de Educación y Cuidado para Hijos e Hijas de Estudiantes, Becas de Inclusión Socioeducativa).

Las distintas modalidades de atención confluyen en estándares de calidad que se reflejan en la excelencia de la infraestructura, en la supervisión unificada a todos los Centros, en la formación permanente de los equipos de trabajo y en la aprobación de un Marco Curricular Común para la Atención y Educación a la Primera Infancia.

La extensión de las licencias parentales y el desarrollo de programas que promueven parentalidades comprometidas, tienen el firme propósito de avanzar en la distribución del cuidado entre hombres y mujeres, dentro de una estrategia de promoción de la corresponsabilidad social del cuidado, con un Estado presente y regulador y con activa participación de la sociedad civil organizada.

Asimismo, el alto nivel de prevalencia de las distintas formas de violencia hacia niñas, niños y adolescentes, se ha colocado como un tema relevante de la agenda pública con el objetivo de avanzar en su erradicación. Esto se ve reflejado en la reciente aprobación por el Senado y la Cámara de Representantes de la República reunidos en Asamblea General, la modificación del Código de la Niñez y la Adolescencia (aprobado por la Ley N° 17.823 de setiembre de 2004) sustituyendo los artículos 117 a 131 del Capítulo XI las que amplía las disposiciones referidas a la protección de derechos amenazados o vulnerados de las niñas, niños y adolescentes y crea por Ley el Sistema Integral de Protección a la Infancia y Adolescencia contra la Violencia (SIPIAV) que funciona desde el 2007.

El SIPIAV ha logrado establecer un marco conceptual y metodológico común para todas las instituciones con competencia en infancia, ha instalado los espacios intersectoriales (Comité Nacional y Comités de Recepción Local (CRL) para un abordaje integral de las situaciones y ha contribuido a generar respuestas que permitieron incrementar desde el 2014 en un 119%¹ las situaciones atendidas.

Lograr coherencia e integralidad en las acciones de política pública de primera infancia, ha sido y sigue siendo un imperativo ético, político y programático impostergable. Incorporar en las respuestas a los sectores de la salud, educación, protección social, cultura, trabajo, seguridad alimentaria, así como a los gobiernos departamentales y organizaciones civiles, es un camino en el que se debe continuar profundizando.

Los esfuerzos por lograr sinergias institucionales sectoriales y también disciplinarias, incorporando aportes de pedagogía, psicomotricidad, medicina en sus diversas especializaciones, psicología, trabajo social, nutrición y el arte; coadyuva a trabajar en la estimulación del desarrollo infantil y el aprendizaje, desde una perspectiva no reduccionista y situada en el contexto social e histórico.

Los avances son sustantivos y los respaldan las estadísticas y los análisis académicos. Pero también está claro que el Estado uruguayo debe continuar reconfigurando sus políticas públicas en infancia y adolescencia con el objetivo de saldar la brecha de desigualdad que persiste con las niñas, los niños y las familias que aún se encuentran en situaciones de extrema vulnerabilidad económica, social, relacional, de hábitat y ambiente.

Esta guía es un aporte en ese camino. Priorizar la primera infancia con la convicción que aporta a una mejor sociedad y una ciudadanía plena.

Marisa Lindner
Presidenta de INAU

¹ Fuente: SIPI - Informes SIPIAV; 2014: 1728 - 2018: 3718 situaciones atendidas

GLOSARIO DE SIGLAS Y ABREVIATURAS

ALTE- (apparent life threatening event) corresponde a un evento que ante los ojos del observador pone en riesgo la vida de un lactante, caracterizado por cianosis, hipotonía o apneas y que requiere de maniobras para su reanimación

ANEP- Administración Nacional de la Educación Pública

ASSE- Administración de los Servicios de Salud del Estado

ASI- Abuso Sexual Infantil

CAPI- Centro Atención Primera Infancia

CAIF- Centro de Atención a la Infancia y la Familia

CDN- Convención de los Derechos del Niño

CNA- Código de la Niñez y Adolescencia (Uruguay)

CNPS- Consejo Nacional de Políticas Sociales

CPPS- Comisión de Primera Infancia, Infancia y Adolescencia

CRL- Comité/s de Recepción Local SIPIAV

ENDIS- Encuesta de Nutrición, Desarrollo Infantil y Salud

ETS- Enfermedad/es de Transmisión Sexual

FGN- Fiscalía General de la Nación

GIEP- Grupo Interdisciplinario de Estudios Psicosociales

INTRODUCCIÓN

El presente documento surge como propuesta desde el Comité Nacional de Gestión del SIPIAV (*Sistema Integral de Protección a la Infancia y Adolescencia contra la Violencia*) dado que, si bien existen protocolos institucionales, no hay una guía para el abordaje de situaciones de violencia hacia niñas y niños (NN) comprendidos en la franja etaria de 0 a 3 años. Para ello se creó un grupo de trabajo integrado por algunos de los sectores que conforman el SIPIAV y que atienden a NN comprendidos en esta etapa vital. En este grupo de trabajo y redacción del presente documento participaron técnicos de: Primera Infancia de INAU, SNIC, ASSE, MEC, UCC, DDHH-CODICEN y SOMOS ONG, y fue coordinado por Asistentes Técnicos de la Coordinación Nacional del SIPIAV. Se apuntó a la confección de un documento consensado, con una sólida base interinstitucional e interdisciplinaria, principio fundamental de las líneas de acción y modelo de intervención del SIPIAV.

Así, este documento se constituye como una guía destinada a operadores que trabajan en la atención a niñas y niños de 0 a 3 años de edad¹, que busca mejorar la prevención, detección y abordaje de situaciones de violencia en esta franja, apelando a intervenciones tempranas, oportunas e integrales desde un enfoque de derechos, con perspectiva de género, generaciones, diversidad e inclusión.

Como toda guía, protocolo o mapa de ruta, este documento pretende ser una herramienta operativa, flexible y dinámica, que oriente las acciones institucionales e interinstitucionales, pero nunca podría definir un camino único.

Según la Organización Mundial de la Salud, *“El maltrato infantil se define como los abusos y la desatención de que son objeto los menores de 18 años, e incluye todos los tipos de maltrato físico o psicológico, abuso sexual, desatención, negligencia y explotación comercial o de otro tipo que causen o puedan causar un daño a la salud, desarrollo o dignidad del niño, o poner en peligro su supervivencia, en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder. La exposición a la violencia de pareja también se incluye a veces entre las formas de maltrato infantil.”* (OMS, 2016) El documento desarrollará luego una tipología de maltrato.

Se debe tener presente, al momento de cualquier intervención, que cada una de las situaciones de maltrato y abuso sexual infantil, como muchos fenómenos sociales, son particulares y concretos. No existe una receta única que sirva para absolutamente todas las situaciones de violencia, pero sí es importante generar protocolos consensados que sirvan de orientación para las intervenciones de los diferentes equipos y promuevan una participación activa de los operadores.

La violencia hacia niñas, niños y adolescentes (NNA) tiene raíces en un ordenamiento social injusto (adulto y blanco-céntrico, patriarcal, clasista, heteronormativo) producido y reproducido a través de las instituciones sociales y las subjetividades que genera (SIPIAV, 2016: 9-10). De modo que el enfoque de la interseccionalidad de las discriminaciones (o discriminaciones múltiples, según el lenguaje de los instrumentos jurídicos internacionales) constituye un enfoque básico para comprender el alcance de las obligaciones de los Estados como garantes de los derechos humanos (SIPIAV, 2016:10).

¹ Personal de centros educativos/ de cuidados, del sistema de salud, equipos de acompañamiento a las familias, clínicas interdisciplinarias, centros de privación de libertad de madres con NN pequeño/as.

Los principios que guían al SIPIAV surgen del corpus doctrinario internacional de DDHH (adelante se desarrollará) del que destacamos:

- reconocimiento de NN como sujetos de derecho, con su propia singularidad
- participación, que implica reconocimiento del valor de su palabra y opinión, o, particularmente en NN de 0 a 3 años, aquello que surja de otros mediadores de comunicación (mímica gestual, aspectos tónico-posturales, expresividad general, etc.)
- no discriminación
- autonomía progresiva
- actuación del Estado con la debida diligencia
- no revictimización
- integralidad de la respuesta

El SIPIAV ha consensuado un Modelo de Atención Integral (SIPIAV 2012) que apunta a garantizar los derechos de NNA mediante la orquestación de la institucionalidad competente, atendiendo a la territorialización de la respuesta y que podría esquematizarse así:



A nivel nacional se ha avanzado sustantivamente en la generación de condiciones y recursos (guías, protocolos, mapas de rutas, dispositivos) para el abordaje de la violencia hacia niños, niñas y adolescentes. En efecto, muchos de los recursos existentes tienen plena vigencia, dialogan directamente con la presente guía y deben ser consultados oportunamente. El aporte novedoso de este documento consiste en identificar las características específicas que reviste la violencia en la primera infancia (de 0 a 3 años) y consensuar las competencias de las distintas instituciones y actores vinculados al tema, la forma en que deben concertar sus intervenciones y las rutas a seguir.

En ese sentido, la necesidad de construir indicadores que permitan captar las diferentes manifestaciones de la violencia es indispensable para apoyar y sostener el trabajo de quienes operan en el cuidado y la protección de la primera infancia.

Esta guía, además de aportar a la detección de situaciones de violencia, pretende brindar elementos para su abordaje, que implican la valoración del riesgo y la articulación con otras instituciones con competencia en el tema.

Finalmente, incursiona en elementos para el autocuidado de las personas y los equipos que trabajan en contacto con las situaciones de violencia.

OBJETIVOS

Objetivo general

Contribuir a la detección e intervención en situaciones de violencia hacia niñas y niños de 0 a 3 años de edad.

Objetivos específicos

Construir mayores y mejores consensos sobre el marco conceptual adecuado para el abordaje de la temática.

Definir responsabilidades institucionales en los procesos de detección, atención e intervención, desde una lógica de coordinación interinstitucional e interdisciplinaria.

Brindar orientaciones para una articulación intra e interinstitucional oportuna y responsable ante situaciones de maltrato.

Sensibilizar sobre la problemática, contribuyendo a la prevención de situaciones de maltrato y abuso.

MARCO INSTITUCIONAL

En 2007 las autoridades de las instituciones del Estado con competencia en la atención de NNA firman el acuerdo de creación de un Sistema de Protección a la Infancia y Adolescencia contra la Violencia (SIPIAV). El SIPIAV está integrado por el Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay (INAU), quien lo coordina, el Ministerio de Desarrollo Social (MIDES), el Ministerio de Salud (MS), el Ministerio del Interior (MI), la Administración Nacional de Educación Pública (ANEP), la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE) y la Fiscalía General de la Nación, y es apoyado por el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF).

