

**UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA.
FACULTAD DE PSICOLOGÍA.
MONOGRAFÍA FINAL DE GRADO.**

PREVENCIÓN EN EL MALTRATO INFANTIL EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

**Tania Valeria Pérez Ilabaca
CI 4304064-3**

Tutora: Lic. en Psicología- Alejandra Arias

**Montevideo- Uruguay
Noviembre, 2015**

INDICE:

RESUMEN..... Pág. 4

INTRODUCCION.....Pág. 5

FUNDAMENTACIÓN..... Pág. 7

MARCO TEÓRICO.....Pag.11-17

CAPITULO 1: Maltrato como construcción socio-histórica-cultural. Su lugar en la sociedad uruguaya. Derechos. Causas Pag 11

CAPITULO 2: Prevención del Maltrato desde el Aporte del SNS- (SNIS)...Pag 17

ANALISIS MARCO TEORICO.....Pag.27-33

Capitulo 1) La construcción socio-histórica del maltrato en la infancia especialmente en el Uruguay con sus causas y consecuencias. El marco jurídico que protege a los/las niños/as frente a situaciones de maltrato.... Pag 27

Capitulo2) La contribución del Sistema Nacional Integrado de Salud en la prevención del maltrato.... Pag 33

CONSIDERACIONES FINALES..... Pág.44

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... Pág. 48

A modo de aclaración el presente trabajo final de grado, enmarcado dentro de la Universidad de la Republica, Prevención del Maltrato Infantil. Alude a lo largo del mismo a el/la niño/a por una cuestión de género., que involucra a ambos en las relaciones humanas.

RESUMEN

El presente trabajo se enmarca dentro del Trabajo Final de Grado de la Licenciatura en Psicología, de la Universidad de la República. El mismo es una Monografía la cual propone profundizar en la problemática del Maltrato Infantil en Uruguay y la prevención del mismo desde el sector salud. El título es “Prevención en el Maltrato Infantil en el Primer Nivel”.

Se parte de una construcción socio- histórico-cultural, contextualizando las causas que predominan, consecuencias físicas y psicológicas.

Su marco jurídico que protege a los/las niños/as, en la integridad de sus Derechos, con respecto al maltrato infantil. En una segunda instancia se aborda la prevención del maltrato infantil, desde la contribución del sistema integrado de salud. Como un Derecho básico fundamental, cuando la vida de una persona, se encuentra en riesgo.

A través de un análisis crítico reflexivo se intentara identificar la importancia de conocer algunas estrategias e intervenciones que se implementan en el sector salud, especialmente en primer nivel de atención. Realizar prevención es una tarea compleja que se aborda a través de la elaboración de programas, mapas de ruta, políticas públicas y sociales. Los profesionales del sector salud, deben estar capacitados y sensibilizados para poder detectar, intervenir y prevenir, en el/la niño/a como en el adulto responsable.

Se espera como resultado de esta producción monográfica, una elaboración que contribuya al conocimiento tanto de los profesionales como de la comunidad, sobre las estrategias y la relevancia en que lo refiere a la prevención del maltrato infantil.

Palabras claves: infancia, maltrato, prevención

INTRODUCCIÓN

El presente es el trabajo final de grado de la Licenciatura de Psicología de la Universidad de la República. Para ello se seleccionó la modalidad monográfica, que es una investigación bibliográfica sobre la problemática del maltrato infantil en Uruguay y la prevención del mismo desde el sector salud. El título del mismo es “Prevención en el Maltrato Infantil en el Primer Nivel de atención”.

El maltrato infantil como fenómeno complejo, nos instala en diversos escenarios dentro de la multiplicidad de sentidos de las relaciones humanas y las diferentes instituciones, por lo que es importante detectar la situación a la hora de prevenir.

El primer nivel de salud cumple un rol fundamental desde la prevención del maltrato infantil. El mismo es primordial para prevenir en las casas, escuelas o en la comunidad. Es imprescindible tener en cuenta los indicadores que ayudan a detectar la problemática, que genera que niños/as accedan a los centros de atención en salud.

El trabajo tiene como objetivo analizar e indagar de manera crítica la problemática del maltrato infantil. Se pretende contribuir a la conceptualización sobre las prácticas desempeñadas desde la prevención del maltrato en el sector salud. Para ello, con el cometido de enriquecer dicho análisis, se pretende poder visualizar los conceptos claves que se desarrollarán, se procederá a una revisión bibliográfica. Para la comprensión del tema seleccionado, se desarrollarán conceptos en el marco teórico, tales como: infancia, derechos, maltrato, concepción de salud primer nivel de atención, prevención. Dicho marco estará conformado por dos capítulos 1) la construcción socio-histórica del maltrato en la infancia en el Uruguay, sus causas, consecuencias y el marco jurídico que protege a los/las niños/as frente a estas situaciones de maltrato. Y 2) La contribución del sistema integrado de salud en la prevención del maltrato.

Desde una perspectiva crítica reflexiva, el análisis también se divide en dos capítulos, que se desprenden del marco teórico.

El trabajo se orienta no solo a revisar y analizar estas prácticas del sector salud en el maltrato infantil sino también a producir ideas y conocimientos que permitan replantear la posibilidad de nuevas acciones y darle una mayor visibilidad a las contribuciones del sector salud en el primer nivel. Se aspira a que lo reflejado y analizado, pueda oficiar de aporte para el conocimiento de la práctica de los profesionales que trabajan en el Primer Nivel de Atención en Salud, a la hora de detectar e intervenir situaciones de maltrato en los/las niños/as. Consiste en el aporte de elementos que den cuenta de la gravedad del problema del maltrato infantil y la relevancia que tiene el primer nivel de

atención en la prevención y abordaje de tales situaciones de vulnerabilidad en los/las niños/as. Se pretende destacar e incentivar en la creación de campañas, estrategias, investigaciones, protocolos que protejan a los/las niños/as en la integridad de sus Derechos. Para un abordaje eficiente de la prevención. Fundamental para el buen desarrollo del niño/a en todos sus ámbitos.

FUNDAMENTACIÓN

El maltrato infantil es una problemática de gran magnitud y complejidad que ha existido a lo largo de la historia con diversas variaciones, socio- histórico- culturales. (Faraone, 2000)

Según SIPIAV (Sistema Integral de Protección a la Infancia y la Adolescencia, 2012) en Uruguay el problema de la violencia hacia niños/as continúa siendo un problema social grave, representando una de las formas más extremas de vulneración de Derechos. Esta violencia se ha perpetuado y tolerado como resultado de inequidades históricas, culturales y estructuralmente arraigadas en las relaciones sociales, en los diferentes ámbitos socioculturales, económicos y políticos. SIPIAV entiende por protección a aquellas medidas que garanticen el Derecho del niño/a a tener una vida libre de violencia y un desarrollo saludable (físico y emocional) en concordancia con el Interés Superior del Niño/a, tal como lo establece la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN, 2006).

Las investigaciones referidas a la temática de maltrato infantil plantean que de acuerdo al estudio de prácticas de crianza y resolución de conflictos familiares sobre el maltrato contra niños/as -presentado en 2008 por Programa Infamilia del Ministerio de Desarrollo Social (MIDES, 2008)- después de encuestar a 1.100 personas del área urbana se comprobó que el 83% realizó algún tipo de violencia psicológica o física contra un/una niño/a de su hogar. Asimismo, el 59% exteriorizó haber efectuado alguna forma de castigo físico hacia el/la niño/a de referencia, y un 15% enunció haberle ocasionado fuertes maltratos corporales. La indagación realizada permitió demostrar que la violencia psicológica es la más habitual, “con una prevalencia de 74,4%. La violencia física moderada registra un predominio de 53,7%; mientras que el maltrato físico severo registra un 13,8%. El maltrato infantil no conoce de clases sociales y atraviesa a la sociedad en su conjunto. De acuerdo con la investigación presentada en 2008, existe mayor maltrato psicológico en los hogares de nivel socio-económico altos (43,1%). Sin embargo, se registra una mayor prevalencia general de violencia física severa o muy severa en aquellos hogares más desfavorecidos.” Según datos brindados por el MIDES (2009). El ingreso de niños/as que sufren maltrato infantil ha ido creciendo dentro del Hospital Pereira Rossell, “pasó de representar el 2,5 % de los ingresos en el 2002, al 4,7 % en el 2008, convirtiéndose en la quinta causa de ingreso en el Hospital. El 61% sufrió maltrato físico, el 35% abuso sexual y el 4% de ambos, según se establece en la investigación, tras haber analizado las historias clínicas de todos los pacientes. El 59% de ellos eran menores de 5 años.” Se

indica que la frecuencia en el aumento de maltrato infantil ha ido creciendo, debido a la investigación constatada en el Pereira Rossell, la misma explica que este incremento se debe a la existencia de más violencia doméstica y aumentos denuncias por parte de la sociedad. Se señala que “el 22% de los casos fue el padre sustituto del menor; el 21% de los pacientes fue la madre biológica; mientras que en 17% de los casos fue el padre biológico.” Sostienen los investigadores que “el destino de estos niños/as, tras recibir el alta médica, fue en 59% de los casos, su hogar; mientras algunos quedan que a cargo de otro familiar, otros pasan al Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay (INAU), u otra institución de salud.” (MIDES, 2008,p1)

Esta investigación bibliográfica pretende identificar las características del maltrato infantil en Uruguay, la misma da cuenta que el maltrato está más presente de lo que creemos.

