

## Maltrato físico: un problema de salud que nos involucra

*Comité de Familia y Salud Mental\**

*Equipo de Trabajo en el área de abuso y violencia familiar. Coordinadora: Dra. Gloria Sacroisky*

### ¿QUÉ NOS PASA A LOS PEDIATRAS FRENTE A UN CASO DE MALTRATO FÍSICO INFANTIL?

Un caso de maltrato infantil nos provoca sentimientos entremezclados, oscilantes y hasta contradictorios; transitamos un camino de sensibilización y aprendizaje; un trayecto personal paralelo al que esta temática está recorriendo en la comunidad médica. Y, en la trinchera pediátrica, todavía hay resistencias a vencer.

Al evidenciar el maltrato tal vez temamos quedar atrapados en la culpa de quebrar un aparente equilibrio familiar. O temamos advertir que el maltrato físico, coexistiendo con el abuso emocional, daña más allá de las lesiones observables.

Quizás nos cueste aceptar que el trabajo pediátrico de reforzar vínculos no siempre alcanza y llegar a un diagnóstico de maltrato nos enfrenta a nuestra limitación en el accionar anticipado.

Todavía tenemos por delante varios desafíos:

- Involucrarnos sin generar violencia y sin confundirnos en ella.
- Crear, mediante la interdisciplina, un nuevo espacio terapéutico.
- Dar prioridad al niño que se encuentra en un contexto de alto riesgo sin revictimizarlo.
- Vencer el temor a exponernos y buscar quien nos cuide para poder cuidar.

Este tiempo de profunda crisis vulnera los factores de protección social y potencia los factores provocadores de riesgo.

### ¿A QUÉ CONSIDERAMOS MALTRATO INFANTIL?

Con el correr de la historia, todas las sociedades, sin limitaciones sociales, culturales ni económicas han ejercido y ejercen algún tipo de violencia y abuso sobre los más débiles. El infanticidio primero, el abandono y el castigo corporal correctivo más tarde, han sido situaciones toleradas y hasta justificadas desde la antigüedad. Los hijos eran considerados propiedad privada de los padres y la agresión era acep-

tada como disciplinaria.

En la sociedad occidental, el comportamiento violento hacia los niños, ya sea desde los padres o desde los centros educativos, ha formado siempre parte del acuerdo social. Es muy difícil delimitar hasta dónde esa conducta no es maltrato y a partir de qué momento se la puede considerar como tal. Esta problemática surge, entre otras cosas, por las diferentes concepciones acerca de cuál es la crianza adecuada. Corresponde entonces definir el maltrato infantil más allá de las distintas culturas y sociedades, entendiendo que los derechos del niño deben ser respetados y permitiendo el desarrollo de sus potencialidades.

Se considera maltrato infantil a toda acción u omisión cometida por personas, instituciones o la sociedad en su conjunto que ponga en peligro la salud física o mental del niño o adolescente, lo priven tanto de su libertad como de sus derechos o dificulten su óptimo desarrollo. El maltrato puede convertirse en una verdadera noxa deshumanizante.

El estudio de diferentes formas de victimización y el reconocimiento del maltrato infantil como entidad nosológica, con etiología, tratamiento y prevención recién comenzó entre fines del siglo XIX y mediados del XX. La descripción del "síndrome del niño apaleado" (1962) despertó la sensibilidad y prendió el alerta en la comunidad.

### ¿CUÁNTAS FORMAS DE MALTRATO SE CONOCEN?

Se conocen distintos tipos de maltrato, aunque en numerosas oportunidades coexisten y predominan unos sobre otros:

*Maltrato físico:* cualquier acción no accidental por parte de los padres o terceros, que provoque daño físico o enfermedad en el niño o lo coloque en grave riesgo de padecerlo.

*Abandono físico:* aquella situación en que las necesidades físicas básicas del menor (alimentación, vestido, higiene, pro-

\* Integrantes:  
 Dras. Amalia Fairman,  
 Alejandra Semisa,  
 Mónica Oliver;  
 Dres. Dora Felbarg,  
 Juan Pablo Viar  
 (abogados);  
 Lic. Julieta Tomassini  
 (trabajadora social)

tección y vigilancia en situaciones potencialmente peligrosas o cuidados médicos) no sean atendidas temporalmente o en forma permanente por ningún miembro adulto del grupo que convive con el niño.

*Maltrato emocional:* hostilidad verbal crónica en forma de insulto, burla, desprecio, crítica y amenaza de abandono y constante bloqueo de las iniciativas de interacción infantiles –desde la evitación hasta el encierro– por parte de cualquier miembro adulto del grupo familiar o tercero no familiar.

*Abandono emocional:* la falta persistente de respuestas a las señales (llanto, sonrisas), expresiones emocionales y conductas procuradoras de proximidad e interacción iniciadas por el niño y la falta de iniciativa de interacción y contacto por parte de alguna figura adulta estable.