El SIPIAV se organiza mediante un **Comité Nacional de Gestión** integrado por representantes de las instituciones que componen el Sistema, dentro del cual se avanza en conceptualizaciones compartidas sobre la violencia hacia NNA y se conciertan estrategias de respuesta al problema, que incluyen tanto la acción de cada sectorial en los territorios, como su articulación mediante la creación y el fortalecimiento de dispositivos interinstitucionales. Para ello, además de las instancias de capacitación intra e intersectoriales, se acuerdan y difunden modelos de atención y estrategias de respuesta comunes, protocolos, guías, mapas de ruta, reglamentos y acuerdos de funcionamiento. A su vez, existen dispositivos de atención a situaciones de maltrato/abuso en los territorios: los **Comités de Recepción Local (CRL)**, que ascienden a 28 espacios (SIPIAV, 2018). La Coordinación Nacional del SIPIAV actúa facilitando el funcionamiento armónico del Sistema.

Si bien el SIPIAV debe dar respuesta a diferentes componentes de la lucha contra la violencia hacia la infancia/ adolescencia, a saber: promoción/ prevención, atención/ protección, acceso a la justicia, reparación del daño y seguimiento, este mapa se centra en los dos primeros componentes.

CONTEXTUALIZACIÓN: ANTECEDENTES, MARCO CONCEPTUAL Y FUNDAMENTACIÓN

La importancia de los primeros años de vida

Es ampliamente reconocido el impacto de las políticas sociales en los primeros años de vida como forma de garantizar a NN el derecho a desarrollarse hasta el máximo de sus potencialidades. Así lo consagra la Convención de los Derechos del Niño (CDN): “derecho de todo niño a un nivel de vida adecuado para su desarrollo físico, mental, espiritual, moral y social” (CDN 1989, Art 27). En términos generales, todo acto o conducta que pone en peligro o perjudica ese desarrollo, por acción u omisión, es violencia hacia la niñez y adolescencia.

Garantizar los derechos de la Niñez y Adolescencia es un deber del Estado (en tanto es su responsabilidad intrínseca e indeclinable por tratarse de un tema de Derechos Humanos) y una responsabilidad de todos y todas. Se basa en el paradigma de la protección integral, superando enfoques que se centran en las necesidades y los riesgos. Este paradigma implica un enfoque de derechos desde una perspectiva que garantiza el reconocimiento y el ejercicio pleno de la ciudadanía NNA y se considera de referencia transversal obligatoria de los esfuerzos del Estado. Entiende que efectivizar el derecho a una vida libre de violencias está indisolublemente unido al ejercicio de todos los derechos humanos de NNA.

Lo anterior implica que el Estado debe de tomar todas las medidas necesarias para la protección de NNA (grupo vulnerable e históricamente estigmatizado²), adelantándose a la emergencia de situaciones de violencia que les afecten, detectando tempranamente, generando estrategias para su interrupción y reparando el daño producido.

No en vano el compromiso de “invertir” en la primera infancia para garantizar un entorno seguro constituye la esencia de la agenda global para el desarrollo, lo que implica, además de cubrir necesidades materiales y afectivas, eliminar todas las formas de violencia hacia NN.

Las neurociencias han evidenciado la importancia de atender a la niñez desde la gestación y especialmente hasta los tres años de edad, demostrando que la atención integral durante los primeros dieciocho meses mejora el desarrollo futuro y evita deficiencias irreversibles (Mustard, 2006). En ese sentido, lo genético marca el rumbo de las bases materiales para el desarrollo, pero la construcción de cada sujeta/o depende de sus experiencias en interacción con el entorno, en particular con los primeros agentes socializadores (familias y responsables del cuidado temprano). La etapa de vida de la primera infancia es, por tanto, de alta sensibilidad para la inversión de una sociedad, una inversión económica y social que habilita una convivencia con mejores herramientas y capacidades en la adultez (Heckman, 2007).

Partiendo de informe de la OMS sobre el tema: “*La primera infancia es la etapa más importante en el desarrollo del ciclo vital del individuo*” (Irwin et al., 2007:19), y el **Plan de Primera Infancia, Infancia y Adolescencia** del CNPS que sobre él se

² en tanto “minorizado” (menor reconocimiento social, asociado a la percepción de “no poder”, “no saber”, su palabra tiende a no ser escuchada)

basa, se entiende que: *“En los primeros dos años de vida se constituye una parte importante del desarrollo intelectual, emocional, físico, inmunológico y social (...) Las investigaciones demuestran que el entorno inmediato de los niños y niñas tiene un impacto significativo sobre la estructura y el desarrollo del cerebro. Un bebé nace con miles de millones de células cerebrales que representan el potencial de toda su vida; sin embargo, para desarrollarse, estas células necesitan conectarse entre sí. Cuanto más estimulante sea el ambiente primario, más conexiones se forman en el cerebro y mejor es el progreso del niño o niña en todos los aspectos de su vida, es decir, en el desarrollo físico, emocional y social, así como su capacidad para expresarse y adquirir conocimientos. Si bien la nutrición y el crecimiento físico son fundamentales, los niños pequeños también necesitan un ambiente afectivo y receptivo para su desarrollo. Los niños y niñas precisan oportunidades para explorar su mundo, jugar y aprender”* (CNPS, 2016:21 y 22).

Parentalidad positiva

La primera infancia está muy ligada, por su dependencia biológica y emocional a las personas adultas de su entorno y a que éstas puedan ejercer un rol protector y estimulante para un adecuado desarrollo. Es por esto que, específicamente en esta franja etaria, es de primordial importancia tener en cuenta la interrelación entre NN y quienes están a cargo de su cuidado.

En este sentido cobra relevancia el concepto de parentalidad positiva o *“ejercicio positivo de la parentalidad”*, que *“se refiere al comportamiento de las figuras parentales fundamentado en el interés superior del niño, que cuida, desarrolla sus capacidades, no es violento y ofrece reconocimiento y orientación que incluyen el establecimiento de límites que permitan el pleno desarrollo del niño”* (Recomendación Rec 19 2006: p2)

Los efectores de salud y centros socioeducativos de atención a la primera infancia, así como los programas de proximidad, son actores privilegiados para acompañar a las familias en el fortalecimiento de sus **competencias parentales**. Para ello es fundamental que las intervenciones técnicas incorporen, de forma transversal y sistemática, el enfoque de derechos con perspectiva de género, generaciones y diversidad.

Tal como señalan Barudy y Dantagnan, las competencias parentales se componen de dos dimensiones: *capacidades* (comprenden los recursos emotivos, cognitivos y conductuales que permiten dar respuesta a las necesidades de NN) y *habilidades* (la parentalidad es una práctica social, por lo tanto se relaciona a modelos de crianza familiares, la participación en redes, y el saber hacer uso de recursos comunitarios para asegurar el cuidado y la educación de NN). (Barudy y Dartagnan, 2010)

Siguiendo a Álvarez, se debe tener presente que *“Conceptualizar desde la política estatal a la familia y concebirla como sujeto de derechos es relevante, entre otras razones, porque subsisten en el campo de las políticas sociales, discursos y prácticas que - enraizados en antecedentes y rutinas institucionales, campos disciplinares o trayectorias profesionales - con frecuencia naturalizan, esencializan o individualizan el ejercicio de la parentalidad, a pesar de sus declaraciones, asociándolo con estereotipos ya sea alejados de las familias reales, ya sea unidos a expectativas de género productoras de desigualdades”* (Álvarez et al., 2014:352).

Desde la institucionalidad de trabajo con la primera infancia es particularmente importante aportar al fortalecimiento de las competencias parentales, erradicando las prácticas de crianza violentas y promoviendo una disciplina sensible.

Justificación de una guía de detección e intervención oportuna

A nivel nacional, de acuerdo a datos que surgen de la Encuesta de Indicadores Múltiples por Conglomerados (en adelante MICS), dos de cada tres NN de entre 2 y 4 años experimentan regularmente algún tipo de disciplina violenta (agresión psicológica o castigos corporales) en el hogar (UNICEF-MIDES, 2013).

Por su parte, de las respuestas de las personas referentes de NN menores de 4 años a través de la Encuesta Nacional de Nutrición y Desarrollo Infantil (2015) (Datos recogidos mediante el instrumento de IPCG GIEP) cabe destacar los datos sobre **prácticas punitivas frente a la desobediencia**: *“Un 40,3% manifiesta responder a los «caprichos» a través de gritos y golpes; un 17,7% afirma que «una buena paliza de vez en cuando les hace bien», y un 12,6% cree que la violencia física resulta inevitable para que los niños entiendan («no hay más remedio»). Estas creencias evidencian una naturalización de conductas violentas en la puesta de límites, y actúan legitimando la vulneración de derechos de niños y niñas. Un 43,4% plantea que «las mañas» se irán si se deja que los niños lloren «hasta que se cansen», y un 17,3% entiende que ante una «rabieta» el adulto debe abstenerse de intervenir y los niños deberán tranquilizarse sin atención ni respuesta de su parte”* (MIDES- Presidencia 2015: 219).

Asimismo, la MICS (2013) revela que *“Aquellos niños que estuvieron expuestos a prácticas violentas, presentan un menor desarrollo socioemocional y genérico (...) que aquellos con prácticas de crianza que se basan en métodos exclusivamente no violentos. Para estos el índice de desarrollo adecuado es de un 97,6%, en tanto, entre aquellos que existió maltrato, es de 70,9%. El tipo de prácticas de crianza también se asocia con el desarrollo socioemocional de los niños y niñas de 3 y 4 años. Asimismo, los niños/as que sufren castigo corporal en casa son más propensos a tener conductas violentas contra otros niños/as y adultos. La probabilidad de que niños/as de 3 y 4 años presenten conductas violentas es casi 2 veces mayor entre los niños que reciben castigo corporal.”* (Retamoso y Vernazza, 2017)

Por otra parte, de acuerdo al Informe de Gestión 2018 del SIPIAV, el 12 % de las situaciones registradas por el Sistema corresponden al tramo etario de 0 a 3. A esto se agrega que el 79% del total de situaciones detectadas en la infancia - adolescencia son recurrentes, es decir que tienen una historia de abuso y maltrato. Solo una de cada diez situaciones es detectada en su fase de inicio. De modo que se puede sostener la hipótesis que una detección temprana e intervención oportuna podría disminuir el riesgo y la cronicidad.