Las condiciones adversas presenten en los/las niños/as, en las familias, en los factores socio-culturales y ambientales, destacan consecuencias a corto y largo plazo en los/la niños/as victimas de diferentes tipos de maltrato. En los últimos años los sistemas de salud, han detectado mayor cantidad de situaciones de maltrato infantil. Ante estas situaciones es relevante el papel que cumple el sector salud, en el/la niño/a cuando concurre a la consulta médica, en la misma se puede encontrar con la sospecha o detección de una situación de maltrato. Por lo que es significativo el papel que cumplan los profesionales de la salud en cuanto a la prevención, detección y tratamiento.

En Uruguay cuando ocurren situaciones de maltrato, la mayoría de las personas que lo detectan o sospechan llaman a la Línea Azul. Dicho servicio brinda atención telefónica de acceso gratuito con el fin de seleccionar, informar, orientar e intervenir rápidamente ante situaciones de maltrato en los niños.(INAU, 2014).

Para una mejor detección del maltrato infantil hay que identificar el motivo de consulta, síntomas, factores protectores, relación con el adulto, autoestima, por el cual llega el/la niño/a a la institución:

(...) el criterio intuitivo, subjetivo, sujeto a errores o lamentables equivocaciones. También existen grandes limitaciones a determinar las consecuencias del maltrato en el sentido de que este, debe considerarse un fenómeno profundamente dinámico, donde las interacciones y los intercambios toman un papel preponderante. (Estable,B ,2010, P. 1).

El mapa de ruta sector salud (2009), menciona que la mejor manera de detectar situaciones de maltrato infantil es tener en cuenta, en las consultas con los/las

niños/as o con la familia los indicadores maltrato. Así como también tener en cuenta las redes de trabajo colectivo para el maltrato infantil, enfocándose no solo en lo que sucede dentro de la consulta, sino también visualizando como los/las niños/as, familias y profesionales se integran a los grupos y organizaciones.

Los profesionales de la salud realizarían un seguimiento continuo, de detección, y prevención, a través de los niveles de salud, donde acceden a observar síntomas, signos, valoración del riesgo, para generar una intervención adecuada en un trabajo en red, en conjunto con otras organizaciones, y el seguimiento a partir de las instituciones educativas. (Mapa de Ruta, 2013).

A nivel mundial el maltrato infantil es un fenómeno que adquiere características complejas, la Organización Mundial de la Salud (2014), aporta datos a través de investigaciones. “Una de cada cinco mujeres y uno de cada trece hombres manifiestan haber sido víctimas abusos sexuales en su niñez, una cuarta parte de todas las personas revelan haber recibido maltrato físico, psicológico y negligencia en su infancia.” (OMS, 2014)

El grupo de Boston (1962) plantea que no ha habido avances notorios en torno a la idea de prevenir el maltrato. Gentile- Ramos, cita a Kemper H., (1978) quien al analizar las dificultades de la sociedad para enfrentar el tema, plantea, que por un lado, la sociedad tiende a negar el maltrato, adjudicándolo a personas enfermas (psicóticos, adictos, etc), proyectivamente se habla de otro y no se piensa en la responsabilidad propia. Se hace mayor hincapié en aquellas formas más severas e inhumanas de maltrato, minimizando acciones que pueden ser vistas como cotidianas aunque se puedan reconocer, tanto el maltrato emocional, en forma de rechazo y/o privación, así como el maltrato y abuso sexual. “La realidad muestra que existe una gran discordancia entre, el pensar, el sentir, el decir, y el hacer”. Por lo que a cada persona le toca la responsabilidad, de brindar su aporte para mejorar esta situación.” (Gentile, 2006, P. 1)

Según el recorrido realizado se desprende que el maltrato infantil sigue siendo un grave problema de Derechos humanos y del área de la salud, tanto en Uruguay como en América Latina y el Caribe. Siendo relevante la cifra de niños/as víctimas de maltrato físico, emocional, trato negligente o abuso sexual (Larrain y Bascuñan, 2009). El impacto y las secuelas del maltrato infantil son nefastos y duran toda la vida. (Guedes y Bott, 2009).ONU Mujeres.

Este trabajo pretende dar cuenta la importancia de la prevención del maltrato y el aporte del sistema de salud. El cual es fundamental en la detección, protección y en fomentar prevención, apoyo y seguimiento en situaciones de maltrato. (Salvany, 2013). La protección de niños/as debe ser responsabilidad de toda la comunidad, nos involucra a todos como sociedad y su abordaje resulta complejo y difícil de elaborar a la hora de prevenir.

MARCO TEÓRICO:

CAPITULO 1: Maltrato como construcción socio-histórica-cultural. Su lugar en la sociedad uruguaya. Derechos. Causas:

1.1 . DEFINICIÓN DE INFANCIA:

La Concepción de infancia de Jaramillo “Revista del Instituto de Estudios Superiores en Educación Universidad del Norte” nº 8 diciembre, (2007) plantea que ha tenido diferentes valoraciones en la historia; su concepto depende del contexto cultural de la época. “En el siglo IV se concibe al infante como dependiente e indefenso (“los niños son un estorbo”). Durante el siglo XV en el concepto de infancia se observa cómo “los/las niños/as son malos de nacimiento. Se concibe como algo indefenso y es por ello que se debe tener al cuidado de alguien y se define el/la niño/a “como propiedad”. (Jaramillo, 2007, p.110-111.).

Partiendo del concepto de infancia, es pertinente situarse en las diferentes nociones históricas, en la época medieval existía la creencia de que los/las niños/as no sentían placer ni dolor; siendo avalados los malos tratos hacia ellos/as. Los castigos físicos eran considerados educativos por lo que su crueldad, involucraba a toda la sociedad. (De Mause 1982).

Siguiendo con la historia en el siglo XVI, la definición de niño/a es de “un adulto pequeño”. En los siglos XVI y XVII se le considera como innato de bondad y repleto de inocencia. En el siglo XVIII se le da calidad de infante, es el/la niño/a “como ser primitivo”. Las diferentes protestas sobre la infancia comienzan a partir el siglo XVIII en las sociedades democráticas. (Jaramillo, 2007, p 110-111). Rousseau, (1712-1778) en “*El Emilio*” (“*Émile, ou de l’éducation*”, en *Oeuvres complètes VIII*, 1790), advertía las características de la infancia, de la contemporaneidad, consideraba que cada edad tenía su perfección y madurez adecuadas para la etapa del desarrollo. Estas edades por la que a traviesan los/las niños/as se manifiestan, mediante el juego. Dándole un valor especial a la infancia.

A partir del siglo XX hasta la actualidad, surgen movimientos en apoyo a la infancia reconoce a “el/la niño/a como sujeto social de Derecho”. (Jaramillo, 2007, p.110-111.).

En la Convención Internacional de los Derechos del Niño, en el artículo 1: “Se entiende por niño todo ser humano desde su nacimiento hasta los 18 años de edad, salvo que haya alcanzado antes la mayoría de edad”. (CDN, 1989, p. 1)

Por otro lado, la definición de UNICEF (2005) no establece parámetros medibles por edad, sino que considera: a la infancia como la época en la que los/las niños/as deben

estar en la escuela, crecer fuertes, seguros de sí mismos y recibir amor. Recibir estímulo de sus familias y de los adultos que viven en la sociedad. Es una etapa única en la que los/las niños/as deben hallarse sin miedo, seguros, protegidos de la violencia y contra toda forma de los malos tratos. La infancia representa mucho más que una etapa que sucede entre el nacimiento y la edad adulta. Representa la condición y el estado que se encuentra un/una niño/a en la calidad de la vida de esos años. (Unicef, 2005, p. 1)

1.2. DERECHOS:

Según diversos documentos en los primeros años del siglo XX, empiezan a desarrollarse diferentes perspectivas sobre la vulneración de Derechos en la infancia. Dando un auge a las definiciones sobre ese tema, organizaciones que trabajaban en esa área, leyes que defienden los Derechos de los/las niños/as e intentan comprender y detectar el problema del maltrato. (Jaramillo, 2007.).

Desde la Primera Guerra Mundial con la adopción de la Declaración de Ginebra en 1924, los Derechos del niño/a comienzan a ser formalmente reconocidos. Finalmente es en 1989 que se aprueba la Convención Internacional de los Derechos del Niño, que representa el primer texto de compromiso internacional que reconoce legalmente todos los Derechos fundamentales de los/las niños/as. Dicha convención explica que todo niño/a debería gozar de salud, disfrutar del descanso y el juego, tener una familia, un nombre y una nacionalidad. Entre los puntos más importantes. Sin embargo, se encuentra la libertad de pensamiento y expresión y la protección contra la explotación infantil, Derecho a la vida, a la no discriminación, y Derecho a la educación:

En el Artículo 19: Es Obligación de los Estados Parte adoptar 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 o niña se encuentre bajo la custodia de los padres, de un representante legal, o de cualquier otra persona que lo tenga a su cargo. (CDN, 1989, p. 1).

En Uruguay, a partir de la aprobación de la Convención sobre los Derechos del niño se inició la redacción de un nuevo Código de la Niñez y la Adolescencia (CNA) que terminó de elaborarse en el año 2004. El cual propone varios artículos que protegen a los/las niños/as en el que:

Artículo 15: El Estado tiene la obligación de proteger especialmente a los niños y adolescentes respecto a toda forma de: A) Abandono, abuso sexual o explotación de la prostitución. B) Trato discriminatorio, hostigamiento, segregación o exclusión en los lugares de estudio, esparcimiento o trabajo. C) Explotación económica o cualquier tipo de trabajo nocivo para su salud, educación o para su desarrollo físico, espiritual o moral. D) Tratos crueles, inhumanos o degradantes. E) Estímulo al consumo de tabaco, alcohol, inhalantes y drogas. F) Situaciones que pongan en riesgo su vida o inciten a la violencia, como el uso y el comercio de armas. G) Situaciones que pongan en peligro su seguridad, como detenciones y traslados ilegítimos. H) Situaciones que pongan en peligro su identidad, como adopciones ilegítimas y ventas. I) Incumplimiento de los progenitores o responsables de alimentarlos, cuidar su salud y velar por su educación. (CNA, 2004, p. 1)

Luego de este CNA(2004) se empiezan a crear leyes que protegen y previenen situaciones de vulneración de derechos.