*Abuso sexual:* cualquier clase de placer sexual con un niño por parte de un adulto, desde una posición de poder o autoridad. No es necesario un contacto físico (en forma de penetración o tocamiento) para considerar que existe abuso, sino que puede utilizarse al niño como objeto de estimulación sexual. Se incluyen aquí el incesto, la violación, la vejación sexual (tocamiento/manoseo a un niño con o sin ropas; alentar, forzar o permitir a un niño que toque inapropiadamente a un adulto) y el abuso sexual sin contacto físico (seducción verbal, solicitud indecente, exposición de órganos sexuales a un niño para obtener gratificación sexual, realización del acto sexual o masturbación en presencia de un menor, pornografía...).

*Explotación laboral o mendicidad:* los padres o tutores asignan al niño con carácter obligatorio la realización continuada de trabajos –domésticos o no– que exceden los límites de lo habitual, que deberían ser realizados por adultos, que interfieren de manera clara en las actividades y necesidades sociales o escolares de los niños y, por último, que son asignados con el objetivo fundamental de obtener un beneficio económico o similar para los padres o la estructura familiar.

*Corrupción:* conductas que impiden la normal integración del niño y refuerzan pautas de conducta antisocial o desviadas (especialmente en las áreas de la agresividad, sexualidad, drogas o alcohol).

*Síndrome de Münchhausen por poder:* simulación por parte del padre, madre o tutor de síntomas físicos patológicos, mediante la administración de sustancias o manipulación de excreciones o sugerencia de patologías difíciles de demostrar, llevando a internaciones

o estudios complementarios innecesarios.

*Incapacidad parental de controlar la conducta del niño:* los padres o tutores manifiestan o demuestran claramente su total incapacidad para controlar y manejar de manera adaptativa el comportamiento de su hijo.

*Abandono:* dejar literalmente al niño abandonado, en una puerta, plaza, recipiente de basura etc.; sin intención aparente de volver.

*Maltrato prenatal:* abarca todas las acciones de la madre que con direccionalidad e intencionalidad causan o pueden causar daño en el feto: consumo de drogas durante el embarazo, alcoholismo, falta de controles médicos, exceso de trabajo corporal, déficit alimentario distinto al ocasionado por pobreza.

*Secuestro y sustitución de identidad:* se refiere a todos aquellos casos en los que el menor es separado de su madre ni bien nace, para ser entregado a personal policial o personas relacionadas con sus secuestradores, negando su identidad y la posibilidad de vuelta a su familia de origen. Asimismo incluye a los menores secuestrados junto con sus padres y entregados a otros sujetos no familiares.

*Maltrato institucional:* se refiere a cualquier legislación, procedimiento, actuación u omisión procedente de los padres públicos o bien derivada de la actuación individual de algún profesional que comporte abuso, negligencia, detrimento de la salud, la seguridad, el estado emocional, el bienestar físico, la correcta maduración o que viole los derechos básicos del niño o de la infancia.

## ¿QUÉ SABEMOS SOBRE EL MALTRATO FÍSICO?

El maltrato físico es la forma más evidente y llamativa de maltrato. Es también una emergencia médico-social con elevado impacto psicológico. Existe una red de profesionales que encara diferentes aspectos del problema desde diferentes perspectivas (el enfoque médico, el psicológico, el legal, el sociológico y el de la asistencia social).

Sabemos que el maltrato físico se exterioriza por actos agresivos, abuso físico o por actos de omisión y negligencia física. Sabemos que en cada situación de maltrato infantil existe entre el poderoso y el vulnerable un gradiente de poder con intencionalidad. También sabemos que aun con subregistros, la detección por indicadores y la consulta espontánea están aumentando: hay más información, menos temor a denunciar, más protección legal, grupos estatales, organizaciones no gubernamentales y grupos de padres

trabajando. Pero, por sobre todas las cosas, sabemos que para poder reconocer el maltrato debemos pensarlo e incluirlo como uno de los diagnósticos diferenciales.

### ¿Cuándo sospechamos que hay maltrato físico?

La sospecha se instala ante la discrepancia entre lo que observamos en el niño y la versión que nos brindan al respecto los padres o cuidadores. Existen indicadores físicos, conductuales y familiares que orientan el diagnóstico. La consulta puede llegar por demanda explícita de la escuela, de un familiar, de un vecino, de uno de los padres o del propio niño.

### ¿Cuándo empezamos a actuar?

En todas las situaciones corresponde que los primeros pasos los concrete el médico que recibe la consulta, la pregunta o tenga la sospecha.

Es posible intervenir en cada uno de los niveles donde se detecte o se presuma maltrato hacia los niños:

*Antes de que ocurra:* estimular la autonomía creciente en el cuidado del cuerpo, llamar a los genitales por su nombre, dar pautas sobre el desarrollo normal del niño, desalentar los métodos de disciplina y modalidades educativas violentas (chirlos, tirones de cabello, etc.). Todas y cada una de las consultas pediátricas son una oportunidad.