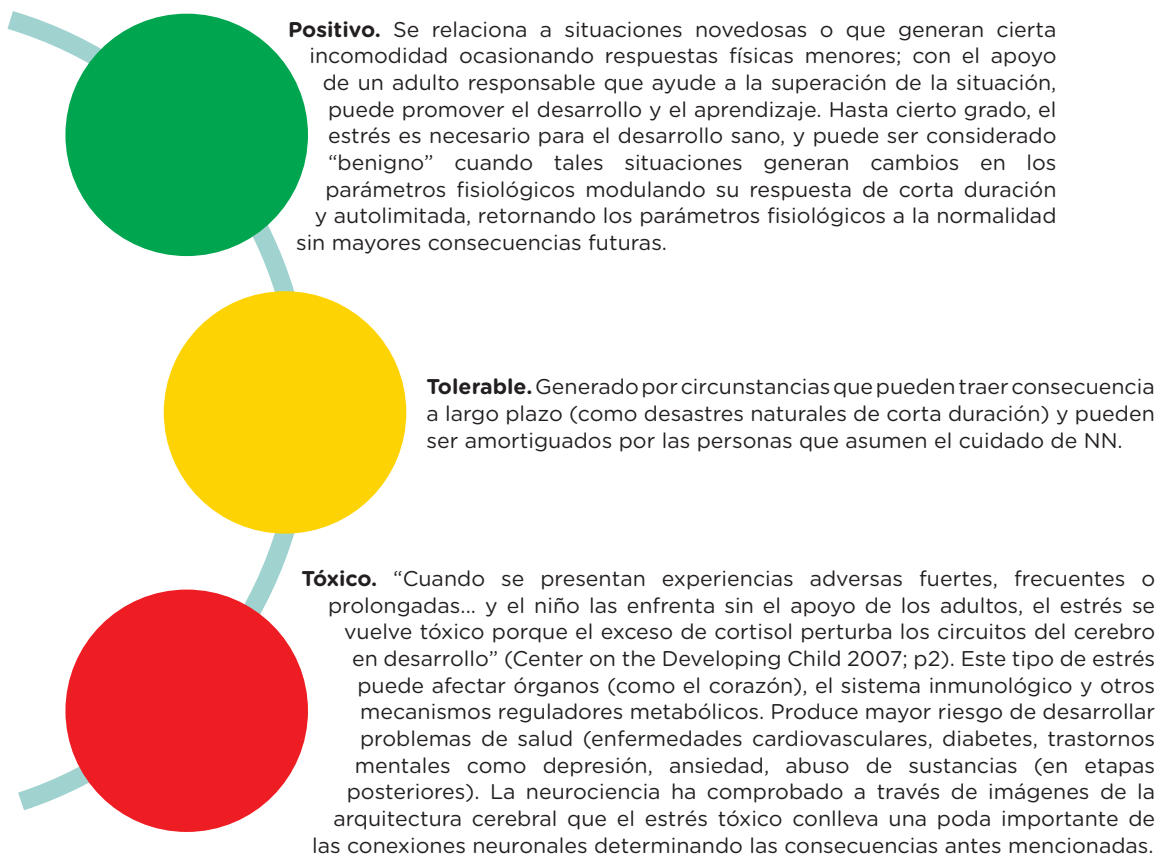
Impactos de la violencia y estrés tóxico en la Primera Infancia

El desarrollo cerebral se inicia en la gestación y tiene especial relevancia durante la primera infancia. En el período intrauterino, el cerebro comienza a desarrollarse entre la segunda y tercera semana después de la concepción, siendo los primeros 3 años de vida el momento de mayor crecimiento cerebral. Además de estos fenómenos,

la mielinización³ ocurre principalmente después del nacimiento, por lo tanto, es fundamental para el desarrollo una adecuada nutrición de macro y micronutrientes. La suma de estos procesos a lo largo de los primeros años de vida modifica la estructura del cerebro bajo influencia de las experiencias vividas, resultando en el impresionante desarrollo neurológico que permite a NN gradualmente adquirir nuevas capacidades motoras, lingüísticas, cognitivas y sensoriales.

Ahora bien: los períodos sensibles permiten la construcción de una gran cantidad de habilidades, pero por otro lado son una gran “ventana de vulnerabilidad” a los posibles efectos nocivos del medio. En esta fase de crecimiento la estructura cerebral es altamente receptiva y la ausencia de estímulos, o la ocurrencia de estímulos negativos, pueden dejar marcas duraderas, tanto por la elevada vulnerabilidad de los individuos en esta fase de desarrollo, como por el efecto acumulativo de estos factores a lo largo de la vida.

Durante la primera infancia, el niño vive experiencias que pueden generar distintos niveles de estrés: positivo, tolerable o tóxico.



³ Proceso de formación de una vaina de mielina (sustancia que facilita la transmisión de los impulsos nerviosos entre neuronas) responsable de la conexión neuronal.

Con respecto al impacto emocional en NN expuestos a estrés tóxico, es posible enumerar:

- Sentimientos de soledad, tristeza, temor, depresión, agresividad, ambivalencia afectiva
- Dificultades de relacionamiento afectivo, tanto entre pares como con personas adultas
- Reproducción de modelos violentos de relacionamiento aprendidos
- Dificultades que afectan su proceso de adquisiciones acordes a la edad

Las relaciones estables y afectivas son esenciales para el desarrollo saludable de niño/a (desde el embarazo) y fundamental en los primeros años de vida. *“Los estudios en la materia demuestran que los bebés que tienen relaciones seguras y confiables con madres, padres y/o cuidadores experimentan una mínima activación a la hormona del estrés cuando se sienten atemorizados por algún acontecimiento extraño y que aquellos que tienen relaciones inseguras experimentan una activación significativa del sistema de respuesta al estrés. Numerosos estudios científicos apoyan estas conclusiones: proporcionar relaciones receptivas y de apoyo lo antes posible en la vida puede prevenir o revertir los efectos nocivos del estrés tóxico”* (Center on the Developing Child 2007: p2).

Desde el embarazo y en la primera infancia, los entornos en los que niñas y niños crecen y la calidad de los vínculos con las personas que les rodean son fundamentales en su desarrollo.

MARCO NORMATIVO

La **Convención de los Derechos del Niño**, aprobada por resolución de la Asamblea General de Naciones Unidas, Res. 44/25, de **1989**, plantea en 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 encuentre bajo la custodia de los padres, de un representante legal o de cualquier otra persona que lo tenga a su cargo*”. La ratificación de esta Convención implica que el Estado se compromete a garantizar los derechos que allí se plasman a través de su legislación y a elaborar políticas públicas para el efectivo ejercicio de esos derechos.

El **Código de la Niñez y Adolescencia (2004)** plantea en los artículos 117, 118, 119, 120 y 121 medidas legales ante situaciones de vulneración de derechos de NNA por parte de sus referentes familiares o cuidadoras/es y en los artículos 130 y 131 se definen las situaciones de maltrato y abuso frente a las que se actúa judicialmente.

En 2007 se crea la **Ley 18.214** que prohíbe el castigo físico y el trato humillante hacia NNA. Se modifica el texto sobre patria potestad, resaltando la orientación y responsabilidad de las personas adultas y dejando de lado la noción de autoridad y “corrección moderada”.

En ese mismo año, siguiendo las recomendaciones internacionales, se crea el **Sistema Integral de Protección a la Infancia y Adolescencia contra la Violencia (SIPIAV)**.

En 2017 se aprueba la **Ley 19.580, Ley Integral contra la violencia hacia las mujeres basada en género**. Muchos de los artículos que comprende refieren a niños, niñas y adolescentes: Art. 9 Derechos de las niñas, niños y adolescentes en los procesos administrativos y judiciales. Art. 26. Directrices para las políticas de comunicación. Art. 28. Directrices respecto a las políticas de infancia y adolescencia. Art. 86. Abuso sexual. Art. 87. Abuso sexual especialmente agravado. Art. 88. Abuso sexual sin contacto corporal. Art. 90. Omisión de los deberes inherentes a la patria potestad. 91 y 92. Divulgación de imágenes con contenido íntimo.

Durante la última década, asimismo, se han creado distintos tipos de protocolos que constituyen orientaciones fundamentales en la materia:

- Mapa de ruta para la prevención y la atención de situaciones de maltrato y abuso sexual infantil en el sector salud (MSP, ASSE, SIPIAV, UNICEF, PNUD, 2009).
- Modelo de Atención Integral (SIPIAV 2012).
- Mapa de Ruta para situaciones de maltrato y abuso sexual en niños, niñas y adolescentes detectadas en el ámbito escolar. Edición 2013 (Consejo de Educación Primaria, SIPIAV, UNICEF, 2013).
- Lineamientos para la intervención de los ETAF y equipo supervisor ante situaciones de violencia de género y generaciones hacia mujeres, niños, niñas y adolescentes (Cercanías, SIPIAV, MIDES, INAU, INMUJERES, 2016). Este protocolo es referencia además de para los ETAF, para los equipos de acompañamiento familiar de Uruguay Crece Contigo.

- Sistema de Protección contra la violencia hacia NNA (SIPIAV 2016).
- Protocolos de atención (ASSE 2017).
- Protocolo para el abordaje de situaciones de violencia sexual hacia niñas, niños y adolescentes en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud (MS, 2018).
- Violencia hacia niños, niñas y adolescentes: Herramientas para el Proceso Judicial (SIPIAV 2019).

ELEMENTOS PARA LA DETECCIÓN, HERRAMIENTAS PARA LA INTERVENCIÓN Y DERIVACIÓN

6.1 Tipología de las violencias

Al ahondar en el concepto de violencia, surge que ésta tiene variadas formas de manifestarse, e incluso se podría hablar de las violencias, en plural. Más allá de la necesidad de reconocer la variedad de manifestaciones que expresan violencia, debe tenerse en cuenta que los tipos de violencia no se dan en forma aislada sino que las más de las veces suelen presentarse en forma simultánea (cuando hay maltrato físico también existe maltrato emocional, por ejemplo). Así como también NN pueden sufrir violencia, incluso distintos tipos, por más de una persona adulta.

Negligencia: Falta de protección de NN ante eventuales riesgos y falta de atención de sus necesidades básicas cuando madre, padre o cuidadoras/es están en condiciones de atenderlas (Mapa de ruta ANEP, 2013).

Castigo físico: Forma de disciplinamiento que causa incomodidad o dolor (sin heridas), con la intención de corregir una conducta no deseable (Comité de los Derechos del Niño, 2006; Horno y Gutiérrez, 2004).

Maltrato físico: Toda acción, omisión o patrón de conducta que pueda causar daño a la integridad corporal (Ley 19580)

Maltrato emocional o psicológico: Cualquier actitud que provoque en NN sentimientos de descalificación, humillación o miedo. Se caracteriza generalmente por el uso de la palabra pero puede incluir actitudes no verbales amenazantes que coarten sus iniciativas. Esto incluye la situación de NN testigos de VBG (Mapa ruta ANEP, 2013).

Abuso Sexual Infantil: Ejercicio abusivo de poder de un adulto hacia un NN (tocamientos, utilizar lenguaje obsceno, contacto con genitales, penetración, etc.) para satisfacción sexual de quien lo ejerce. (Ley 19580)

Síndrome de Münchhausen por poder (by proxy): Refiere a los casos en que madre, padre y/o cuidadoras/es tienen la necesidad compulsiva de engañar en forma repetida al personal de salud o de atraer la atención hacia sí como cuidador/a ideal a través de inventar enfermedades en el niño/a promoviendo la exposición reiterada a tratamientos e intervenciones (F. de la Cerda y cols).