A partir de la situación de vulnerabilidad se crea la ley 14.852 decretada por el Ministerio de Salud Pública (MSP, 1978, art. 1 y 2): se establece I) la implementación del Carné para concurrir a las Escuelas Públicas y Privadas; II) exigencia del Carné es necesaria, para el cumplimiento de actividades deportivas curriculares y extracurriculares no federadas, a fin de que redunde en beneficio de la salud de la población infantil en edad pre-escolar y escolar. III) que en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud, resulta ventajoso que el Médico tratante del primer nivel de atención, pueda expedir el Carné del Niño y de la Niña, en pleno conocimiento de los mismos, por ser quien tiene contacto directo con los pequeños, racionalizando el sistema; IV) que la Dirección General de la Salud de Ministerio de Salud Pública, otorga su aval a la implementación de dicho documento. (p.1)

El Estado en su conjunto, a partir de las políticas públicas definidas desde 2005, se compromete con la problemática de la violencia hacia niños/as, entendiendo el problema como social, al que se debe atender y priorizar. Con la creación de SIPIAV en el año 2007 enfocado en un sistema de atención, se enmarca dentro de una política pública del Estado que brinda protección a niños/as y adolescentes frente a situaciones para dar respuesta a los maltratos hacia niños/as en Uruguay, basado en la intersectorialidad y dispositivos territoriales de cercanía a las familias. (SIPIAV, INAU, 2007) Tiene como propósito crear un eje común entre la normativa y los diversos mapas de ruta, protocolos y guías que existen en cada sector, para mejorar los recursos. Brindar medidas de protección y cuidado, en diversos ámbitos psicosocial, sanitarias y legales, a los/las niños/as víctimas de malos tratos en la infancia.(SIPIAV, INAU2007) SIPIAV cuenta con un Comité de Coordinación Interinstitucional, Nacional, coordinado por INAU, el cual sesiona mensualmente con

representantes de ANEP, MSP, ASSE, MIDES, MI, Poder Judicial, UNICEF, y Organizaciones No Gubernamentales (en convenios con INAU). El mismo genera el intercambio y la discusión conceptual relacionada con el abordaje de la problemática de la violencia. Trabajando desde la interdisciplinariedad. Se propone aportar cambios que se deben generar en las formas de relacionamiento, y en la restitución de Derechos. Así como también realizar mecanismos y dispositivos para la atención de las situaciones de alto riesgo. (SIPIAV, 2012)

1.3. DEFINICIÓN DE MALTRATO:

UNICEF describe a las víctimas del maltrato infantil como aquel segmento de la población conformado por niños/as y jóvenes hasta los 18 años que sufren ocasional o habitualmente actos de violencia física, sexual o emocional, sea en el grupo familiar o en las instituciones sociales. El maltrato puede ser realizado por omisión, supresión o trasgresión de los Derechos individuales y colectivos, e incluye el abandono completo o parcial. El mismo puede acontecer en múltiples ámbitos: la familia, la escuela, la comunidad, las calles y situaciones de trabajo (UNICEF, 2009).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2014), 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, 2014,p. 1.).

1.4. TIPOS DE MALTRATO:

Estas situaciones se han dado desde los principios de la humanidad y ésta ha ido cambiando su visión del problema haciéndolo cada vez más público. (Gentile- Ramos, 2001)

La autora Faraone (2000) plantea que el maltrato se subdivide en:

- Físico: toda acción que pueda o cause daño físico, ya sea de forma constante o una sola vez.
- Violencia emocional y/o social: se origina a través de insultos verbales, aislamiento, críticas, rechazo, discriminación por alguna característica específica, entre otros.

- **Abuso sexual:** no sólo se daría en el caso de que hubiese una relación sexual consentida o no por el menor, sino que también se produciría en aquellos casos donde el adulto, incurriera en acciones tales como la de besar, acariciar, exhibirse desnudo delante del niño/a o masturbarse delante de él, ver pornografía en su presencia, entre otras acciones.

La negligencia es una omisión o acto, que pone en peligro inminente tanto sea física o emocionalmente al niño/a, por ejemplo no brindarle atención médica en caso de necesitarlo. El abandono es también una forma de negligencia y se produce cuando por parte de su familia o quienes están a cargo del niño/a, no cubren las necesidades básicas y las garantías de bienestar inherentes a los derechos y a la patria potestad. Ante esta situación se produce abandono no solo físico sino que desde una dinámica psicológica aún estando presente los padres, al no lograr hacerse cargo de los cuidados del mismo, generando así una serie de efectos negativos: trauma, desamparo, desvalimiento y desprotección.

En el mapa de ruta, (UNICEF, 2009) se agregan dos tipos de maltrato: niños/as testigos de violencia, en donde estos los/las niños/as presencian violencia de un tercero hacia ellos o otra persona y sin ser víctima directa es afectado emocionalmente por esta. El llamado Síndrome de Munchausen, es provocado por algún familiar, en general la madre quien lleva al niño/a constantemente a un centro de salud convencida de que el/la hijo/a padece algún síntoma o enfermedad creado generalmente por ella o el adulto responsable. Quien a raíz de algún diagnóstico somete al niño/a a múltiples intervenciones médicas. Muchas veces le provocan al niño/a síntomas para llevarlo así al médico y justificar tal enfermedad. Este sufre problemas emocionales, baja autoestima y corre peligro de vida.

1.5. CAUSAS:

Según Cantón y Cortés, (1997) algunas de las causas, que lleva a que adultos maltraten a los/las niños/as, están arraigadas en la sociedad, con varios determinantes sociales. Entre ellas se encuentran:

Personalidad psiquiátrica/psicológico se genera a través de un nexo entre el maltrato infantil, con enfermedades mentales y/o desorden psicológico. Los autores plantean que los padres maltratadores les es difícil dominar sus impulsos, poseen baja autoestima, escasa capacidad de empatía, depresión ansiedad, alcoholismo y drogadicción.

Económicas: se origina por el desempleo llevando a que los padres o tutores desquiten sus fracasos o malestares con los/las hijos/as ejerciendo maltrato sobre

ellos. Se presenta en mayor medida en los estratos de menores ingresos, aunque se suele dar, en todos los niveles socioeconómicos.

Culturales: toda la comunidad ha desarrollado una cultura del castigo, en la cual se privilegia el modelo de sociedad patriarcal. En la misma, se considera al padre, como la máxima autoridad, presente en la familia. Posee la autoridad de establecer normas y sancionar al resto de los miembros (esposa, hijos/as, entre otros). En esta concepción, el castigo se atribuye como una medida de corrección a quien transgrede las reglas, como disciplina y educación de los hijos (modelo sociológico).

Sociales: se originan cuando entre los padres no hay comunicación o la misma es inadecuada, entre ellos y sus hijos, generando desintegración familiar (modelo psiquiátrico/psicológico). Estos entornos generan otras crisis en varios niveles. (modelo sociológico). El maltrato en estos casos provoca un daño definitivo por la escasez de afecto, durante la vida del niño/a (modelo psiquiátrico/psicológico).

Emocionales: estas causas según los autores, suceden por la imposibilidad de los padres o tutores para enfrentar problemas, por la inmadurez emocional, baja autoestima, falta de expectativas, inseguridad que originan que desquiten su frustración en los/las hijos/as. Siendo incapaces de proporcionales las necesidades básicas para su desarrollo. Se ha evidenciado que en los hogares donde está presente la violencia domestica, suele existir maltrato infantil. (modelo psiquiátrico/psicológico).

La historia del maltrato de los padres: se da cuando padres que ejercen violencia sufrieron maltrato en su infancia, malos tratos en la niñez, que son adquiridos, reproduciéndolos en sus hijos/as. (modelo psiquiátrico/psicológico).

Biológicas: suceden cuando se genera maltrato por parte de padres o tutores hacia los/las niños/as, que sufren trastornos neurológicos o malformaciones. A causa de esto la comunidad, padres o tutores los desprecian o reconocen con lástima (modelo centrado en el niño). (Cantón y Cortés,1997)

1.6. Impactos del Maltrato

Hernández González (2007) en el artículo "Maltrato Infantil" describe que el mismo, puede desencadenar en varios trastornos emocionales, sociales y conductuales. Se plantea que las secuelas dependen de las características del niño/a (edad, sexo, susceptibilidad, temperamento, habilidades sociales), el tipo de maltrato, relación del niño/a con el agresor; estas pueden producir: retrasos en el desarrollo evolutivo, trastornos de apego, baja autoestima, así como también pesadillas, problemas del sueño, trastornos alimenticios, pérdidas del control de esfínteres, deficiencias psicomotoras, trastornos psicósomáticos, hiperactividad, aislamiento, bajo rendimiento académico, trastorno disociativo de identidad, delincuencia juvenil, consumo de drogas y alcohol, miedo generalizado, depresión, rechazo al propio cuerpo, culpa, vergüenza,

agresividad, problemas en los vínculos, riesgo de ser perpetrador de maltrato en la etapa adulta.