*Durante situaciones de riesgo:* aumentar la frecuencia de controles de salud, implementar visitas domiciliarias de asistentes sociales, fomentar el apoyo comunitario y, sobre todo, perseguir indicadores diagnósticos.

*Después de producido:* tanto en una consulta explícita como ante la sospecha, luego de la entrevista con el adulto o el niño (de acuerdo con su edad) se confeccionará siempre una historia clínica. Se deberán registrar claramente los datos de filiación, escuela, domicilio y teléfono. El examen clínico debe ser completo, sin dejar de hacer estudios complementarios cuando sean necesarios, especialmente los radiológicos.

Para el tratamiento se requiere un equipo interdisciplinario organizado, disponible y con recursos suficientes. A veces es muy difícil contar con él. Las familias necesitarían disponer de este equipo cerca de sus domicilios y, si fuera posible, en el mismo lugar donde consultaron por primera vez. Esta posibilidad puede ser determinante en la adhesión al tratamiento o en su fracaso.

## ¿CUÁLES SON LOS INDICADORES DIAGNÓSTICOS?

### Indicadores físicos del niño

El examen físico debe ser inmediato, exhaustivo y completo y el pediatra debe estar atento a quién trae al paciente e intenta focalizar la atención en alguna lesión en particular que es mostrada como el motivo de la consulta.

La inexistencia de marcas no descarta el maltrato.

Es importante determinar si el desarrollo madurativo del niño es suficiente para haber causado el daño que se ve. Por ejemplo, hematomas en un bebé que aún no camina.

Durante la confección de la historia y el examen clínico debemos descartar situaciones que puedan confundirse con maltrato físico: nevo azul, hematomas en la leucemia o fracturas patológicas en la osteogénesis imperfecta. Hay que diferenciar las lesiones por accidente de las inducidas por maltrato. La mayoría de las lesiones accidentales involucran el plano frontal del cuerpo, específicamente la cabeza, nariz, mentón, tibias, palmas, codos, áreas donde el hueso está cerca de la piel. Las lesiones en las nalgas, genitales, abdomen, espalda y áreas laterales del cuerpo, especialmente a los lados de la cara, así como varios hematomas en distintos grados de evolución son sospechosos de maltrato.

### Lesiones de piel y mucosas

Son las más frecuentes y fácilmente reconocibles y suelen ser una ventana a lesiones más profundas.

#### *Hematomas, equimosis, laceraciones y heridas*

- Muslos, zonas laterales de la cara.
- Orejas y cuello; genitales y glúteos.
- Lesiones en diferentes localizaciones.
- Identificación de huellas de manos, dedos, arcada dentaria, cables, hebillas, planchas, perchas, dientes de tenedores, etc.

En los hematomas: cuanto más joven es el niño más rápido evolucionan. Puede calcularse, por el color, el tiempo transcurrido desde el traumatismo.

Inmediato	1 día	negruzco, azul oscuro
Reciente	1 a 5 días	rojo violáceo
No reciente	5 a 7 días	rojo púrpura
Antiguo	7 a 10 días	verdoso
Muy antiguo	2 a 4 semanas	amarillento

#### *Mordeduras humanas*

Son fuertes indicadores que pueden pasar inadvertidos si no se los reconoce.

Buscar: área ovoide con marcas de dientes alrededor.

Puede haber hematoma en el centro por la succión de la piel entre los dientes:

Separación mayor de 3 cm entre las huellas de los caninos.

#### *Alopecia traumática*

Ante una suave presión se observa la presencia de hemorragia o un hematoma que se produce por tironeo.

#### *Quemaduras*

Zonas de castigo más frecuente: orejas, mejillas, hombros, brazos, palmas de las manos, de pies (simétricas), glúteos, genitales, mucosa bucal o lengua.

Reconocibles por la forma: cigarrillos, plancha, estufa.

Lesiones en región del pañal. Bordes: nítidos y precisos.

Salpicaduras: ausentes.

Forma: en calcetín o guante, glúteos en casquete.

Profundidad: homogénea. Grado: 1° y 2°.

Simetría: a menudo bilaterales.

#### *Fracturas*

Extremidades:

Múltiples en distintos estadios evolutivos. Diafisarias en espiral u oblicuas. Metafisarias en asa o en espículas secundarias a mecanismos de torsión y tracción simultánea. Despegamiento subperióstico por hemorragia subperióstica. Fractura de escápula. Formación de nuevo hueso subperióstico aparecido a los 7 a 10 días en forma de calcificación lineal. Fractura, luxación y desplazamiento epifisario. Cojera, acortamiento, deformación y desviación de extremidades como secuela.

Cráneo:

Si bien una caída accidental puede producir una fractura de cráneo, es sospechosa cuando: son múltiples, bilaterales, cruzando las suturas, a veces conminutas, con hundimiento o diastadas; asociadas o no a hematomas subdurales o hemorragias retinianas.

Costillas:

Múltiples, adyacentes, frecuentes en región lateral o posterior.

#### **Lesiones oculares**

Hematoma periorbitario en antifaz bilateral.