Maltrato químico: Consiste en administrar sustancias al niño/a con la finalidad de calmarlo, hacerlo dormir, o que deje de llorar. Las sustancias empleadas pueden ser variadas, desde té de yuyos, alcohol etílico, hasta psicofármacos depresores del sistema nervioso central (benzodiacepinas, entre los más comunes). (UNICEF 2017)

Económica: Refiere al no pago de pensión alimenticia (Ley 19580)

Simbólica: Trasmisión de mensajes, valores, creencias, etc. que tiendan a perpetuar situaciones de dominación. (Ley 19580)

Institucional: Es toda acción u omisión de cualquier autoridad, funcionario o personal del ámbito público o de instituciones privadas. (Ley 19580)

Étnico/Racial: Cualquier expresión de discriminación debida a su origen étnico/racial (Ley 19580)

Explotación Sexual Comercial: se trata de la utilización de niñas, niños en actividades sexuales, eróticas o pornográficas para la satisfacción de los intereses o deseos de una persona o grupo de personas a cambio de un pago o promesa de pago económico, en especie o de cualquier tipo, para el niño/a o una tercera persona. (UNICEF 2017, Ley 17815)

Sexista: Cualquier forma de discriminación por razones de género. (Ley 19580)

Teniendo en cuenta la franja etaria a la que apunta el presente documento así como los propósitos que persigue, aquí se hará especial énfasis en las siguientes formas de maltrato: negligencia, maltrato físico, psicológico/emocional y abuso sexual.

6.2 Ámbitos

A su vez la violencia en general, y por tanto también hacia la primera infancia puede manifestarse en distintos ámbitos:

- El hogar y la familia
- Instituciones de los sistemas educativos y de cuidados
- Instituciones de protección y de justicia
- Efectores de salud
- Instituciones con madres privadas de libertad con NN a cargo.
- Comunidad
- Entornos virtuales

Esta lista no es exhaustiva, ni pretende contemplar todos los ámbitos en los cuales NN puede sufrir o verse expuestos a situaciones de violencia; el maltrato y/o abuso puede darse en los diferentes ámbitos donde NN viven su cotidianidad. Los lugares que deberían officiar de espacios protectores son muchas veces aquellos en los cuales son violentados.

6.3 Dificultades para la detección de situaciones

Lamentablemente, es muy escasa la información sistematizada disponible para detectar y valorar las características y la intensidad del maltrato y abuso sexual en NN pequeños (0 a 3 años). El grueso de las investigaciones sobre el tema se centran

en las secuelas o efectos adversos por exposición a diferentes tipos de violencia, y muy poco en el desarrollo de indicadores precisos para un diagnóstico e intervención adecuados.

Un **indicador** es una señal de alarma que puede estar asociada a una situación de violencia. Generalmente, un solo indicador no permite por sí solo establecer categóricamente que se trata de una situación de maltrato o abuso sexual. Se debe de tener en cuenta, por tanto, una serie de signos y señales, entre ellos:

- Indicadores para la identificación de redes protectoras y no protectoras
- Indicadores físicos
- Manifestaciones tónico-emocionales, expresiones corporales y alteración de las funciones básicas.
- Características de la interacción persona adulta/ NN

Como un primer acercamiento a los indicadores de maltrato y/o abuso, podemos hablar de dos tipos de indicadores: específicos e inespecíficos.

Los inespecíficos son aquellos aspectos del comportamiento social, relacional o conductual e incluso físico, que se pueden apreciar en NN pero que no permiten inferir por sí mismos y en forma aislada la ocurrencia de situaciones de violencia. Los específicos, por su parte, son aquellas señales, signos o síntomas que indican sin lugar a dudas la ocurrencia del maltrato y/o abuso. Es importante destacar que el indicador específico por excelencia es el RELATO espontáneo de la situación de violencia, que en esta etapa suele presentarse a través de diferentes mediadores de comunicación privilegiados según la edad y características personales de NN (juego, gestualidad, mímica...).

Existen dificultades desde el entorno adulto para comprender las señales aportadas por los niños pequeños, notándose una tendencia a la invisibilización o desestimación.

El proceso de detección depende de varios factores: vínculo de NN con la persona perpetradora, características del maltrato y/o abuso, momento del desarrollo de NN en que da inicio el abuso y duración del mismo.

En esta etapa, la detección implica una capacidad de observación más aguda y precisa hacia NN, el entorno y sus interacciones, prestando especial atención a las involuciones respecto a logros alcanzados y otros indicadores que requieren de la complementariedad de miradas de los diferentes actores involucrados. De ninguna manera se trata de que quien o quienes detectan tengan que confirmar totalmente la situación. No tiene que ser un peritaje (existe incompatibilidad entre éste y la atención), sino más bien aportar la mayor cantidad de información posible sobre lo detectado y su contexto.

Por estas razones, es preciso reunir un conjunto de datos y argumentos que son previos a la elaboración de un diagnóstico. Lo importante no es conocer las circunstancias exactas y menos aún provocar confesiones, sino evaluar el peligro que corren NN en las circunstancias en que se encuentran. En muchos casos, por el bienestar del NN habrá que ayudar a las personas adultas responsables más que castigarles, y obtener su confianza y su cooperación en las medidas consideradas para iniciar un tratamiento. Por lo tanto se debe analizar antecedentes, características individuales de las personas adultas y de NN, así como las interacciones recíprocas.

6.4 Indicadores para la identificación de redes protectoras y no protectoras

El siguiente cuadro pretende ayudar a focalizar la atención con miras a la captación precoz de situaciones de maltrato o abuso:

| Factores protectores | Factores no protectores |
|---|---|
| La presencia de un centro socioeducativo o de cuidado que la familia toma como referencia. Buena participación, y asistencia regular. | Vínculo débil entre la familia y el centro socioeducativo o de cuidado. Escasa participación, con asistencia irregular. |
| Controles periódicos en efector de salud; tener médico de referencia que conozca a NN y familia. | Cambios frecuentes o sistemáticos de efectores de salud. |
| Participación en programas de protección social. | Ausencia o fragilidad en la participación de redes institucionales territoriales próximas. |
| Existencia de redes familiares protectoras y cuidadoras. | Debilidades de las redes familiares, antecedentes o existencia de VBG, antecedentes de medidas de amparo hacia otros NN de la familia. Hermana/o fallecida/o de causa no aclarada (sospechosa de maltrato). Dinámica familiar que acepta y justifica la violencia y el castigo. |
| Presencia de redes sociales protectoras (sistemas de educación y salud, organizaciones comunitarias, otras personas allegadas). | Ausencia y/o fragilidad de redes sociales protectoras. |

6.5 Indicadores físicos

En el maltrato suelen predominar las manifestaciones psicológicas, emocionales, conductuales sobre los hallazgos físicos.

Este apartado se centrará en algunas lesiones y patrones lesionales que deben llamar la atención de profesionales de las instituciones que trabajan con niños y niñas hasta 3 años.

Las/os operadoras/es de las distintas instituciones que están en contacto con niñas y niños pueden percibir diversos indicadores físicos compatibles con maltrato.

Si bien la realización de un **examen físico a niñas y niños es competencia del sector de salud**, y dentro de éste específicamente de profesionales médicos, otras/os operadoras/es que trabajan en primera infancia pueden entrar en contacto con algunas lesiones en niñas y niños, por ejemplo en centros de educación y cuidados, en clubes deportivos, entre otros. De ahí la importancia que conozcan los pasos a seguir ante la presencia de lesiones o hallazgos físicos que pudieran corresponder a maltrato.

Muchos cuadros clínicos potencialmente graves pueden revestir la apariencia de maltrato (por ejemplo síndromes hemorrágíparos⁴ de tipo púrpuras, leucemias, así como cuadros infecciosos con manifestaciones cutáneas, entre otros).

Es por ello que:

Ante hallazgos físicos se impone la valoración médica para determinar el origen de los síntomas y si el cuadro clínico requiere algún tipo de estudio y/o tratamiento.

Ver ampliación del tema (6.5.I, 6.5.II, 6.5.III, 6.5.IV) en Anexo

⁴ tendencia a los sangrados

Otros elementos a tener en cuenta:

Hallazgos físicos que traducen falta de cuidados básicos necesarios:

Lesiones por pediculosis masiva

Infecciones cutáneas evolucionadas, heridas no tratadas

Eritema severo, sobreinfectado, en zona del pañal

Acuria, que excede a las posibilidades del medio

Cuadro médico evolucionado, que consulta en forma tardía

Desnutrición exógena, estando en condiciones de brindar aportes nutricionales necesarios

Raquitismo por falta de aportes vitamínicos

Exacerbación de patología respiratoria por inhalación de humo (exposición continua a humo de tabaco o marihuana intradomiciliario)

Caries en número abundante y no tratadas, infecciones periodontales relacionadas con falta de higiene y cuidados odontológicos

También debe prestarse atención a situaciones como:

Síntomas diversos referidos por la persona adulta, involucrando distintos aparatos y sistemas de NN, o que aparecen/se agravan en presencia del adulto/a y mejoran en ausencia de éste/a.

Padre, madre y/o cuidadoras/es que presentan necesidad compulsiva de engañar en forma repetida al personal de salud o de atraer la atención hacia sí como cuidador/a ideal a través de inventar enfermedades en el niño/a promoviendo la exposición reiterada a tratamientos e intervenciones, que podría corresponder a Síndrome de Münchhausen por poder (F. de la Cerda y cols).

Episodios de apnea: si bien pueden corresponder a un ALTE y diversas etiologías que lo expliquen, dentro de ellas debe evaluarse la posibilidad de un maltrato (sofocación).

Cuadros de intoxicación por exposición a drogas de abuso, desvío de uso de sustancias e incluso medicamentos.

Lesiones previas menores centinela (lesiones reiteradas que no han sido de gravedad pero que han quedado sin explicación).

Manifestaciones tónico-emocionales, expresiones corporales y alteración de las funciones básicas.