Barrudy (2011) plantea que los/las niños/as cuando son víctimas de malos tratos, por parte de aquellos, que deberían protegerlos, los diferentes maltratos provocan en ellos/ellas diversas secuelas. Por ejemplo: trastornos de apego, implicando la dificultad en las capacidades de establecer vínculos sanos consigo mismo y con los demás. Pudiendo presentar apego inseguro, ansioso ambivalente, evitativo, hostil o desorganizado. Otra consecuencia es lo traumático que puede provocar estrés, dolor crónico, tanto físico como psicológico. Puede generar también trastorno de la socialización que implica que un/una niño/a que sufre malos tratos, puede que se identifique con el agresor, a través de conductas aprendidas, porque no tiene a nadie significativo que le enseñe a no ejercer maltrato. A este proceso lo hemos llamado la carrera moral de los/las niños/as maltratados. Se expresan por las dificultades que presentan en establecer relaciones sanas, caracterizada por el respeto, la reciprocidad y un equilibrio en el dar y recibir. Se pueden producir también trastornos en el desarrollo en todos sus niveles, provocar alteraciones en el sistema nervioso central, retrasos mentales y psico-afectivos. También como consecuencias se puede observar los trastornos de los procesos resilientes los cuales permiten a los/las niños/as un desarrollo sano, a pesar de las dificultades que provienen de sus vidas. Esta capacidad, es el resultado de experiencias de apego seguro y de apoyo social, de por lo menos con un adulto significativo para el/la niño/a. (Barudy, 2011).

CAPITULO 2: Prevención del Maltrato desde el Aporte del SNS- (SNIS):

2.0. CONCEPTO DE SALUD:

Stolkiner (1987) conceptualiza a la salud como un espacio donde antagonizan conceptos y paradigmas distintos. Cada momento histórico crea una representación del hombre.

Tal como plantea Cabellero (2011) la salud es el efecto de construcciones socioculturales que se consolidan en un determinado tiempo y lugar, junto a los factores sociales y culturales.

Desde mediados del S. XX se ha venido cuestionando el “modelo médico hegemónico” cuyo eje está centrado en la atención de la enfermedad, en la monodisciplinariedad (la medicina, y, por tanto, la figura del médico como central en el campo sanitario), y en una etiología predominantemente biológica. (Sivori, 2010)

Saforcada, De Lellis, Mozobancyk (2010) exponen una concepción de salud dentro del

paradigma comunitario. La comunidad se apropia de su salud, haciéndose participe en la toma de decisión sobre la misma. El Derecho a la salud implica no enfermarse y si ocurre es el Derecho a ser atendido. Se propone trabajar en tareas de promoción, prevención, protección, generando hábitos de cuidado y autogestión. Desde un enfoque interdisciplinario, donde los profesionales del ámbito de la salud actúen en función de la demanda, que se genera en la comunidad. La salud integral dejó de ser mental o somática para ser solo salud y de ser un problema individual para ser social.

Cuestionamiento que comienza a tener su momento de mayor desarrollo e impacto, en el cambio de paradigma que propone la OMS (1948) con respecto a la concepción de salud. Definido como “un estado de completo bienestar físico, psíquico y social; no sólo ausencia de enfermedad”. A partir de esta concepción, Saforcada (1988) se refiere a la “salud es el relativo bienestar psíquico, físico y social, fruto de la interacción entre el individuo (entidad bio-psico-socio-cultural) y su ambiente.”

En la Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948) se establece que la salud es un Derecho que tienen todas las personas, independientemente de su raza, religión u origen social.

Otro aspecto relevante en el ámbito de la salud es la creación de la Conferencia internacional de Alma-Ata en 1978. Se propone realizar una estrategia global de “Salud para todos en el año 2000”. Dicha meta fue manifestada en la Conferencia proponiendo la transformación de los sistemas de salud, de modo que la APS desempeñe en ellos un papel central. Presentándose la necesidad de un Sistema Nacional de Salud, cobertura universal, participación, equidad. Propone que los servicios deben estar al alcance de todos, logrando de esta manera una cobertura total, promoviendo su plena participación, permanente e integral de cada individuo al trabajo colectivo, el Derecho de compartir las decisiones y el usufructo también permanente y proporcional en los productos alcanzados. A partir de la Declaración de Alma Ata comienzan a surgir documentos, que sirven de herramientas para la salud para todos, pero ya no para el año 2000, propuesto en tal declaración. Para llevar a cabo tal propósito en 1986 surge la Conferencia de Ottawa sobre la Promoción de la Salud. En 1988, la Declaración de Riga, en julio del 2007, se crea el Documento de Posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS).

Estos documentos fueron una respuesta a la creciente demanda de una nueva concepción de la salud pública en el mundo. Se señala la necesidad de: desarrollar

políticas que apoyen la salud, crear ambientes favorecedores, reforzar la acción comunitaria, el desarrollo de habilidades personales, reorientar los servicios sanitarios.(Perea, S/F)

En Uruguay a partir del 2007 se crea el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), con la Ley N° 18.211, que introduce cambios al modelo de atención, de gestión y en el sistema de gasto y financiamiento. La necesidad de un Sistema Nacional de Salud - Planificación - Cobertura universal - Participación – Equidad. Pone en evidencia el Derecho a la salud de toda la comunidad, priorizando el modelo de atención integral.

Cuando hablamos de Derechos a la salud, se centran en priorizar el modelo de salud integral, desde un enfoque bio-psico-social. Se promueve la atención longitudinal y continua, se centra en la población que asiste de forma continua en el proceso de salud-enfermedad. Teniendo una respuesta del modelo de atención integrado. (MSP, Atención en salud, ley del usuario N°.18211)

La puesta en vigencia de un “modelo de atención bio-psico-social”, que abarque “las acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación, con atención prolongada a familias y a la comunidad “, priorizando la puerta de entrada al sistema a través del primer nivel de atención, con “equipos interdisciplinarios que dispongan de los recursos necesarios para ser efectivamente resolutivos”. (MSP, 2009, p. 45)

Se concibe a la salud como una “condición biológica y social en unidad dialéctica con la enfermedad resultado entre el individuo y su ambiente, por tanto de carácter multicasual”, que se expresa en” valores mensurables de normalidad física, psicológica y social”. Condicionada al modo de producción y a cada momento histórico del desarrollo de la sociedad. La aplicación de una estrategia de APS, “en el modelo de financiación, asegurando equidad y solidaridad”. (MSP, 2009, p 49)

Las prioridades de la salud pueden encontrarse dentro del Programa de Atención a la Salud de la Niñez (2014), surge debido a la consulta médica de niños/as de 0 a 14, proveniente de sus familias y su contexto social en la comunidad. El mismo tiene como objetivo promover la salud integral del niño/a, y su familia a través de acciones integradas y coordinadas de promoción, protección, recuperación y rehabilitación, sustentada en los principios de la Atención Primaria en Salud. (Ministerio de Salud Pública ,2006)

2.1. PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN:

Cuando hablamos de Atención Primaria de Salud, debemos remitirnos a la Conferencia internacional realizada en el mes de septiembre de 1978 en Alma-Ata, se

puede decir que constituye una estrategia porque se propone resolver problemas mediante una manera determinada de reorganizar y reorientar los recursos del sector salud. Esto implica una organización de servicios con base en niveles de atención, no pudiendo restringirse a un solo nivel.(Perea, S/F)

Tal como afirma Perea (S/F) la APS constituye una estrategia, puesto que se propone resolver problemas mediante una manera específica de reorientar y reorganizar los recursos en el sector de salud. Por su parte los principios básicos de la estrategia de APS deberán integrarse a los sistemas sanitarios de la región, conforman una parte esencial de estos sistemas y se determinan de la siguiente manera: integralidad, interdisciplinariedad, intersectorialidad, planificación, cobertura universal, participación, equidad, descentralización, accesibilidad, continuidad, prevención primaria poniendo acento en el desarrollo y actuaciones en el primer nivel de atención.

Es el nivel de asistencia que procura resolver la mayoría de las consultas, brindando promoción de la salud, prevención, asistencia y rehabilitación. Por su anclaje comunitario está en contacto y coordinación con las redes sociales de la zona. Estas redes resultan fundamentales a la hora de definir estrategias para la prevención, la detección y el seguimiento de situaciones de maltrato. En este primer nivel de atención de salud participan los centros de salud y las policlínicas, los médicos de área, los médicos de familia, los pediatras de la zona y las emergencias móviles. (Mapa de Ruta, MSP-SIPIAV- UNICEF, 2009)

El equipo de salud, en base a visitas periódicas de control de salud evalúa el crecimiento y el desarrollo, se propician espacios de intercambio con distintos integrantes del equipo de salud y familias esto forma parte una política social. Estas visitas al médico ya sea a una consulta o a la emergencia benefician el cuidado del niño/a. (Mapa de Ruta, MSP-SIPIAV- UNICEF, 2009)

Según la legislación uruguaya (Ley N°.18211) Artículo36.-El primer nivel de atención está constituido por el conjunto sistematizado de actividades sectoriales dirigido a la persona, la familia, la comunidad y el medio ambiente, tendiente a satisfacer con adecuada resolución de las necesidades básicas de salud y el mejoramiento de la calidad de vida, desarrolladas con la participación del núcleo humano involucrado y en contacto directo con su hábitat natural y social. Las acciones de atención integral a la salud serán practicadas por equipos interdisciplinarios con infraestructura y tecnologías adecuadas para la atención ambulatoria, domiciliaria, urgencia y emergencia. (2007, p.1)

2.3. PREVENCIÓN:

En cuanto a la prevención en el maltrato infantil al igual que cualquier problema social se hace necesaria observar la problemática y sus múltiples causas que se observa a través de factores sociológicos, psicológicos, culturales e históricos. No se puede prevenir con conductas individuales el maltrato infantil, porque es un problema de toda la sociedad. El procedimiento de prevención, la atención del maltrato infantil en el sistema nacional de salud y la prevención se involucra un conjunto de acciones cuya finalidad es reducir los factores de riesgo del maltrato infantil y reforzar los factores protectores para disminuir la probabilidad de factores de riesgos.