Fractura de macizo facial.

Catarata traumática y desprendimiento

de retina.

Ceguera parcial o total.

#### **Lesiones abdominales y torácicas**

Hematoma duodenal intramural.

Pseudoquiste traumático.

Ruptura, gástrica, duodenal, yeyunal, ileal o cólica.

Hemotórax y neumotórax.

Desgarro hepático.

Ruptura esplénica.

#### **Lesiones en el sistema nervioso central**

Pueden coincidir con otras lesiones o no.

Edema cerebral. Alteraciones de la conciencia, convulsiones.

Hematoma subdural sin fractura de cráneo asociada.

Hematoma epidural.

Hemorragia intraventricular.

Atrofia cerebral.

Entre los traumatismos de cráneo cerrado se incluye el síndrome del bebé sacudido (*shaken baby*): lactantes sacudidos violentamente en sentido anteroposterior. Esto provoca desplazamiento de la masa encefálica y produce microhemorragias cerebrales y retinianas, hematomas por desaceleración brusca, que se expresa como somnolencia, sopor, irritabilidad y hasta el coma. Puede asociarse con fractura de costillas.

El pediatra debe estar atento en el caso de niños con franca alteración del sensorio sin que los padres puedan aportar elementos que justifiquen un compromiso neurológico semejante; en general, estos niños no tienen marcas en el cuerpo que hagan sospechar maltrato. Se trata de un cuadro clínico responsable del 50% de las muertes no accidentales de los bebés.

#### **Indicadores familiares**

Consultas que suelen ser tardías, a veces en las guardias, en diferente hospitales, lejos del domicilio. El relato es confuso, increíble o bien contradictorio.

Generalmente hay resistencia a dar información y al examen o seguimiento del menor. No coincide el momento de la consulta con la fecha probable de la lesión.

Cada uno de los progenitores da versiones distintas. Pueden culpabilizar a otros. Hay falta de emoción en la manera de referir la historia, poco compromiso afectivo ante las lesiones que el niño presenta que se explican generalmente como accidentales. Suele haber historia previa de "accidentes".

### **Indicadores conductuales del niño**

Si se trata de un niño pequeño, la característica más llamativa tal vez sea la queja y el llanto persistente y demandante que no calma en los brazos del adulto que lo trae a la consulta. Los escolares pueden mostrarse temerosos y con recelo al contacto con padres y adultos y a la posibilidad de volver a su casa.

Los niños pueden presentar conductas contradictorias y extremas como retraimiento y agresividad. Puede que en el interrogatorio, antes de contestar, miren a alguno de los padres, quien contesta rápidamente sin dejarle al niño la posibilidad de expresarse. Luego le pide que corrobore sus palabras.

El mutismo del niño o la afirmación de que todo ha sido accidental no habilita a descartar el maltrato físico. Generalmente, son niños con baja autoestima que se adhieren a distintas personas indiscriminadamente o rechazan toda aproximación por miedo a una nueva agresión.

### **¿QUÉ DEBEMOS CONOCER EN EL ASPECTO PSICOLÓGICO?**

El síndrome del niño maltratado es una emergencia pediátrica y social a la que se ven enfrentadas las salas de guardia de los hospitales. Los padres ocultan con frecuencia las verdaderas causas de la sintomatología.

Los progenitores tienen, por una parte, una excesiva exigencia y una gran expectativa por las realizaciones del hijo a una edad precoz y, por otra, un desconocimiento de las necesidades del niño y de su desamparo. Es decir, una falta de percepción real del niño.

A ello se agrega la falta de una figura externa de autoridad que modere los excesos de los padres sobre sus hijos. La mayoría de los progenitores recibieron la misma crianza que dan ahora a sus hijos. Hayan estado sometidos o no a castigos físicos en su niñez, han sido agobiados por la desaprobación de sus padres. Es habitual que los padres desconozcan las características básicas del desarrollo y de las necesidades de cuidado del niño en las distintas etapas evolutivas y tengan un concepto equivocado del significado correctivo del castigo parental. Contrariamente a lo que podría esperarse, el niño maltratado desarrolla una intensa unión con sus padres y ellos hacia él. Esto confunde el diagnóstico, ya que el interés demostrado por estos padres hacia el niño parece negar el maltrato. La cualidad de esta unión complica el tratamiento porque el padre golpeador se opone intensamente a que le quiten la custodia de su hijo, quiere que

curen al niño pero, luego, en su casa lo vuelve a maltratar. La conducta maltratadora indica una deficiencia en la función maternal en las vivencias de la primera infancia de los padres. Los aspectos más mecánicos de la crianza son desempeñados satisfactoriamente. Pero hay un déficit en la interacción afectiva con el niño. Los padres proyectan imágenes distorsionadas sobre sus hijos y responden impulsivamente de acuerdo con sus percepciones erróneas. Además de un vínculo deficitario con la madre, existe un déficit en el vínculo con el padre que no ha permitido al niño construir una estructura mental protectora y dadora de normas comunes para todos los individuos. O sea, que en el maltrato hay déficit de la función nutricia y de la función educadora ligada a la autoridad. Ambos cónyuges participan del maltrato, siendo uno la mano golpeadora y el otro asistiendo impotente al maltrato.