Al igual que con los indicadores físicos, que requieren de un diagnóstico diferencial, y por lo tanto de la consulta médica, en el caso de las manifestaciones tónico-emocionales, expresiones corporales, alteraciones de las funciones básicas y características de la interacción con adultas/os referentes, es imprescindible la observación y análisis por parte de aquellos profesionales del equipo que abordan estos temas (psicólogos, psicomotricistas). Estas características en la expresividad de NN pueden relacionarse con situaciones de maltrato, así como también con diferentes alteraciones del desarrollo psicomotor o alteraciones vinculares.

| Dimensiones | Polo reactivo <i>(conjunto de manifestaciones corporales exacerbadas que llaman la atención de la persona adulta y el entorno cuya sintomatología se expresa de forma universal)</i> | Polo restrictivo <i>(conjunto de manifestaciones corporales que llaman la atención de la persona adulta que cuida y el entorno por pasar desapercibido, cuya sintomatología es universal)</i> |
|------------------------------|--|---|
| Aspectos Tónico -emocionales | Las fluctuaciones tónicas no se ajustan a las situaciones, predomina el aumento del tono muscular, que expresa un estado de alerta constante. | Las fluctuaciones tónicas no se ajustan a las situaciones, predomina el descenso del tono: “niño blando” |
| Ajuste corporal al otro | Al ser tomado en brazos, el cuerpo del NN ofrece resistencia y no logra acomodarse al cuerpo del adulto/a. | NN tienen una actitud evitativa respecto al contacto cuerpo a cuerpo. Se manifiestan con balanceos, movimientos repetitivos y persistentes. |
| Mirada | Después del tercer mes cuando, supera la mirada cautiva, evita expresamente el contacto visual, girando la cabeza, evita el estímulo estresante. | Presenta una mirada perdida, evita el contacto visual y al mirar objetos puede quedar prendida a los mismos pero sin expresar interés o curiosidad. |
| Comunicación y Lenguaje | Llanto persistente y difícil de calmar. Irritabilidad. Gestualidad exacerbada. | Mínimas expresiones, llanto débil o ausencia de llanto, su presencia puede pasar inadvertida. Rostro inexpresivo. |
| Conductas exploratorias. | Pérdida o ausencia de actividades exploratorias. | |

| | | |
|--------------|---|---|
| Alimentación | Rechazos al alimento persistente, sin causa orgánica. Los vómitos que aparecen en forma secundaria dan cuenta de una vivencia intensa o de una contrariedad y de un proceso de desorganización. | Actitud pasiva, se deja alimentar, no manifiesta disfrute ni saciedad. |
| Sueño | Dificultades de conciliación y mantenimiento del sueño (despertares), estado de hipervigilancia. | Puede permanecer despierta/o por largos períodos sin reclamar nada del ambiente o dormir durante más de 10 horas sin despertarse para comer, jugar , etc. |

En la interacción persona adulta/ NN

| Estilos de Interacción | persona adulta | niña/o |
|------------------------|--|---|
| Sobre Involucrado | <p>La persona adulta se involucra física y/o psicológicamente de forma excesiva con el bebé. Presenta una actitud controladora que obstaculiza iniciativas e intereses del NN. Manifiesta expectativas y exigencias inadecuadas para el nivel de desarrollo del NN. El tono afectivo fluctúa entre manifestaciones ansiosas, depresivas o agresivas que perjudican la interacción.</p> <p>La persona adulta encuentra dificultades para ver al niño como un sujeto singular con intereses o necesidades diferentes de las suyas.</p> | <p>NN puede desplegar conductas de sometimiento, ser excesivamente obediente o, a la inversa, muy desafiante.</p> <p>En NN a partir de 1 año se puede observar un control sorprendente de afectos, es capaz de contener gritos, risas a la menor señal de las personas adultas referentes. Desarrolla una sobreadaptación y puede tener comportamientos agresivos hacia NN más débiles sin motivo o estrategias seductoras para minimizar situación de violencia.</p> <p>La expresión de sus habilidades motrices y/o expresividad lingüística puede verse empobrecida. Suele mostrarse enojada/o o gimotear.</p> |

| | | |
|------------------|---|---|
| Subinvolucrada | <p>La persona adulta está desconectada del NN, tiene interacciones esporádicas.</p> <p>La persona adulta se muestra poco sensible o no responde a las señales que ofrecen NN.</p> <p>Discordancia e inconsistencia entre el discurso de la persona adulta y las interacciones observadas.</p> | En este contexto el desarrollo de NN puede interpretarse como retraso o como precozmente autónoma/o (autosuficiente). |
| Colérico -hostil | <p>Se caracteriza por una interacción ruda y abrupta. El tono de las interacciones es hostil, agresivo y violento.</p> <p>La persona adulta se enoja frente al nivel de dependencia y necesidades de NN.</p> | NN puede parecer asustada/o, ansiosa/o, inhibida/o, impulsiva/o. Puede presentar conductas desafiantes o resistentes hacia la persona adulta, pero también puede mostrarse temerosa/o, vigilante y evitativa/o. |

ABORDAJE DE LA SITUACIÓN: HERRAMIENTAS PARA EL DISEÑO, SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE LA INTERVENCIÓN

Procesos de respuestas aconsejables

La sospecha, detección y posterior confirmación de una situación de violencia dirigida hacia niños y niñas puede producirse a través de diferentes situaciones que involucren referentes de cuidado o institucionales. El abordaje no debe realizarse en ningún momento en forma solitaria, sino que requiere de una mirada interdisciplinaria e intersectorial que genere estrategias en los distintos niveles de la intervención requerida para dar respuesta a este tipo de problemática.

Es importante destacar, como fue mencionado anteriormente, que no necesariamente quienes participaron de la detección son quienes realizarán el proceso de evaluación diagnóstica, siendo sí fundamental el relevamiento inicial que éstos obtuvieron, para las etapas posteriores.

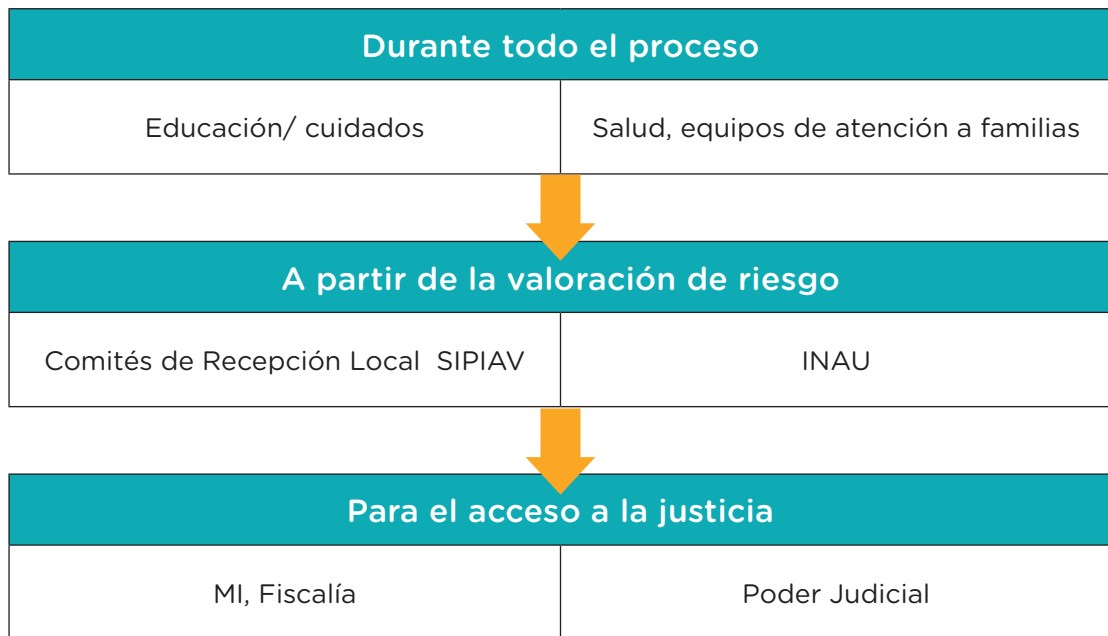
Todo esquema implica un recorte y simplificación de la realidad, por lo que no es capaz de abarcarla en todas y cada una de sus manifestaciones concretas (con sus infinitas complejidades). Sin embargo, como guía para la intervención, surge la conveniencia de distinguir momentos esperables en la intervención, aún cuando éstos suelen solaparse en la práctica.

Hechas estas salvedades, se presenta el siguiente **diagrama orientador**:



El siguiente cuadro apunta a permitir una rápida visualización del momento esperable para la participación de los diversos actores. En cada situación concreta, sin embargo, pueden ocurrir intervenciones que no se rigen por lo esperable. A título de ejemplo, una situación puede no haber sido detectada por los sistemas de cuidados, y, a través de denuncia de un particular, llegar al sistema de justicia.

Asimismo, debe tenerse en cuenta que el INAU está presente a través de los diversos dispositivos territoriales y los CRL, interviniendo a partir de la evaluación del riesgo, así como también desde los centros educativos/de cuidado (CAIF/CAPI, Nuestros Niños, Espacios de educación y cuidado, Casas comunitarias de cuidados, Centros Siempre, entre otros) o los Programas de alta proximidad (UCC, Programa Cercanías/ETAF, Jóvenes en Red).



Sospecha/Detección de una situación de violencia dirigida hacia niños y niñas

La sospecha

La sospecha supone presencia de indicios poco claros e inespecíficos que por sí solos no son suficientes para confirmar ni descartar que una situación de violencia haya ocurrido. La sospecha parte siempre de algo que una persona adulta ve, cree, considera, piensa o supone (Baita y Moreno, 2015)

La evaluación de la sospecha implica recabar información disponible acerca de:

- La historia de NN, sus circunstancias de vida actual, posibles síntomas, reacciones, conductas y estados emocionales. ¿Cuáles son sus referentes de cuidado? Manejo de la higiene, alimentación y cuidados de salud por su parte.
- Explorar si existen antecedentes de violencia intrafamiliar o abusos.
- Historial de intervenciones con la familia a nivel de otras organizaciones; evitar empezar de cero y tener una mirada sistémica de las partes involucradas.

- Analizar la modalidad de relacionamiento de la familia con las redes, si logra sostener acuerdos de los cuales participa en forma activa.

Es menester asimismo identificar una persona adulta referente protectora. Para ello, importa tener en cuenta la historicidad del vínculo persona adulta/NN, recoger la percepción de equipos con trato cotidiano con NN y familia, antecedentes de respuestas de las personas adultas a las distintas situaciones.

Ante la sospecha de una situación de violencia los equipos de trabajo responsables en los cuidados de niñas y niños deben procurar una intervención lo más pronto posible, que le proteja y evite su revictimización.

En casos de signos físicos, es necesario solicitar consulta con la emergencia que cubre el centro, explicando el motivo para facilitar la priorización del llamado. Esta coordinación interinstitucional debe realizarse de forma resguardada de la presunta persona agresora. Procurar garantizar los mecanismos para que acceda a la consulta médica en la forma más precoz posible.

Según Rozanski (2003) es preciso mantener una *“actitud extremadamente cuidadosa, meditada y consultada”*. Es fundamental tener presente que en *“la inmensa mayoría de las situaciones de abuso sexual el examen físico es normal”* (García, 2017). Es preciso sostener una coordinación estrecha con el prestador de salud, para la definición de estrategias, participación y responsabilidades de cada institución en su implementación y seguimiento.

En caso de no ser concluyente la valoración del efector de salud, y se resuelva que NN continúe con su familia, es preciso activar las redes territoriales en coordinación con SIPIAV y equipos especializados si existieran, para armonizar su intervención y seguimiento, definiendo tareas y responsabilidades de cada actor.