Para la prevención de la enfermedad son más las medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecidas. (OMS, 1998)

Según el Mapa de Ruta de la UNICEF (2013) la prevención puede darse en dos ámbitos, el individual que se ve en alguna consulta médica, familiar o comunidad, donde es imprescindible generar un ámbito de confianza generando un buen vínculo entre niño/a- adulto, factores protectores e información. El otro ámbito en el que puede darse es el comunitario, se da en el ámbito de instituciones de la salud generando actividades con la familia- niño/a, haciendo necesarias otras instituciones y un enfoque interdisciplinario. La participación de la familia es de suma importancia a la hora de brindar información que sirva de ayuda para generar políticas de protección. (Mapa de Ruta, 2013)

A lo cual Castillo (2011) plantea la:

Prevención Primaria: dirigida a la población general con el objetivo de evitar la presencia de factores de riesgo y potenciar los factores protectores del maltrato infantil.

- Sensibilización y formación de profesionales de Atención Primaria en la detección y prevención del maltrato infantil.
- Incrementando de la relación padres-hijos/as, educando en la preparación del parto, cuidado de los/las hijos/as.
- Promoviendo valores de estima hacia la infancia, la mujer y la paternidad.

- Prevenir el embarazo no deseado, principalmente en mujeres jóvenes, mediante la educación sexual, facilitar recursos de planificación familiar.
- Búsqueda sistemática de factores de riesgo en las consultas de niño/a “sano”. Así como evaluar la calidad del vínculo afectivo padres-hijos/as, los cuidados del niño/a, actitud de los padres en la aplicación del binomio autoridad-afecto.
- Intervenir en las consultas y exponer los derechos de los/las niños/as y la inconveniencia de los castigos físicos. Ofrecer la alternativa de la aplicación del castigo conductual.
- Identificar los valores y fortalezas de los padres, reforzando su autoestima.

Prevención Secundaria: que dirigida a la población de riesgo, con el objetivo de realizar un diagnóstico temprano y un tratamiento inmediato y así Atenuar los factores de riesgo presentes y potenciar los factores protectores.

Incluyen:

- Reconocer situaciones de maltrato infantil, estableciendo estrategias de tratamiento.
- Reconocer situaciones de violencia doméstica y/o de abuso a la mujer y buscar soluciones.
- Reconocer las conductas paternas de maltrato físico o emocional, considerando la remisión de la familia a una ayuda especializada en el manejo de la ira y la frustración.
- Remitir a centros de salud mental a padres con adicción al alcohol y/o drogas.
- Conocer y ofrecer a las familias que lo precisen todos los recursos comunitarios de ayuda psicológica a adultos y niños/as, social, laboral o económica.
- Coordinar con el trabajador social de la zona objetivos, planes, estrategias y ayudas definidas para cada familia de riesgo.
- Visita domiciliaria realizada por enfermería a familias de riesgo.

Castillo (2011)desarrollo estas dos prevenciones (primaria y secundaria), pero Hernandez Gonzales (2007) plantea un tercer nivel de prevención.

Prevención Terciaria: consiste en la rehabilitación de maltrato infantil, tanto para los/las niños/as como para los adultos. Requiere disponer de un equipo interdisciplinario -(pediatras, psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, orientadores familiares, terapeutas, jueces de menores, cuerpos policiales, etc.) (Castillo, 2011).

2.4. DETECCIÓN DE SITUACIONES DE MALTRATO INFANTIL:

Para detectar maltrato infantil es necesario tener en cuenta la manifestación de los indicadores físicos, conductuales o emocionales, que aparecen como síntoma y signos en el/la niño/a que son percibidos por quienes observan. Contados por los niños/as como sensaciones corporales, sentimientos o pensamientos. Estos indicadores se exteriorizan mediante el relato, marcas físicas, conducta o comportamiento. En el sector de la salud, el diagnóstico y la valoración del riesgo de las situaciones de violencia que viven niños/as se basan principalmente en la anamnesis y el examen físico. En esta etapa es relevante no re victimizar al niño/a. Con ese fin es aconsejable que los profesionales realicen las entrevistas y exámenes estrictamente necesarios y sean muy prudentes con el manejo de la información dentro de la institución y con los familiares. En las entrevistas es importante brindar privacidad y seguridad, realizar preguntas abiertas, que no induzcan o sugieran respuestas. Escuchar atentamente, sin interrupciones, creer en el relato del niño/a, transmitirle que no es culpable, por lo que sucedió. No utilizar estilo interrogativo o de confrontación. Ni emitir juicios de valor. En caso de que el/la niño/a quiera manifestar sus emociones durante el relato, brindarle el espacio para que lo haga; que pueda llorar, demostrar vergüenza, permanecer en silencio. Indagar si otra persona conoce la situación y si se realizó alguna intervención anterior. Explicar al niño/a claramente los pasos que se van a seguir para atender su situación. EL examen físico debe ser completo. Se complementa con exámenes paraclínicos. Se debe ser sumamente cuidadoso explicando al niño/ña de qué se trata. Registrar con cautela la información en la historia clínica. (Mapa de Ruta, MSP-SIPIAV-UNICEF, 2009)

En la derivación a otro nivel de atención es indispensable explicitar claramente en la hoja de referencia la información obtenida y las acciones realizadas. El examen físico del niño o niña con sospecha de abuso debe realizarlo el médico que recibe al paciente. En caso de dudas, consultará con el médico especialista o ginecólogo. (Mapa de ruta, CEIP-ANEP- SIPIAV-INAU, 2013).

En el observatorio de la infancia de España “Maltrato Infantil: Detección, Notificación y Registro de casos” (2006) propone que la detección consiste en que debe ser lo más rápida posible para evitar y tratar consecuencias, como también prevenir la repetición. Debe realizarse tomando en cuenta: la historia y exámenes médicos. En la primera se tomaran en cuenta los datos aportados por el propio niño/a, profesionales (maestro, medico, policía, trabajador social) o otras personas (vecinos, amigos, parientes). Es importante recabar datos sociales del entorno que demuestren factores de riesgo que facilitan el maltrato. Al realizar el examen psicológico-médico se observara la existencia de indicadores físicos y de conducta en el/la niño/a, como también la conducta del agresor /acompañante. En algunas situaciones se requerirá la presencia de pruebas complementarias: medicas (radiología, análisis), psicológicas (test, entrevistas), para confirmar o realizar diagnóstico diferencial con otros procesos. En la realización de exploraciones médicas es necesario ser cuidadosos, para no revivir experiencias traumáticas en el/la niño/a. Se deben evitar re exploraciones innecesarias, prever la participación de un médico forense en casos de maltrato en los cuales se crea necesario. La detección precoz de las situaciones de riesgo del maltrato infantil debe ser realizada por cualquier profesional o persona que éste en contacto con el/la niño/a, sea cual sea su ámbito de trabajo (profesionales de la salud, maestros, trabajadores sociales, policías, psicólogos). Existen hojas de detección en las cuales profesionales de la salud, educación, policía, servicios sociales informan cuando hay riesgo de maltrato. Realizando un registro a los efectos epidemiológicos, además de quedar constancia en la historia clínica o expediente ante la denuncia de malos tratos. (El observatorio de la infancia, 2006).

Castillo (2011), expone que Pediatras y enfermeras se encuentran en una posición favorable para detectar niños/as en situación de riesgo, colaborar en la intervención protectora de la población general y realizar actividades preventivas en los mismos/as considerado el riesgo.

Para detectar situaciones de maltrato es necesario que los profesionales del equipo de salud, cuenten con una alta sensibilidad en el tema y tengan la capacitación específica. Esta favorece la visualización y reflexión de la problemática, ubica a la violencia como un factor de alteración de la salud, apoya al profesional y permite actuar adecuadamente. Una forma de detección precoz del maltrato es incorporar en la consulta la investigación de la existencia de violencia con la ayuda de un breve cuestionario. Este aportará información acerca de la dinámica familiar, los roles, las formas de relacionamiento y en algunos casos, permitirá entender y comprender

ciertos comportamientos y conductas tanto del niño/a como del adulto. (Mapa de Ruta 2009)

2.5. INTERVENCIÓN:

Cuando se habla de intervención se refiere a cualquier acción que se realiza o mensaje que se transmite dirigido a una persona, familia o grupo comunitario, ya sea con fines preventivos, educativos o terapéuticos. Esto abarca acciones psicosociales en las diferentes disciplinas: centros educativos, sociales, de salud, judiciales.