Son pistas sobre un maltrato potencial: el rechazo, ambivalencia, temor al contacto, descripción irreal del niño, dificultades de asunción de la función materna. Esto puede detectarse ya en las maternidades.

### **¿DEBO EFECTUAR LA DENUNCIA LEGAL AL SOSPECHAR O EVIDENCIAR MALTRATO?**

Las leyes hasta ahora sancionadas prevén la obligación de denunciar por parte de profesionales de la salud y de funcionarios públicos en razón de su profesión, cuando los niños o adolescentes fueran víctimas de alguna de las modalidades de la violencia familiar.

El fundamento de esta obligación radica en la situación de absoluta indefensión en la que se encuentra un niño víctima de alguna forma de maltrato por parte de quienes tienen la responsabilidad de protegerlo.

La denuncia es el acto procesal mediante el cual se pone en conocimiento de la autoridad competente, por escrito o verbalmente, un hecho o una situación de hecho contraria a la ley que afecta a las categorías victimológicas que la ley prevé.

Las leyes provinciales y la Ley Nacional de Protección contra la Violencia Familiar han establecido un procedimiento especial mediante el cual, ante la denuncia y la sospecha seria o fundada de la existencia de una situación de maltrato intrafamiliar, un juez o tribunal puede y debe ordenar las medidas urgentes de protección necesarias para poner coto inmediato al maltrato denunciado sin que exista una decisión de

mérito que declare a alguien como autor de los hechos que se le atribuyen.

"La Ley Nacional 24.417 de Violencia Familiar ha establecido un procedimiento para el dictado de medidas urgentes de amparo a las víctimas de la violencia familiar, que en modo alguno implica un decisivo de mérito que declare a alguien como autor de los hechos que se le atribuyen.

Basta la sospecha del maltrato ante la evidencia psíquica o física que presente el maltrato y la verosimilitud de la denuncia para que el juez pueda ordenar medidas, que en su esencia, son verdaderas medidas cautelares que tienden a proteger al menor víctima del maltrato...".\* Ejemplo: la exclusión del denunciado como agresor o el sometimiento de la familia a un tratamiento terapéutico bajo mandato judicial. El objetivo de estas medidas es hacer cesar la conducta perjudicial hasta tanto la Justicia pueda expedirse sobre la situación del maltrato denunciado.

#### **¿QUIÉNES PUEDEN FORMULAR LA DENUNCIA?**

La respuesta ofrece dos posibilidades:

- Voluntaria: "toda persona perjudicada... el menor o incapaz que puede directamente poner en conocimiento al Ministerio Público"
- Obligatoria: es la denuncia que deben hacer imperativamente los representantes legales de los menores o incapaces... como también los servicios asistenciales, sociales, educativos, públicos o privados (Esto se refiere a hospitales o entidades médicas privadas), los profesionales de la salud y todo otro funcionario en razón de su labor (art. 2° Ley de Violencia Familiar 24.417).

#### **¿CUÁNTO TIEMPO TENGO PARA REALIZARLA?**

Fija plazo inequívoco la ley 2.466 de la provincia de Santa Cruz (48 horas; art. 2, cit.). Las leyes de la provincia de Buenos Aires (art. 4, ley 12.569) y de Tucumán (art. 1 y 2, ley 6.518) disponen que la denuncia debe efectuarse de inmediato. Esto es, a par-

tir del mismo momento de tomar conocimiento de la situación de violencia familiar.

Se fija plazo de 24 horas a la policía provincial en Jujuy para girar a los tribunales las denuncias –obligatorias y facultativas– recibidas en sus sedes (art. 16, ley 5.107). La ley 9.198 de Entre Ríos obliga a su policía a que lo haga en forma inmediata (art. 5).

No hay plazo fijado en las leyes de Catamarca, Chaco, Chubut, Corrientes, Mendoza, Misiones, Neuquén, Río Negro y Santiago del Estero.

En la ciudad de Buenos Aires corresponde la aplicación del art. 2 del Decreto 235/96, reglamentario de la Ley 24.417 que establece un plazo de setenta y dos horas para formalizar la denuncia cuando las víctimas fuera menores, incapaces, discapacitados o ancianos, salvo que consultado el Consejo Nacional del Menor y la Familia surja que el caso se encuentra bajo su atención o que, por motivos fundados a criterio del denunciante, resulte conveniente extender tal plazo.

#### **¿QUÉ RIESGOS TENGO SI NO HAGO LA DENUNCIA? ¿Y SI LA HAGO?**

Muchas veces suele pensarse que hacer la denuncia frente a situaciones de sospecha o presunción del maltrato infanto-juvenil puede acarrear complicaciones legales para el denunciante o la institución. Existen reticencias en denunciar por parte de los profesionales de establecimientos públicos y esto está vinculado con el hostigamiento jurídico que sufren médicos y médicas. En este sentido, los profesionales de la salud entienden que estarán más resguardados de la acción legal cuando omitan denunciar. Esto los conduce inevitablemente a no recibir determinados casos de maltrato infanto-juvenil o a echar mano a una gama de recursos para evitar la denuncia, como fundarse en una concepción absoluta del secreto profesional.