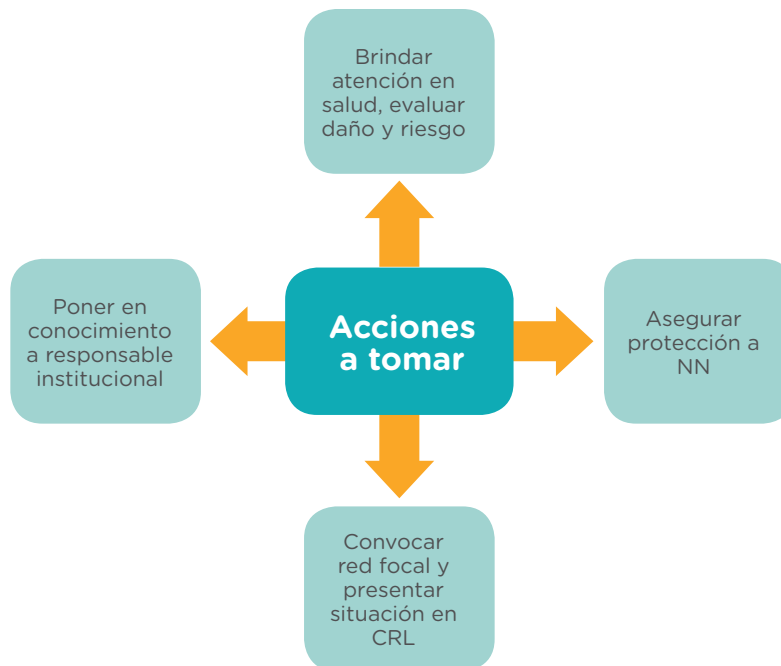
En todo momento y ante todas las situaciones, las personas que operan en estos espacios están sujetas al manejo ético de la información, que implica el cuidado de todas las personas intervinientes y está guiado por el interés superior del niño.

Confirmación de una situación de maltrato/ abuso

Ésta surge de la presencia de indicadores específicos o es resultado de las actuaciones a raíz de la sospecha.

- *“El testimonio de los niños/as cuando existe es un indicador altamente específico (...) En niños o niñas pequeños, la revelación se puede producir por accidente, aún cuando no tengan conciencia de ello. En esta edad, cuando el abuso sexual implica además dolor físico, el mismo dolor puede a veces más que las amenazas (revelación no intencional). Si bien algunos niños no pueden emitir una sola palabra sobre una situación de violencia que están viviendo (aunque su cuerpo y su conducta sí pueden hacerlo), hay niños que pueden hablar sobre el mismo”*. (García 2017)

- “En los niños que relatan espontáneamente lo sucedido, con palabras propias, de una forma precisa, un porcentaje tan alto como el 95% confirma la denuncia”. (Glaser, 1997)
- ETS no adquiridas durante el embarazo ni nacimiento, lo cual en este grupo etario es un desafío para el equipo de salud, puesto que requiere determinar la etiología del contagio y requiere un estudio detallado de la historia materna, del embarazo, parto e historia de NN.
- Lesiones compatibles con maltrato por acción o por omisión (deben ser constatadas en el sistema de salud).



La estrategia de intervención, a ser concertada en el CRL, incluye definir e implementar trabajo con la familia, identificación de persona adulta referente protectora, trabajo con instituciones y comunidad, etc. También implica considerar la situación del conjunto de NNA que integran el núcleo, e incluirlos en la estrategia a tomar.

Evaluación del riesgo

Una vez que la institución de cuidados y/o el centro de salud confirman una situación de violencia dirigida hacia NN, deben realizar una valoración del riesgo. En ella participará quien tiene un vínculo desde la institución con NN, en conjunto con otros actores del territorio y SIPIAV. Esta valoración de riesgo orienta la intervención y no implica necesariamente como primera medida de protección la denuncia.

Es importante remarcar, tal como se mencionara anteriormente, que quien o quienes detectan la situación de violencia, NO tiene/n que realizar una pericia. Lo que es necesario es que los equipos aporten la mayor cantidad de datos posibles, tanto de la situación como del contexto (familiar, social, etc.) para que se pueda hacer una adecuada valoración del riesgo.

Concertación de estrategia de intervención

Dada la complejidad del fenómeno y la especificidad irreplicable de cada una de sus manifestaciones, quienes se guíen por los aportes de este mapa de ruta deberán adaptarlo en cada circunstancia a la realidad concreta que enfrentan. Lo antedicho se refleja en las diferentes acciones que se realizarán para poder abordar el problema en el marco de una intervención integral que garantice el ejercicio de los derechos de niñas y niños que estén siendo vulnerados.

Por este motivo, luego de realizada la valoración del riesgo, el equipo de trabajo a cargo de la intervención deberá desplegar diferentes estrategias en busca de la protección de NN teniendo en cuenta las complejidades de su situación específica.

Es esperable que los centros de primera infancia, desde el ingreso de NN y su familia conozcan las redes familiares, y puedan identificar dentro de sus referentes de cuidado a quienes reúnen las condiciones para ser considerados como personas adultas protectoras.

En un inicio y como primera medida de seguridad se debe intentar identificar quién/es ejerce/n la violencia hacia la niña o el niño. Paralelamente, se debe comenzar a construir una red de protección adulta. Esto implica involucrar a la persona adulta referente protectora, si la hubiera (vínculo familiar o del entorno) y/ o referentes institucionales vinculados a NN que actúen articuladamente en su protección.

Frente a situaciones de alto riesgo

Las situaciones de alto riesgo, que pueden llegar a poner en cuestión la sobrevivencia inmediata, comprenden potencialmente muy distintas modalidades. Todas ellas requieren una respuesta rápida y eficiente.

El tipo de respuesta, y los actores convocados a intervenir en ella, dependen de las circunstancias específicas de cada situación concreta, y que determinan el riesgo que se enfrenta.



Así, frente a compromiso vital por desnutrición grave u otra situación de salud que lo amerite, puede requerirse el inmediato traslado de NN a un centro de salud.

El acceso a la justicia puede ser necesario (en acuerdo con otros técnicos intervinientes) frente a situaciones de ASI y ante la accesibilidad de NN a la persona abusadora (que configura altísimo riesgo inminente). Siempre que sea posible, ante la decisión de judicializar, es deseable que los referentes institucionales territoriales no figuren como denunciantes (por ej. realizando las denuncias desde otros niveles de la organización), apuntando a que la familia no se desvincule de las instituciones protectoras, ya sean de salud, cuidados cotidianos, equipos de cercanía u otros. **En todos los casos, sin embargo, debe primar la protección inmediata de NN.**

El alto riesgo también puede estar dado por la inminencia de su traslado a cargo de persona maltratadora, a otra localidad o fuera del país, lo que puede conllevar la desaparición de la vinculación con redes protectoras.

MAPEO - ACTORES INSTITUCIONALES INVOLUCRADOS EN LA NECESARIA RESPUESTA

Sistema Nacional Integrado de Salud

Su función es garantizar el derecho a la protección de la salud de todos los habitantes residentes en el país. Ofrece servicios integrales de cobertura universal, asegurando la accesibilidad y sustentabilidad de los servicios. Se ocupa de la equidad, continuidad y oportunidad de las prestaciones (Ley n°18211)

El rol del sector salud incluye medidas de prevención primaria (tendientes a evitar la violencia disminuyendo los factores de riesgo y potenciando los protectores), secundaria (detección precoz), terciaria (reparación del daño) y cuaternaria (evitar revictimización e intervenciones no éticas o que vulneren sus derechos).

Secretaría de Cuidados del Sistema de Cuidados.

La Secretaría Nacional de Cuidados, desde su área de infancia, articula y coordina diversas acciones vinculadas a servicios de educación y cuidados para NN de 0 a 3 años. En el marco del Sistema de Cuidados, la oferta de servicios para esta franja etaria, además de ampliarse significativamente a través de nuevos centros CAIF, se ha diversificado, lo cual debe ser tenido en cuenta a los efectos de esta guía. Actualmente existen distintos servicios impulsados por la Secretaría de Cuidados junto con INAU: espacios de cuidado para hijas/os de estudiantes de enseñanza media, centros de cuidado y educación de sindicatos y empresas y casas comunitarias de cuidado. Asimismo, la Secretaría de Cuidados brinda becas de inclusión socioeducativa para centros privados regulados por MEC en convenio con el programa.

Centros de Educación y Cuidados

En esta categoría se incluyen todos los centros, tanto los de gestión y regulación pública (INAU, CEIP ANEP), como los de gestión y/o regulación privada (MEC -CEIP ANEP).

Su intervención es fundamental en la promoción de prácticas de crianza basadas en la no violencia, la corresponsabilidad de género en los cuidados, en la detección adecuada de situaciones de violencia y en la atención de determinadas situaciones emergentes.

Programas o Servicios que realizan acompañamiento y/o atención a familias

Aquí se incluyen programas que realicen intervenciones en el hogar, en el lugar de residencia y/o en la comunidad con familias con NN menores de 4 años: Programa Uruguay Crece Contigo (MIDES), Programa Cercanías (MIDES-INAU-ASSE-MVOTMA-BPS), Servicio de Abordaje Familiar (MIDES); dispositivos territoriales de INAU (Centros de Referencia Familiar, Centros de Estudio y Derivación, CEPRODE), equipos móviles de atención a población en situación de calle (de MIDES e INAU).

Si bien cada uno de estos programas/servicios presenta su especificidad en cuanto a objetivos y metas, en todos se prioriza la atención y protección en situaciones de maltrato infantil.

CRL- SIPIAV

Asesora a equipos de atención directa. Cuando la complejidad y/ o gravedad de la situación lo amerita, elabora estrategia de intervención (que incluye protección, reparación).

Poder judicial

Garantizar el ejercicio de Derechos de niñas y niños, en situaciones de violencia en que se hayan agotado todas las instancias de protección capaces de asegurar la vida libre de violencia.

Ministerio del Interior

A través de la policía nacional actúa preventivamente para que las situaciones de violencia no suceden, protege a las personas que lo requieran y actúa frente a la supuesta comisión de delitos de acuerdo a lo establecido por las leyes vigentes y lo dispuesto por la Justicia (ley orgánica policial N° 13963)

Fiscalía

Persecución de delitos, protección víctimas y testigos.

INAU

Implica prevención, detección, evaluación de riesgo, protección y reparación a través de centros de atención territorial, CED, Centros de Referencia local y CEPRODE, Programas de atención psicosocial a familias, Programas de atención de 24 horas (Familia Amiga, Centros 24hs) con anuencia de la Justicia. También cuenta con proyectos específicos de atención a niños, niñas y adolescentes víctimas de violencia.

ESTRATEGIAS DE AUTO Y MUTUO CUIDADO PARA EL TRABAJO EN/CON VIOLENCIA.

Trabajar en el entramado de violencia dirigida hacia NN implica desarrollar diferentes habilidades para combatir su impacto. El desgaste profesional y la frustración constante no permiten en algunas ocasiones fomentar estrategias y abordajes claros. De hecho el estar en constante contacto con la temática expone a los profesionales y al equipo a impactos emocionales que pueden llegar a ser graves, entre ellos el burn out. Por este motivo la incorporación de estrategias de auto y mutuo cuidado se hacen necesarias para trabajar en esta problemática.