Para el proceso de intervención se hace necesario la intervención de un tercero; indispensable, dada la dificultad de romper el círculo de violencia establecido por los directamente implicados. Es importante identificar expresiones o indicadores de los procesos señalados en la conducta de quienes son víctimas y en todos los miembros de la familia. Registrar lo que les pasa a los operadores psicosociales, así como reflexionar y tomar distancia. (Mapa de Ruta ,2009)

Para la definición de estrategias de intervención en los temas de violencia hacia niños/as en el ámbito de sus familias y en el marco de un modelo de atención como el que propone SIPIAV, es necesario discriminar acciones de prevención y asistencia en urgencias y no urgencias, como también tener en cuenta factores que permitan realizar un diagnóstico situacional, evaluando los niveles de riesgo. (SIPIAV, 2012)

Para modificar un problema y sus consecuencias, las intervenciones pueden apuntar a disminuir su incidencia como también impedir que aparezca, actuando sobre los factores de riesgo o sobre los factores protectores, reducir la prevalencia del mismo, o sea actuar sobre las personas que lo padezcan, con el propósito de que recupere cuanto antes el bienestar que tenía antes de su aparición y/o reducir las secuelas, o sea la rehabilitación (reparación del daño) (UNICEF-SIPIAV, 2012)

Para SIPIAV (2014) la valoración del riesgo es lo que permite definir las prioridades de la intervención y por ende los procedimientos a seguir, tanto en la interna de la institución que lo detecta como en la articulación con aquellos actores que tengan competencia en esa situación valorada.

La actividad para coordinar la lucha del maltrato infantil se basa en la creación de protocolos que pretenden unificar los criterios de prevención en el trabajo del diagnosticador y resolver la situación de maltrato en el/la niño/a.

A su vez puede estar relacionado por el tipo del maltrato que en algunos casos es muy complejo por la edad del niño/a. Para esto es necesario herramientas para romper el silencio que están produciendo estas situaciones de maltrato. Comprenden el accionar

de las diferentes organizaciones. Las intervenciones llevadas a cabo en algunas instituciones requieren realizar capacitación y atención. Es necesario establecer en estas instituciones las políticas de prevención. Es necesario generar un clima adecuado que estimule el diálogo. Preguntar con calma y cautela. Escuchar su relato sin interrumpir o respetar su silencio. Permitir que exprese sus emociones, transmitirle comprensión, proporcionarle confianza y dar crédito a su relato. Aclarar las responsabilidades en la situación (desculpabilizar). Promover la conciencia de derecho. Brindar información respecto a futuras acciones, considerando la madurez del niño/a. Promover estrategias de auto cuidado. No aceptar el pedido de confidencialidad. Generar un espacio de trabajo para analizar la situación y definir las estrategias a seguir con el equipo de referencia del centro. Nunca debe intervenir un técnico solo en este tipo de situaciones. (SIPIAV-INAU, 2007)

ANÁLISIS

Para llevar a cabo este apartado de acuerdo a lo que se desprende del marco teórico. Dividiré el trabajo en dos capítulos: 1) La construcción socio-histórica del maltrato en la infancia especialmente en el Uruguay con sus causas y consecuencias. El marco jurídico que protege a los/las niños/as frente a situaciones de maltrato.

2) La contribución del Sistema Nacional Integrado de Salud en la prevención del maltrato.

1) La construcción socio-histórica del maltrato en la infancia especialmente en el Uruguay con sus causas y consecuencias. El marco jurídico que protege a los niños frente a situaciones de maltrato.

Las sociedades contemporáneas se han convertido en un ambiente lleno de violencia, no debe llamarnos la atención que sectores de la sociedad como ser la infancia sean uno de los más perjudicados por esta situación. (Santana-Tavira, Sánchez-Ahedo, Herrera-Basto, 1998).

Una forma de aproximarse al concepto de maltrato infantil es detenerse en los conceptos de infancia y familia, ambos se relacionan con un proceso socio- histórico-cultural. Poniendo en evidencia la peculiar forma de las prácticas sociales en las generaciones, junto a la forma de relacionarse niño/a-adulto. (Faraone, 2000).

Según Jaramillo (2007) puede observarse que la concepción de infancia ha estado presente y se ha modificado a lo largo de la historia a través de diversas prácticas sociales. Mause (1994) por su parte muestra la presencia del maltrato al plantear la construcción histórica de la infancia como una “pesadilla”, haciendo referencia a las situaciones de abandono, mutilaciones, filicidio y abuso sexual que se han infligido sobre niños/as. Mostrándolas como prácticas usuales del maltrato, tanto físico como psicológico.

Desde la antigüedad puede verse con Aristóteles la idea de que todo niño/a es propiedad del adulto, como objeto. Siendo abalados los malos tratos hacia los niños/as, viendo el ejerciendo de violencia hacia los mismos. Se lo consideraba como un adulto pequeño, hasta necesario para la familia y siendo el sector de la población más vulnerable. Las prácticas sociales se producen y se reproducen a lo largo de la historia, respondiendo a ideologías imperantes o intentando transformarlas. (Jaramillo, 2007).

En los siglos XVI y XVII se reconoce al infante con una condición innata de bondad e

inocencia. En el siglo XVIII se le da la categoría de infante, es el/la niño/a “como ser primitivo”. A partir del siglo XX hasta la fecha, gracias a todos los movimientos a favor de la infancia se reconoce “el/a niño/a como sujeto de Derecho”. La “reinvención” moderna de la infancia se inicia desde el siglo XVIII en las sociedades democráticas (Jaramillo, 2007). Rosseau,(1712-1778) consideraba que cada edad tenía su perfección idónea, perfección y madurez que se realizaban, mediante el juego. Advirtiendo las características y dándole un valor especial a la infancia. En 1989 con CDN se conceptualiza niño/a hasta los 18 años de edad. Entendiéndose así hasta la actualidad. En el siglo XXI, se empieza a tomar en cuenta un concepto de infancia donde todo niño/a debe estar en la escuela, crecer fuertes, recibir amor, vivir sin miedo, protegidos contra los malos tratos. (Unicef, 2005)

Al crecer en familia, el/la niño/a establece los primeros vínculos dentro de ella, a través de este proceso de socialización va adquiriendo un sistema de valores y ciertas conductas que se van naturalizando. Usos y costumbres que lo van preparando para vivir en sociedad, esto incluye el rol que ocupa cada miembro de la familia: padres, hermanos, abuelos, entre otros integrantes.

A través del vínculo afectuoso con sus padres, aprende lo que puede hacer y lo que no, es decir lo que se considera correcto en la sociedad en la que crece, a manifestar emociones, sentimientos, a resolver conflictos, entre otras áreas a resolver.

La familia tiene obligación de proteger a los/las niños/as brindándoles el cuidado necesario para su desarrollo integral. La responsabilidad parte de la familia o de las personas que tienen a cargo el cuidado de los/las niños/as en el ámbito privado(Faraone, 2000). Cuando estas no tienen las herramientas para hacerse cargo y generar buenos tratos en la infancia, es ahí donde tiene que actuar el Estado asegurándose que esto se cumpla. De esta manera son características para la conformación de su personalidad. A medida que los padres sostengan este rol y manifiesten afecto y cuidados. Le transmitan al niño/a seguridad, estarán contribuyendo a que el/la niña/o desarrolle al máximo sus capacidades naturales. Además de generar un vínculo de confianza y la necesidad de estar con otro. A partir de un vínculo de amor, podrá amar y relacionarse con otros, y adquirir una capacidad intelectual acorde a sus potencialidades (Winnicott, 1997).

Los conceptos mencionados anteriormente privilegia el bienestar de los/las niños/as. Las formas de cuidado quedan establecidas, existiendo leyes que obligan a que se lleven a cabo la protección de sus Derechos. Este concepto de infancia no se observa en niños maltratados por eso es necesario diferentes campañas de prevención de las

pérdida de derechos a la infancia.

El maltrato es un problema a nivel mundial que va en aumento. (Santana-Tavira, Sánchez-Ahedo, Herrera-Basto, 1998). Es un síntoma donde las sociedades contemporáneas muestran su propia enfermedad, en el seno de la familia. Presente a lo largo de todas las épocas. (Faraone ,2000).

Los conceptos de maltrato presentes en la OMS (2014) y CDN (1989) tienen en cuenta no sólo las acciones sino también las omisiones, mencionan distintos tipos de maltrato, de los padres o de cualquier adulto responsable de su crianza y que conviva con ellos. Involucrando a otros actores necesarios para los momentos evolutivos de estos niños/as y las instituciones (familia, escuelas, centros de salud, estado) y la sociedad en su conjunto. Como fenómeno complejo cuando sucede maltrato en los niños, tal como plantea Faraone (2000) se dan diversos tipos de maltrato entre ellos el físico, el psicológico, la negligencia, abandono, abuso sexual o como aparece en el mapa de ruta (unicef, 2009). Existen en los niños dos tipos más de maltrato entre ellos los testigos de violencia y el llamado síndrome de Munchausen. Estos tipos de maltrato no se dan aisladamente, generalmente cuando sucede maltrato, se observan en forma conjunta.

Siguiendo con el tema anteriormente mencionado en las investigaciones del MIDES (2009) observamos que el maltrato físico es el más detectable a simple vista, pero también hay otros como el psicológico y en otros casos de negligencia de las instituciones, de la familia. Otros datos relevados del MIDES (2008) demuestran que la violencia psicológica es la más frecuente, generándose mayor prevalencia de violencia psicológica en los sectores socio-económico alto y más violencia física en los hogares carenciados. Al estar presente el maltrato es característico que se manifieste diversos tipos de maltrato, una vez que aparece, se dan varios al mismo tiempo. Se puede pensar que la negligencia, lo afectivo, el abandono y las pérdidas son las más graves a la hora de producir secuelas en el/la niño/a. Se piensa que el castigo físico si bien produce secuelas en el/la niño/a no es el más grave, al ser el más detectable a simple vista en una emergencia pediátrica. Otros tipos de maltrato como la negligencia, y lo psicológico, son menos visibles resultan los que producen mayores secuelas en los/las niños/as. Tal es así que Gentile (2011) siempre consideró al abandono como el más grave de los maltratos y de salud pública. (Mides 2008-2009).