Por otra parte, la realidad demuestra que, a veces, la decisión de denunciar un caso de maltrato infanto-juvenil adoptada por el equipo de salud o algunos de sus integrantes puede verse impedida por la decisión en contrario que puede tomar un superior jerárquico.

Si bien dentro de las instituciones de salud pública existen cuestiones internas, administrativas u organizativas necesarias para su buen funcionamiento, no es menos cierto que estas cuestiones no pueden priorizarse frente a un interés tan primordial como el del niño o la niña víctima.

\* Dictamen del Sr. Asesor de Menores de Cámara en autos: *Gasol, Myriam Eliana c/Ibáñez, Guillermo Francisco s/denuncia por violencia familiar*, Sala F, del 9/2/96; C. N. Civ., Sala A, R. 195.042 del 21/5/96, R. 196.280 del 14/6/96 y C.N. Civil, Sala F, febrero 9 de 1996, *G., M. E. c/ I., G. G. s/Denuncia por Violencia Familiar*; ídem, Sala A, marzo 25 de 1997, *S., A. D. c/G., R. E. s/Denuncia por Violencia Familiar*, diario La Ley, del 16/9/97.

Tampoco es dable invocar obediencia debida. Ante el reproche legal nada puede sostener la omisión de denunciar conforme al propio saber y ciencia. No se podrá alegar como defensa el incumplimiento del superior jerárquico.

Por el contrario, la omisión de denunciar constituye un acto de mala práctica profesional en cuanto existe una negligencia, una impericia o una inobservancia de los deberes a cargo del obligado que puede generar, en concausalidad con la conducta violenta de los maltratadores, un daño que puede ir desde una lesión física hasta la muerte de la víctima, pasando por toda la gama de daños emocionales.

El incumplimiento de la obligación de denunciar es un ilícito civil y puede generar en la persona que no realiza la denuncia la carga de reparar el perjuicio que sufra la víctima y de toda persona que por ella se hubiese visto afectada (responsabilidad civil).

Ante situaciones altamente movilizantes y, en algunas ocasiones complejas, el equipo de salud puede tener dudas acerca de la denuncia y también del alcance del secreto profesional. En primer lugar, el secreto profesional apunta a proteger a la persona a quien la revelación injustificada del obligado a guardar secreto podría causarle o le causa un daño. En consecuencia, el secreto profesional, en términos de maltrato infantojuvenil, protege sólo al adulto maltratador, quien se vería perjudicado ante la revelación de los hechos.

En segundo lugar, las víctimas, en principio, no pueden verse perjudicadas por la revelación que hace el obligado a guardar el secreto, ya que tal revelación no puede perjudicarla, sino todo lo contrario. De ello se concluye que el secreto existe siempre solamente en relación al autor o perpetrador, pero, dado el interés superior y público que tiende a la protección psicofísica de niños y niñas, el obligado a guardar secreto se ve relevado de esta obligación. Es más, se ve obligado a informar a la justicia el caso del cual emerge una situación de riesgo que involucre a un niño o niña maltratados.

#### **¿CÓMO EVALÚA LA JUSTICIA LA GRAVEDAD DEL MALTRATO?**

Si bien los padres maltratantes en ejercicio de sus derechos o patria potestad pueden obrar en los límites de su facultad correctiva hacia sus hijos, esa misma facultad

puede ser castigada cuando se exceden en los límites impuestos por la ley, por la autoridad o la necesidad, en cuyo caso deben ser sancionados con la pena fijada por el delito de culpa o negligencia (Código Penal art. 35).

Estos límites de la facultad correctiva de los padres está legislada en el art. 278 del Código Civil.

El delito de lesiones está legislado en los art. 89, 90 y 91 del Código Penal correspondientes a la clasificación de lesiones leves, graves y gravísimas. En cualquiera de ambos supuestos, la pena se agrava en función del parentesco entre el autor y el menor. Por tratarse de un delito intervienen los jueces penales; las lesiones se diferencian según la intensidad del daño causado y están sometidas a escalas penales de gravedad ascendente.

#### **¿DÓNDE SE DEBE REALIZAR LA DENUNCIA?**

Frente a una sospecha de maltrato físico sufrido por un menor, el médico puede optar por elegir tres vías para efectuar su denuncia:

- Realizar la denuncia en la Asesoría de Menores de turno o ante la Oficina de Recepción de Denuncias de Violencia Familiar de la Excelentísima Cámara Nacional de Apelaciones en lo Civil.
- Dar parte a la seccional de policía para que se dé curso a un futuro expediente por lesiones agravadas por el vínculo (art. 92 del Código Penal).
- Realizar ambas denuncias.  
(véase *Anexo*).