Estrategias de seguridad-protección para operadores/as

Se debe tener en cuenta que las acciones que se llevan adelante en estrategias de protección a víctimas de violencia, pueden implicar que emerjan escenarios de riesgo para las personas afectadas y los equipos que intervienen. Por esto, como se establece en protocolos de seguridad y de abordaje de las instituciones, los equipos deben valorar los posibles escenarios emergentes para poder contemplarlos en la planificación de sus acciones y prevenirlos siempre que sea posible.

Es fundamental que las personas que intervienen no actúen en solitario. Deben contar con apoyo institucional en el desarrollo de su función.

También deben poder apoyarse en la mirada complementaria de técnicas/os de otras disciplinas, otras instituciones, que les permitan una comprensión más abarcativa de la situación.

Asimismo es imprescindible contar con referentes con mayor experiencia/capacitación en la materia, que puedan ser consultados ante las dudas que inevitablemente surjan en uno u otro momento o situación; y recurrir a la supervisión técnica siempre que se pueda.

La formación en la temática es insoslayable, ya que no solamente califica las intervenciones, sino que también brinda seguridad y confianza al personal técnico, disminuyendo así su estrés.

En situaciones especialmente violentas, es posible solicitar protección especial a la policía y/o a la sede judicial.

Estrategias de autocuidado para equipos

Los equipos deben ser protegidos por las instituciones de pertenencia. Éstas tienen la responsabilidad de promover y facilitar su capacitación, sus espacios de encuentro y análisis conjunto de las prácticas.

Esto contribuye a la construcción de conceptualizaciones compartidas, lenguaje común, vínculos de confianza. Lo anterior es particularmente relevante al tratarse de equipos interinstitucionales, que frecuentemente deben deconstruir temores o prejuicios existentes en relación a instituciones que no son la propia.

Se debe evitar por todos los medios que la violencia que se atiende permee dentro de los equipos (lo que naturalmente tiende a suceder). Aquí el papel de las personas que los coordinan, así como de las instituciones en general, es destacado. Ellas deben atender a las más incipientes de sus manifestaciones, para su erradicación.

Complementariamente, los equipos deben tender a fijarse objetivos accesibles, a efectos de disminuir en la medida de lo posible las previsible (se podría decir inevitables) frustraciones. Las responsabilidades individuales son inseparables del apoyo del equipo en su conjunto, quien debe velar por el cuidado de todas y cada una de las personas que lo integran.

BIBLIOGRAFÍA

- Alvarez, V; Aszkinas, L.; Cal, M; Gradin, V; Pintos, M; Orban, L; Rocco, B; (Diciembre, 2014). Ejercicio de la parentalidad en sectores de extrema vulneración: un asunto público. En: *Parentalidades y cambios familiares*. Enfoques teóricos y prácticos. INAU.
- Armus, Marcela et. al. (2012): Desarrollo emocional. Clave para la primera infancia 0 a 3, Kaleidos- Unicef, Argentina
- Barudy, J.; Dantagnan, M. (2010). Los desafíos invisibles de ser madre o padre. *Manual de evaluación de las competencias y la resiliencia parental*. Barcelona. Gedisa
- Center on the Developing Child (2006): Ciencia del Desarrollo Infantil Temprano: Cerrando la brecha entre lo que sabemos y lo que hacemos. Harvard University, recuperado septiembre 2018 en https://d37djvu3ytnwxt.cloudfront.net/assets/courseware/v1/b2fb444d20598d9b88e3b214da19d640/asset-v1:IDBx+IDB12x+1T2017+type@asset+block/AC17._Lectura_La_ciencia_del_desarrollo_infantil_temprano.pdf
- ----- (2007): El impacto de la adversidad durante la infancia sobre el desarrollo de los niños (InBrief). Retrieved from www.developingchild.harvard.edu, recuperado septiembre 2018 en https://46y5eh11fhgw3ve3ytpwxt9r-wpengine.netdna-ssl.com/wp-content/uploads/2015/07/04_EL-IMPACTO-DE-LA-ADVERSIDAD-3.pdf
- Comité de los Derechos del Niño (2005): Realización de los derechos de los niños en la primera infancia (52-119) en Observaciones recuperado junio 2018 en <https://www.unicef.org/ecuador/UNICEF-ObservacionesGeneralesDelComiteDeLosDerechosDelNino-WEB.pdf>
- Consejo Nacional de Políticas Sociales -CNPS- (2016): Plan Nacional de Primera Infancia, Infancia y Adolescencia 2016-2020, recuperado en <http://www.claves.org.uy/web/wp-content/uploads/2014/08/Plan-Nacional-de-Primera-Infancia-Infancia-y-Adolescencia-2016-2010.pdf>
- Chile Solidario- Protege : Manual de Orientación para la Reflexividad y el Autocuidado. Dirigido a Coordinadores de Equipos Psicosociales de los Programas del Sistema de Protección Social Solidario. Recuperado en agosto 2018 en <http://www.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/btca/txtcompleto/chs/12471430384ba8c2343ecf9.pdf>
- de la Cerda Ojeda, Goñi González, Gómez de Terreros (2006): Síndrome de Munchausen por poderes. Munchausen Syndrome by proxy, Cuad Med Forense, 12(43-44), Enero-Abril, recuperado en <http://scielo.isciii.es/pdf/cmfn43-44/04.pdf>
- García, Magdalena (2017): Cuando los niños hablan... Como escuchar, registrar y validar el testimonio de los niños que han sufrido violencia. 4. Valor del testimonio de los niños, Montevideo, ASSE, en Informe de Gestión SIPIAV 2017 (88-90) recuperado agosto 2018 en [file:///C:/Users/Admin/Downloads/Informe_de_gestion_2017_-_SIPIAV%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Admin/Downloads/Informe_de_gestion_2017_-_SIPIAV%20(1).pdf)

- Heckman, James J. (2007): The Economics, Technology and Neuroscience of Human Capability Formation, Discussion Paper No. 2875, Institute for the Study of Labor, (IZA), Bonn, recuperado en septiembre 2018 en <http://ftp.iza.org/dp2875.pdf>
- Irwin, Lori G, Siddiqi, Arjumand y Hertzman, Clyde (2007): Early Child Development: A Powerful Equalizer. Final Report for the World Health Organization's Commission on the Social Determinants of Health, recuperado septiembre 2018 en http://www.who.int/social_determinants/resources/ecd_kn_report_07_2007.pdf
- Jelin, Elizabeth. (Julio 2005). *Las familias latinoamericanas en el marco de las transformaciones globales: Hacia una nueva agenda de políticas públicas*. En: Reunión de Expertos Políticas hacia las familias, protección e inclusión sociales. CEPAL.
- Ministerio de Salud Pública: Guía Nacional para Vigilancia del Desarrollo del Niño y la Niña Menores de 5 años, recuperado en junio de 2018 en http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/Guia%20vigilancia%20desarrollo%20del%20nino_1.pdf
- MIDES- Presidencia (2015): Reporte Uruguay 2015, recuperado en septiembre de 2018 en http://observatoriosocial.mides.gub.uy/Nuevo_Test/midesv2/adjContenidos/adjcont455.pdf
- Nashieli Ramírez: Primera infancia: Agenda pendiente de derechos (63-72) en Palacios, Jesús y Castañeda, Elsa (Coords): La primera infancia (0-6 años) y su futuro, recuperado junio de 2018 en [https://www.google.com.uy/search?q=Palacios%2C+Jes%C3%BA+y+Casta%C3%B1eda%2C+Elsa+\(Coords\)%3A+La+primera+infancia+\(0-6+a%C3%B1os\)+y+su+futuro&oq=Palacios%2C+Jes%C3%BA+y+Casta%C3%B1eda%2C+Elsa+\(Coords\)%3A+La+primera+infancia+\(0-6+a%C3%B1os\)+y+su+futuro&aqs=chrome..69i57j0j8&sourceid=chrome&ie=UTF-8](https://www.google.com.uy/search?q=Palacios%2C+Jes%C3%BA+y+Casta%C3%B1eda%2C+Elsa+(Coords)%3A+La+primera+infancia+(0-6+a%C3%B1os)+y+su+futuro&oq=Palacios%2C+Jes%C3%BA+y+Casta%C3%B1eda%2C+Elsa+(Coords)%3A+La+primera+infancia+(0-6+a%C3%B1os)+y+su+futuro&aqs=chrome..69i57j0j8&sourceid=chrome&ie=UTF-8)
- Lozano, Fernanda (2017): Violencia sexual: recomendaciones para su abordaje desde los servicios de salud. 2. Violencia Sexual, Montevideo, ASSE, recuperado agosto 2018 en [file:///C:/Users/Admin/Downloads/violencia_sexual%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/Admin/Downloads/violencia_sexual%20(3).pdf)
- Mito, Regina. (2010) Familia, trabalho com famílias e Serviço Social. En: Serviço Social em Revista ISSN: 1679-4842, v. 12, n. 2.
- Oficina del Representante Especial del Secretario General sobre la violencia contra los niños: La prevención de la violencia debe comenzar en la primera infancia, versión en inglés recuperada en julio 2018 en https://es.scribd.com/document/373345893/SRSGBookletViolencePreventionMustBeginInEarlyChildhood-March2018-0#from_embed
- OMS (2016): definición de maltrato infantil, recuperado en septiembre de 2018 en <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment>
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (2000): Objetivos de Desarrollo Sostenibles, recuperado junio 2018 en <http://www.undp.org/content/undp/es/home/sustainable-development-goals.html>

- Recomendación Rec 19 (2006) of the Committee of Ministers to Member States on Policy to Support Positive Parenting. Explanatory Record, recuperado en septiembre de 2018 en [http://www.kekidatabank.be/docs/Instrumenten/RvE/2006%20CMRec\(2006\)19_%20policy%20to%20support%20positive%20parenting.pdf](http://www.kekidatabank.be/docs/Instrumenten/RvE/2006%20CMRec(2006)19_%20policy%20to%20support%20positive%20parenting.pdf)
- Retamoso y Vernazza (2017): Panorama de la violencia hacia la infancia en Uruguay, Unicef Uruguay, recuperado en septiembre de 2018 en http://pmb.aticounicef.org.uy/opac_css/doc_num.php?explnum_id=182
- L. Roggman, N. Cardia (eds.), Home Visitation Programs, Springer International Publishing Switzerland 2016.
- SandeMuletaber, Sandra (2017): Violencia de género y generaciones. N°1, Montevideo, ASSE, recuperado en [file:///C:/Users/Admin/Downloads/genero_y_generaciones%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/Admin/Downloads/genero_y_generaciones%20(2).pdf)
- Silva Balerio, Diego. (Diciembre, 2014). Entre la tradición tutelar y la promoción de derechos: contradicciones para la construcción de políticas públicas. En: *Parentalidades y cambios familiares*. Enfoques teóricos y prácticos. INAU
- SIPIAV (2018) Informe Nacional de Gestión 2017, INAU, recuperado en septiembre 2018 en [file:///C:/Users/Admin/Downloads/Informe_de_gestion_2017_-_SIPIAV%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Admin/Downloads/Informe_de_gestion_2017_-_SIPIAV%20(1).pdf)
- UNICEF (2017): La violencia en la primera infancia. Marco Regional de UNICEF para América Latina y el Caribe recuperado junio 2018 en https://www.unicef.org/lac/sites/unicef.org.lac/files/2018-03/20171023_UNICEF_LACRO_FrameworkViolencia_ECD_ESP.pdf

ANEXO

INDICADORES FÍSICOS DE MALTRATO EN MENORES DE 3 AÑOS

Dra. Fernanda Lozano Méndez^[1]

El examen físico de un niño es competencia exclusiva del personal de salud. No obstante algunos operadores que trabajan con niños menores de 3 años, durante las actividades cotidianas pueden advertir lesiones que generen dudas en cuanto a su etiología (maltrato, accidental, patología médica).