El maltrato influye en el futuro desarrollo físico, cognitivo, psicológico y emocional. Esto permite pensar que cuando un/a niño/a, que es maltratado por quienes deberían darle protección y seguridad, tendrá serias consecuencias, en todas sus áreas

comprometidas en el desarrollo. Por ejemplo desencadenar alteraciones del desarrollo evolutivo, dificultades en los relacionamientos, generando también baja autoestima y vulnerabilidad y otras características dentro del desarrollo de casa niño/a.

Tal como plantea Estable (2010) el maltrato puede producir múltiples síntomas, se puede observar en el/la niño/a mediante la conducta y, las características psicológicas. El motivo de consulta va a ser parte de la manifestación del síntoma del maltrato infantil, como pedido de ayuda en los/las niños/as que son víctimas del mismo. Estos síntomas pueden estar referidos a diversas áreas, tales como por ejemplo trastornos del sueño, angustia, depresión, miedo, trastornos de conductas de apego ausentes o bien un apego excesivo, baja autoestima entre otros. Esto puede detectarse en los controles a nivel del desarrollo del niño/a. Tomando en cuenta los indicadores de maltrato expuestos en el Mapa de Ruta (2009)

Coincidiendo con Hernandez Gonzalez (s/f) el/la niño/a necesita vincularse afectivamente de una manera especial con la familia o cuidador a cargo. Cuando uno de ellos ocupa el rol de agresor, provocando sentimientos ambivalentes en niño/a. Dejando secuelas en los vínculos que el/la niño/a tiene con los agresores. También a consecuencia del impacto del maltrato en los/las niños/as pueden generarse duelos, perdidas, que no son elaboradas adecuadamente, provocando un alto riesgo tanto a nivel físico como psíquico.

Boris Cyrulnik (2013) dice que la repercusión del maltrato va a ser diferente según la característica de un niño/a con el otro/a, por lo que se hace fundamental estar atentos a las manifestaciones que se presentan en cada niño. Por lo que la prevención a partir de este concepto de resiliencia se puede pensar como relevante a la hora de sus resultados. Este concepto de resiliencia también puede destacarse la relevancia de prevenir, tanto para promover la capacidad en los/las niños/as como también aun así en casos que el/la niño/a pueda desarrollar por si solo resiliencia. Si sufre maltrato para él, es difícil poder enfrentar solo a tales situaciones. Algunos de estos niños/as tienen la capacidad superar las dificultades. En algunos casos procesando la situación de maltrato de forma adecuada. Apareciendo factores protectores a nivel cognitivo que lo ayudan a enfrentar la situación, evitando así graves consecuencias a futuro. El/la niño/a logra desarrollar ciertas capacidades, intentando comprender, poner en palabras lo ocurrido, logra salir adelante, amortiguar la herida y modificar la representación del trauma. (Boris Cyrulnik ,2013)

Siguiendo con los pensamientos similares a los de Faraone (1974) el maltrato infantil es complejo debido a las causas que tiene. Intervienen una multiplicidad de variables

sociales, culturales y económicas. Las causas son diversas, se pueden encontrar más de una, interrelacionadas entre sí, en una situación de maltrato. (Cortes y Canton, 1997). En todas las clases sociales se da maltrato en los/las niños/as (Mides,2009). Coinciden en que la mayoría se generan en el contexto intrafamiliar, y son producto de la sociedad, que provocan en los adultos referentes reacciones hacia los/las niños/as, incidiendo la historia de maltrato de los padres, estando presente la transmisión intergeneracional, identificándose con el agresor y repitiendo lo aprendido.

Las distintas investigaciones mencionadas a lo largo de este trabajo de investigación bibliográfica han demostrado que los más vulnerables son los/las niños/as pequeños menores a cinco años.(MIDES,2009) Este dato nos hace pensar que los/las niños/as, más dependientes serían los más vulnerables y los que sufren maltrato.(INAU)

El/la niño/a no siempre fue considerado sujeto de derechos, es más, este reconocimiento se dio hace muy poco en el mundo y en el Uruguay. El empezar a considerarse a los/las niños/as como sujetos de Derecho, implicó el pensarlos como ciudadanos, cuya seguridad y desarrollo no sólo es responsabilidad de sus progenitores o las personas a cargo, sino también de la sociedad. Fue necesaria la Declaración de los Derechos del Niño en 1959, pese a que ya existía una Declaración de Derechos Humanos, para amparar a la figura de los niños/as bajo la categoría de sujetos de derecho. Esta declaración no tenía carácter obligatorio, por lo que fue necesario 30 años después la realización de una Convención Internacional de los Derechos del Niño (1989), ahora sí con carácter de obligatorio para todos los países que la ratificasen.

Es relevante destacar que en Uruguay a fines del siglo XX tal como es expresado en la CDN (1989) y luego a través del CNA (2004), el/la niño/a comienza a ser concebido como un sujeto de Derecho. A través de diferentes sucesos ocurridos a lo largo de la historia que fueron relevantes para concebir la necesidad de leyes que amparen a los/las niños/as. Dicha CDN (1989) el CNA (2004), establecen que es obligación del Estado proteger a los niños de los malos tratos, adoptando medidas legislativas. En ambas propuestas para proteger a la infancia, se expresa que debe gozar de salud, disfrutar del descanso y juego, tener libertad de pensamiento, derecho a la educación, a la no discriminación, intervenir en situaciones que pongan en peligro su vida o inciten a la violencia, pongan en riesgo su seguridad, incumplimiento de los progenitores o adultos responsables, de cuidar su salud y alimentación. Los Derechos se pierden cuando irrumpe el maltrato infantil. Esta percepción hace perder su Derecho, aparecen

los miedos al desamparo, a la pobreza, exclusión social que a veces afecta hacia su propia comunidad.

Otra mirada a los Derechos del niño/a esta generado por la dificultad de acceder al conocimiento, la fragilidad de los modelos identificatorios y al debilitamiento de la condición social. Por eso parte de estos derechos de los/las niños/as lo generan las instituciones. A partir de los sentidos de pertenencia, viendo actitudes solidarias por parte de los/las niños/as, volver a compartir normas de convivencia y características socio-culturales. Volviendo a las características tradicionales del niño/a, que son generadas al compartir en la escuela, en los CAIF, clubes de niños/as y otras instituciones donde el/la niños/as es participe.

No hay que dejar de lado que el Derecho del niño/a ha ganado espacio, tanto en lo académico, como el/la niño/a como sujeto de Derecho. Eso se observa en las diferentes legislaciones actuales que se elaboraron, para generar redes de protección de los/as niño/a y de los/las adolescentes. Es considerado a todo infante como sujeto de Derecho, con diferentes factores culturales, sociales y políticos.

En nuestro país se privilegia a la familia como ambiente protector para el/la niño/a, cuando ella no puede ofrecer este ambiente, se debe brindar a través de políticas públicas, sociales y desde un enfoque interdisciplinario. Cuando esto no se puede generar se hace necesario derivar a los/las niños/as a centros donde le brinden los cuidados adecuados como por ejemplo es el caso del INAU, separando de sus familias, privilegiando y previniendo maltrato posterior. (INAU)

Por otra parte INAU detecta altos niveles de violencia familiar o en el informe de SIPIAV estos serian los lugares donde las denuncias se observan diariamente intentando que las normas de denuncias a nivel judicial se cumplan en todos ellos o los ámbitos como escuelas centros de salud o CAIF observen y den información de esas denuncias.(El observador, 2014)

Estas instituciones presentes en nuestro país para la protección de los Derechos de los niños/as, así como estos aspectos socio-histórico-culturales que explican la presencia del maltrato permiten pensar estrategias de prevención, ante la problemática del maltrato infantil, el cual amerita intervenir desde el primer nivel de atención.

2) La Contribución del Sistema Integrado de Salud en la prevención del maltrato.

Desde esta perspectiva, la prevención del maltrato infantil, se encontrara enfocado dentro del sistema de salud. Poniendo énfasis en los diferentes abordajes de las instituciones, en la detección, el diagnóstico y las estrategias existentes en Uruguay.

Para comenzar a desarrollar este segundo capítulo, es apropiado comenzar por la concepción de salud, coincidiendo con Cabellero (2011) la misma es el resultado de construcciones socio- culturales. Tal como planea Saforcada, De Lellis, Mozobancyk (2010) se encuentra dentro del paradigma comunitario. Es un derecho que implica ser atendido. El objetivo de salud es mejorar la salud de toda la comunidad. Brindar acceso a la atención, asegurar los cuidados, y tratamientos adecuados, para promover y proteger los Derechos de los/las niños/as víctimas de maltrato, pudiendo garantizar la atención integral en el ámbito de la salud, organizado en redes en los niveles de atención, según las necesidades de los usuarios y la complejidad de las prestaciones, promover articulación operativa con las instituciones, las organizaciones no gubernamentales, las familias, y recursos en la comunidad. A su vez la conferencia de Alma Ata (1978) sirve como herramienta, para realizar posteriores documentos, en donde la salud es “para todos”. (Romero,R, Ramirez, N, Mosquera, P, Ofelia , R ,2009).