Existen sobradas razones para elegir la primera opción debido a que, principalmente por tratarse de víctimas infantiles, el hecho de denunciar en la policía implica que intervenga un Juez de Menores (fuero penal, no civil).

La tendencia actual en el derecho comparado de otros países es someter las cuestiones de violencia familiar a los tribunales civiles "en la convicción de que desde ellos se puede proteger a la víctima y prevenir posteriores manifestaciones de violencia, aunque no se le dio al juez civil más potestad sancionatoria que la establecida en las normas del Código Procesal Civil y Comercial". Sin embargo, en el sistema actual, la intervención penal no está descartada, y la Ley de Violencia Familiar autoriza al juez a excluir del hogar al procesado en forma precautoria.

Se adjunta en el anexo una tabla sobre las provincias que han sancionado la Ley de Violencia Familiar y las instituciones ante las cuales se deben realizar las denuncias en esas jurisdicciones.

### **¿CÓMO SE REALIZA UNA DENUNCIA POR MALTRATO INFANTIL?:**

**¿Desde un consultorio particular?**

**¿Desde un hospital?**

**¿Desde una obra social?**

La denuncia puede ser hecha en forma verbal o escrita. Si bien en nuestro país el procedimiento en materia civil o de familia es escrito, las leyes de protección contra la violencia familiar expresamente establecen que puede hacerse también en forma oral y sin patrocinio jurídico, lo que trae como beneficio los principios de celeridad e inmediatez evitando mayores trámites burocráticos.

### **¿Cómo debe hacerse el informe?**

En el caso de hacerse por escrito, no existe un formalismo expreso en cuanto a su redacción pero es importante en la práctica el empleo de tinta negra o computadora, en la medida de lo posible. El relato de los hechos materia de la denuncia debe ser claro y detallado.

También debe contener datos filiatorios del menor, del grupo familiar y del denunciante (nombres y apellidos completos, domicilios correctos, etc.). Se debe hacer mención al cumplimiento del dispositivo legal vigente ("en cumplimiento de lo dispuesto por el art. 2 de la ley 24.417...") como asimismo al diagnóstico presuntivo o de riesgo e incluso, a la validación o diagnóstico de confirmación, si existiera.

Sin dejar de utilizarse el lenguaje médico, psicológico o social que correspondiere, debe ser entendible para un lego en cuestiones de salud.

En la medida de lo posible, se deben incluir fotografías y placas radiográficas del paciente, e, incluso, dibujos del lugar de ubicación de las lesiones.

### **¿Qué es lo que hace un trabajador social frente a un caso de maltrato infantil?**

El trabajador social participa del abordaje interdisciplinario en la atención de menores maltratados bajo diferentes ejes:

Contención de la familia junto al resto del equipo, ya que es una situación crítica y desequilibrante.

Identificación y fortalecimiento de las figuras protectoras.

Orientación específica a los médicos y a las familias sobre recursos y su utilización.

Participación en la presentación judicial: el informe social se adjunta al médico y al psicológico en la presentación judicial. Los datos volcados en él surgen de la entrevista social con los miembros del grupo familiar del niño.

### **¿Qué podemos destacar en el aspecto social del maltrato físico infantil?**

Resulta imprescindible que los profesionales de la salud revisemos previamente nuestros prejuicios antes de aspirar a intervenir con éxito en beneficio de los niños maltratados.

Los roles y estereotipos de género, que compartimos todos los que formamos parte de una misma subcultura, se traducen en mitos que pueden guiar erróneamente nuestro desempeño profesional. A saber:

- Los niños mienten.
- Tiene suficiente edad como para haber pedido ayuda.
- El maltrato infantil se da en clases bajas.
- El niño está nutrido e impecable, los padres están muy preocupados por su salud, lo atienden permanentemente durante la internación, incluso amamantándolo, no puede ser un niño maltratado.
- Al mismo tiempo somos influidos por "leyes", que también forman parte de nuestra cultura y con ellas podemos perder objetividad al evaluar a una familia y su potencial de violencia:
  - Los hijos deben respeto a los mayores.
  - Los hijos deben obedecer a los padres.
  - Las faltas a la obediencia y al respeto deben ser castigadas.

Las denuncias a la justicia se realizan por "sospecha de maltrato". Si no reflexionamos sobre nuestras propias convicciones y vencemos los excesos de cautela o la actitud de no compromiso, podemos poner en serio riesgo la vida o la salud psicofísica del niño.