Este anexo pretende brindar algunas orientaciones generales sobre las lesiones y patrones lesionales que deben llamar la atención de los técnicos de las instituciones que trabajan con niños y niñas de hasta 3 años, y la conducta a seguir.

Es importante recordar que en la mayoría de los casos de maltrato el examen físico suele ser normal, o presentar hallazgos inespecíficos, al igual que ocurre con el abuso sexual; y que por el contrario muchos hallazgos en niños/as que en este grupo etario suelen generar sospechas de maltrato o abuso, responden a otras etiologías, algunas banales, pero otras potencialmente graves.

Los hallazgos se pueden sistematizar por sistemas.

Hallazgos en piel, mucosas y faneras^[2]

Debe tenerse presente que en el maltrato infantil, cuando hay lesiones suelen predominar a nivel cutáneo. A dicho nivel pueden apreciarse zonas de alopecia en cuero cabelludo (falta de cabello), que pueden corresponder a diversas etiologías (infecciosa, traumática, por apoyo-decúbito prolongado en la misma posición en lactantes pequeños). También puede apreciarse lesiones sobreinfectadas por pediculosis.

En piel las lesiones predominantes suelen ser de tipo contusas, es decir producidas por objetos romos, con un peso considerable, sin filo ni punta (por ejemplo manos, uñas, dedos, palos, zapatos, varas, cinto, etc.). Cuando el objeto actúa sobre la superficie cutánea, pueden desprender las capas superficiales de la piel dejando una erosión o excoriación (en esta última se forma una costra), o pueden generar una solución de continuidad un poco más profunda ocasionando una laceración (lesión abierta con bordes contusos, y donde hay pequeños puentes tisulares, suelen ser asiento en regiones donde hay un plano óseo subyacente, por ejemplo en la rodilla, codo, o región ciliar encima del párpado superior). En otras ocasiones, el agente lesiona los vasos sanguíneos pero debido a la elasticidad cutánea, la piel resiste y se producen lesiones contusas superficiales cerradas como equimosis (llamada habitualmente “moretón”), debido a la extravasación de sangre originada por la rotura de los vasos

[1] Médica legista. Máster en Medicina familiar y comunitaria.

[2] estructuras complementarias y visibles sobre la piel o que sobresalen de ella (uñas, pelo)

sanguíneos y hematomas (tumorción causada por la acumulación sanguínea por la ruptura de un vaso de mayor calibre).

En el maltrato pueden apreciarse lesiones contusas de distinto tipo, de distinta data (lo cual se estima por la coloración que adquieren las equimosis), así como en diversos territorios. Y en oportunidades pueden agruparse formando determinados patrones lesionales característicos que remedan la forma de un objeto - lesión figurada (por ejemplo marcas de los pulpejos de los dedos alrededor del tórax o un miembro; marca de una hebilla de un cinturón; marca alargada por un objeto como una vara, palo o cinto). En los traumatismos accidentales, frecuentes a esta edad, las lesiones suelen ubicarse en prominencias óseas y en miembros inferiores en niños que ya caminan, mientras que en el maltrato pueden ubicarse en cualquier topografía (pero predominan en cara, cuello, miembros, glúteos), y en ocasiones en más de una región corporal, pudiendo ser de distinta data.

Es fundamental la valoración médica de niños y niñas en que se plantee un posible maltrato basado en la presencia de lesiones de tipo equimótico, no solo por el riesgo que implica el maltrato físico a esta edad y necesidad de evaluar lesiones internas ocultas, sino además porque muchos cuadros potencialmente graves, y que son diagnóstico diferencial al maltrato, en pediatría se manifiestan de este modo (ejemplo púrpura en meningococemia, leucemias, otras causas de síndromes purpúricos y hemorragíparos)

A nivel auricular puede haber lesiones contusas en el pabellón auricular, y más raramente otorragia (salida de sangre por el conducto auditivo), en caso de lesiones traumáticas timpánicas por impacto directo sobre zona periauricular, lo que debe motivar la consulta inmediata con especialista.

En este grupo etario más difícilmente se aprecian heridas abiertas producidas por otros agentes vulnerantes como heridas de tipo cortantes, punzantes o punzocortantes.

También pueden apreciarse lesiones por calor, ya sea por contacto con líquidos calientes que se derraman o salpican (por ejemplo al volcarse un termo sobre el niño, o accidentes de otros tipos cuando los niños caminan), por contacto con objetos calientes (plancha, hornallas, brasas) o más raramente con la llama directa. También pueden ocurrir lesiones por inmersión, apreciándose quemaduras en guante o calcetín y compromiso de región perineal.

Recordar la elevada prevalencia de accidentes en primera infancia, a modo de realizar intervenciones de prevención en esta línea.

Clásicamente se plantea el diagnóstico diferencial en la etiología de lesiones o incluso cicatrices redondeadas hipo o hiperpigmentadas, entre quemaduras por cigarrillo o infecciones cutáneas, correspondiendo en la gran mayoría de las situaciones a la segunda hipótesis.

Si se trata de una lesión reciente, deberá ser valorada por médico en vistas a su tratamiento.

La piel también puede ser asiento de lesiones infecciosas como consecuencia del maltrato y del abuso.

En caso de infección por sífilis, en la etapa secundaria pueden apreciarse lesiones cutáneas similares a una erupción, pero que además comprometen palmas y plantas (roséola). Por la maceración de las lesiones pueden aparecer condilomas planos en zonas húmedas, habitualmente en región perineal.

En cavidad oral se puede apreciar lesiones recientes o cicatrizales del frenillo superior, que pudieran estar vinculadas a intentos de alimentación forzados, a bofetadas u obstrucción de cavidad oral (para callar al niño). En este último caso también pueden apreciarse equimosis, hematomas, excoriaciones peribucales o laceraciones de labios. Si bien es infrecuente de observar, se puede apreciar en la mucosa de la cavidad oral una lesión ulcerada, indolora, en casos de infección por sífilis (etapa primaria - chancro de inoculación).

A nivel ocular pueden presentar hemorragias conjuntivales que pueden corresponder a traumatismo ocular directo o aumento de la presión en sector venoso superior, como por ejemplo en determinados tipos de asfixia por compresión de cuello. En este caso, se podrán encontrar otros hallazgos como petequias en piel del territorio superior (mejillas, párpados, cuello, mucosa oral), así como estigmas ungueales o equimosis que remeden improntas digitales (marcas de uñas y dedos respectivamente).

Hallazgos osteoarticulares

Además de la piel, el esqueleto suele ser asiento de lesiones en el maltrato infantil, ya que las fracturas en el maltrato suelen predominar en niños menores de 3 años. Los operadores de las instituciones que trabajan con niños menores de 3 años, podrán apreciar impotencia funcional, deformidad, dolor a la movilización de un miembro, lo que impone una valoración médica urgente para estudio y tratamiento.

En este grupo etario pueden apreciarse algunas lesiones características, que pueden llamar la atención del operador, como las vinculadas con traumatismos del parto, fracturas debidas a caídas al comenzar a caminar o pronación dolorosa de codo, que no son sugestivas de maltrato pero que de todos modos requieren valoración y atención médica inmediata.

NN que han padecido maltrato pueden presentar cualquier tipo de fractura, no existiendo una patognomónica, si bien existen algunas que tienen mayor especificidad para el planteo diagnóstico como son las fracturas de los arcos costales, hundimientos de cráneo, fracturas múltiples, lesiones óseas de distinta data, así como la discordancia entre el mecanismo de producción, el relato y el desarrollo de NN, elementos cuya valoración es resorte del equipo de salud.

Otras lesiones: encefálicas y viscerales

Los operadores de las instituciones que trabajan con primera infancia pueden apreciar hallazgos sugestivos de otro tipo de lesiones que pueden ocurrir en contexto de maltrato, por ejemplo lesiones encefálicas o viscerales.

Las lesiones encefálicas son la primera causa de muerte por maltrato infantil, y pueden deberse a trauma directo, indirecto (por ejemplo sacudidas enérgicas en lactantes), e hipoxia (falta de oxigenación por diversos mecanismos).

La afectación encefálica se puede manifestar como alteración en el nivel de conciencia, somnolencia, letargia, irritabilidad, convulsiones, vómitos, negativa a alimentarse, alteraciones en la motricidad y fuerza, focalidad neurológica, alteraciones en la marcha entre otras. Ante cualquiera de estos hallazgos se hace necesaria una valoración médica de forma inmediata, ya que puede corresponder a un cuadro que pongan en riesgo la vida, tanto si es un maltrato como si no lo es (por ejemplo manifestaciones se deben a meningoencefalitis).

En casos de maltrato severo también puede haber lesiones viscerales, aun sin evidencia de lesiones contusas en la piel, que pueden manifestarse como dolor, dificultad para respirar, sangrado digestivo o urinario, distensión abdominal, en función de la zona donde asienta el traumatismo y el tipo de lesión. Todo esto debe motivar inmediatamente la valoración médica e ingreso del paciente.

Hallazgos a nivel de región genitoanal

Salvo algunas excepciones (técnicos de los centros de cuidados que cambian pañales e higienizan a los niños), el resto de los operadores de primera infancia que no pertenecen al sector de la salud, no deben tomar contacto con la región genitoanal de los niños. Es por ello que no se profundiza en los hallazgos a dicho nivel y se remite a los operadores de la salud a los textos y guías correspondientes.

En caso de operadores de centros de educación y cuidados, les debe alertar la presencia de lesiones en vulva o ano, secreciones anormales, tumoraciones o verrugas (que pudieran corresponder a condilomas planos o acuminados), sangrado, cuerpos extraños y ante la presencia de cualquiera de estos hallazgos, se deberá realizar la consulta inmediata con médico para valoración de NN.

Cabe destacar que los hallazgos físicos en el abuso sexual tienen variada especificidad, siendo algunos de alta especificidad (como algunas infecciones de transmisión sexual), mientras que otros más habituales como la vulvitis (eritema a nivel de vulva), a esta edad son hallazgos de muy baja especificidad dado que puede responder a diversas etiologías (como mala higiene, parasitosis), de ahí la importancia de la evaluación médica para determinar el valor de los hallazgos para el planteo diagnóstico.