Frente a la noxa de maltrato infantil, como ante cualquier otra entidad nosológica que deseemos enfrentar exitosamente, es necesario conocer su origen, sus diferentes expresiones y sus posibles efectos. Debemos tener siempre en cuenta qué sentimientos despierta en nosotros esta realidad; de lo contrario deberíamos pedirles a miles de niños que pierdan sus esperanzas de alcanzar una vida más digna. ■



## ANEXO

Provincia		Dónde efectuar la denuncia
Buenos Aires	12.569	Juzgados de menores, tribunales de familia, asesor de incapaces y juzgados de paz letrados.
Ciudad de Buenos Aires	24.417	Defensorías nacionales de menores e incapaces de turno.
Catamarca	4.943	Asesor de Menores o Juez de Menores de turno.
Corrientes	5.019	Juez con competencia en asuntos de familia. Asesor de menores de turno.
Chaco	4.175	Juez con competencia en la materia. Defensor de menores de turno.
Chubut	4.118	Juez con competencia en la materia. Defensor de menores de turno.
Entre Ríos	9.198	Juez con competencia en lo Civil y Comercial. Defensor de menores de turno. Cualquier dependencia policial. Juzgado de Paz.
Formosa	1.160 y 1.191	Ministerio Público de Menores.
Jujuy	5.107	Defensores de menores e incapaces. Defensores de pobres y ausentes. Defensores regionales. Dependencia de la policía.
La Rioja	6.580	Ministerio Público de Menores. Juzgado de paz letrado. Juzgado de paz lego. Cualquier organismo público autorizado.
Mendoza	6.672	Ministerio Público de Menores. Comisarias.
Misiones	3.325	Defensor de asuntos de menores.
Neuquén	2.212	Juzgados civiles de primera instancia con competencia en asuntos de familia. Juzgados de paz. Unidades policiales.
Río Negro	3.042	Juzgados en lo Civil. Juzgados de paz. Ministerio pupilar. Órgano proteccional administrativo competente. Comisarias o subcomisarias.
San Luis	5.142	Ministerio Público. Juez de familia. Autoridad policial.
Santa Cruz	2.466	Juez con competencia en asuntos de familia.
Santa Fe	11.529	Ministerio público.
Santiago del Estero	6.308	Juzgado de Familia. Defensoría. Fiscalía.
Tucumán	6.518	Cuando el denunciante sea dependiente de un hospital, institución asistencial pública o privada, debe ponerlo en conocimiento de la autoridad del centro asistencial, quien lo informará a la autoridad pertinente. En caso contrario, se debe denunciar a la autoridad judicial, al ministerio fiscal, al ministerio pupilar o a las autoridades estatales encargadas de la protección al menor.
Tierra del Fuego	39	Juez en lo Civil competente. Ministerio pupilar.

## BIBLIOGRAFÍA

- Fuentes EG. Abordaje de la violencia intrafamiliar en el ámbito hospitalario. En: *Violencia Familiar, Trabajo Social e Instituciones*. De Teubal R y colaboradores. 1ª ed. Buenos Aires: Paidós, 2001:171-188.
- Bringiotti MI. *Maltrato infantil*. 1ª ed. Madrid: Miño y Dávila Editores, 1999:43-44.
- Corsi J. *Violencia familiar*. 1ª ed. Buenos Aires: Paidós, 1995.
- Monteleone JA, Graham M. Identifying, interpreting and reporting injuries. En: Monteleone JA. *Child abuse: Quick reference*. St. Louis: GW Medical Publishing, Inc, 1998: 1-33.
- Launius GD, Silberstein MJ, Luisiri A, Graviss ER. Radiology of child abuse. En: Monteleone JA. *Child abuse: Quick reference*. St. Louis: GW Medical Publishing, Inc, 1998: 45-55.
- Davitt BV, Cruz OA. Ophthalmic manifestations of child abuse. En: Monteleone JA. *Child abuse: Quick reference*. St. Louis: GW Medical Publishing, Inc, 1998: 117-128.
- Case ME. Head injury in child abuse. En: Monteleone JA. *Child abuse: Quick reference*. St. Louis: GW Medical Publishing, Inc, 1998: 135-151.
- Scalzo AJ. Burns and child maltreatment. En: Monteleone JA. *Child abuse: Quick reference*. St. Louis: GW Medical Publishing, Inc, 1998: 153-167.
- Casado Flores J, Díaz Huertas JA. Lesiones mucocutáneas y quemaduras ocasionadas por maltrato. En: *Asociación Mexicana de Pediatría. Maltrato en el niño*. Serie: Temas de Pediatría. México: Mc Graw Hill Interamericana, 2001: 19-30.
- Mateos RJM. Violencia, salud infantojuvenil y calidad de vida. En: *Asociación Mexicana de Pediatría. Maltrato en el niño*. Serie: Temas de Pediatría. México: Mc Graw Hill Interamericana, 2001: 43-62.
- Loredó Abdalá A, Perea Martínez A, Trejo Hernández J, Bustos Valenzuela V. En: *Asociación Mexicana de Pediatría. Maltrato en el niño*. Serie: Temas de Pediatría. México: Mc Graw Hill Interamericana, 2001: 191-204.
- Yamin de Barboza G, Castro de Martín MM. Síndrome del niño sacudido. En: *Asociación Mexicana de Pediatría. Maltrato en el niño*. Serie: Temas de Pediatría. México: Mc Graw Hill Interamericana, 2001: 205-220.