En Uruguay a partir del 2007, se crea el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS). Puesto en vigencia con la Ley N°18.211 que introduce cambios al modelo de atención, de gestión como también en el sistema de gasto y financiamiento. La necesidad de un Sistema Nacional de Salud que cuente con recursos para la Planificación, Cobertura Universal, Participación, y Equidad. Poniendo en evidencia el Derecho a la salud de toda la comunidad, priorizando el modelo de atención integral. Se concibe a la salud como bio-psico-social y en relación con el entorno, que permite situarse en un contexto socio-cultural de la sociedad, en la cual se aplica la estrategia de APS. (MSP, 2009). Abarcando acciones de promoción, prevención, recuperación, y rehabilitación tanto familiar como comunitaria, a través de equipos interdisciplinarios.

A pesar del avance en la protección del maltrato infantil. Se presenta la necesidad de desarrollar estrategias que protejan “la salud de todos” los infantes dentro de la comunidad. Estableciéndose la relevancia de reflexionar en las estrategias del primer nivel de salud, para poder detectar e intervenir en el maltrato infantil. En algunos casos particulares que necesiten recuperación y rehabilitación tener la posibilidad de acceder a las mismas, sustentada en los principios de la Atención Primaria en Salud (APS) en el primer nivel de atención. Una de las estrategias del Estado fue crear el Programa de

Atención a la Salud de la Niñez (2014) perteneciente al MSP. Poniendo énfasis en los controles de salud, atención de las enfermedades prevalentes de la infancia y adolescencia (AIEPI), trastornos de conducta y aprendizaje, salud ocular, nutrición, salud bucal, trabajo infantil, maltrato, exclusión social y adicciones. Fundamental para la prevención y detección. Tiene como objetivo que el/la niño/a y su familia genere el hábito continuo de promoción y protección de salud-enfermedad. A través de esta estrategia se puede reflexionar que es pertinente del Programa de Atención a Salud de la Niñez, mencione el tema del maltrato para que otras instituciones involucradas puedan observar, demandar, y ver la necesidad de intervenir cuando hay sospecha de maltrato del niño/a. Destaca la relevancia de la detección a la hora de prevenir.

Coincidiendo con lo expuesto en el Mapa de Ruta (Unicef, CEIP-ANEP 2013) en Uruguay a la hora de detectar es necesario tomar en cuenta los indicadores físicos, conductuales, emocionales que se manifiestan en el infante como signos y síntomas. Descriptos por los mismos mediante el relato, marcas físicas diagnosticadas por análisis clínicos o entrevistas, descripción de conductas relatadas al profesional o persona de confianza. Se presentan cuestionarios del ámbito de la salud, que son utilizados en el primer nivel de atención. Con el propósito de recabar datos mediante análisis rutinarios y una serie de preguntas que se integran a través del mismo, en las consultas médicas. Los datos que se obtienen en esta consulta ayudan a detectar maltratos en los/las niños/as. En otros casos no responden las preguntas pero la actitud que toma la persona permite dar cuenta de algún tipo de amenaza o miedo en la misma. En el sector de la salud el diagnóstico junto con la valoración del riesgo, se realizan mediante una anamnesis profunda y examen físico meticuloso. Es relevante brindarle privacidad o una atmósfera de contención y confianza, realizar preguntas abiertas que no induzcan o sugieran respuestas, escuchar sin interrupciones. Creer en el relato del niño/a y así brindarle un espacio para que despliegue sus emociones, quitándole culpabilidad. Solo limitándose a realizar exámenes físicos y entrevistas que sean necesarias, para evitar una re victimización en el/la niño/a. Al momento de realizar algún examen o medida a tomar se explica al niño/a cuáles son los pasos a seguir. Indagar si otra persona conoce la situación y si realizó una intervención anterior. En caso de sospechas de maltrato es necesario trabajar junto a un equipo interdisciplinario o médico especialista, dejando constancia en la historia clínica de tal situación. En la derivación a otro nivel es necesario dejar constancia en la misma, la información obtenida y las acciones realizadas. El trabajo interdisciplinario es necesario para detectar el campo de problemática del maltrato infantil. (Mapa de Ruta, CEIP-ANEP , 2013)

Considerar la demanda explícita o implícita que se presenta en la comunidad y delinear en ese sentido una estrategia de las situaciones, siendo relevante detectar en la población los índices de maltrato. Tal estrategia dependerá de las características del servicio y del equipo técnico interviniente. SIPIAV (2014) propone abordar las problemáticas a través de la evaluación del riesgo. (Primer nivel de atención).

Divide las situaciones en urgentes y situaciones que requieren intervención inmediata. Con un abordaje desde la interdisciplinariedad y intersectorialidad de los niveles de atención de salud y así obtener una adecuada intervención se establecerá la presencia de indicadores de maltrato que permiten evaluar el riesgo. La presencia de uno de estos indicadores puede representar una situación de violencia. También se debe evaluar en un proceso histórico, situacional lo que lleva al trabajo interdisciplinario e interinstitucional, evaluando y observando signos y síntomas de maltrato.

Es fundamental detectar rápido, evaluar el riesgo, tomando en cuenta los indicadores de maltrato expuestos en el mapa de ruta (CEIP-ANEP- SIPIAV-INAU, 2013). Se deberá visualizar y obtener diversos datos entre ellos el tipo de maltrato sufrido, quien fue el agresor, con quien vive, si tiene acceso a intuiciones de control social, como también tener en cuenta los recursos familiares y personales para generar un cambio a corto plazo para intervenir adecuadamente. Luego de realizado un diagnóstico se determinará la intervención estableciéndose una estrategia. La cual se aborda con un plazo máximo de un mes en España.

En Uruguay dependiendo de la situación e información obtenida a través pruebas, es el tiempo de abordaje del caso. Tal como plantea el Observatorio de la infancia de España (2006) para la realización del diagnóstico se toma en cuenta la Información del niño/a, familiares, ampliando dependiendo del caso a sistemas educativos, vecinales, comunitarios siempre y cuando no violente el principio de confidencialidad. A partir de lo ante dicho se reflexiona acerca de la relevancia que tiene que e/la niño/a, se sienta en un ambiente de confort con el profesional médico, pediatra, psicólogo, asistente social para poder expresarse libremente y saber que le está sucediendo. En el cual el/la niño/a se sienta protegido, escuchado en el lugar que asistió y conto lo que le había sucedido.

A la comparación con otros países, el Observatorio de la Infancia de España (2006) detecta del maltrato infantil y se aborda tomando en cuenta la historia del niño/a, profesionales de la salud y de otras áreas como también tener en cuenta a vecinos, amigos, parientes. En el cual el médico ante la presencia o sospecha realiza un examen psicológico-médico: pruebas medicas (radiología, análisis), psicológicas

(entrevistas, test). En la realización de exploraciones médicas es necesario ser cuidadosos, para no revivir experiencias traumáticas en el/la niño/a. Se deben evitar re exploraciones innecesarias, prever la participación de un médico forense en casos de maltrato en los cuales se crea necesario. La detección precoz de las situaciones de riesgo del maltrato infantil debe ser realizada por cualquier profesional o persona que éste en contacto con el/la niño/a, sea cual sea su ámbito de trabajo (profesionales de la salud, maestros, trabajadores sociales, policías, psicólogos). Existen hojas de detección en las cuales los profesionales de la salud, educación, policía, servicios sociales informan cuando hay riesgo de maltrato. Realizando un registro que permitirá la constancia del hecho y expediente ante la denuncia de malos tratos. (El observatorio de la infancia, 2006)

De la misma forma que se trabaja en España, en Uruguay puede observarse que se trabaja con las mismas características, a la hora de ver la vulnerabilidad de los/las niños/as, desde castigo físico, violencia psicológica, o física, entre otros. Teniendo un equipo interdisciplinario para llevar a cabo la denuncia y trabajar con abuso, maltrato físico y psicológico. ((El observatorio de la infancia, 2006) Puede observarse de esta forma que SIPIAV (2014) trabaja de forma similar en la detección y situaciones de riesgos la problemática de la violencia en los niños cuando sufren maltrato

Coincidiendo con el mapa de ruta (,2009) es necesario que cuenten con una gran capacitación y sensibilización con respecto al maltrato infantil, permitiendo actuar al profesional adecuadamente. Castillo (2011), presenta que Pediatras y enfermeras se encuentran en una posición favorable para detectar maltrato en los/las niños/as en situación de riesgo, dentro de las Instituciones de salud.

Al encontrarse en el primer nivel de atención puede realizando actividades de prevención y de promoción. Teniendo conformado un continuo trabajo de apoyo, capacitación para poder manejar la información desde un lugar más próximo de los/las niños/as que enfrentan esa situación de maltrato. Prestando asesoramiento a esos niños/as y familias, aproximándolos a grupos de psicólogos u otros profesionales del ámbito de la salud o personas de confianza, para realizar la intervención que necesitan.

Los profesionales de la salud, psicólogos, médicos, enfermeros, son los que abordan tales situaciones luego de ser detectadas y así realizan contención de emociones, fantasías, angustias, sosteniendo al niño/a que se encuentre en peligro. Pudiendo enfrentar situaciones límites que lo vinculan entre la vida y la muerte. (Videla ,1991) Toman en cuenta la preservación de la vida, se proponen incidir en los cambios de

actitudes y estilos de vida. Colaborando de esta forma con la intervención de las conductas de factores de riesgos, reducir la problemática, generar conductas que se presentan en la población. Promover nuevos hábitos desde los factores psicosociales que contribuyen a la salud. Realizando tareas de protección y prevención hacia la comunidad en las policlínicas de la zona, incentivando el primer de nivel de prevención.

Desde lo expuesto en el mapa de ruta (2013) sobre maltrato puede verse que hoy en día se puede trabajar la prevención del maltrato, realizando intervenciones desde la educación con los padres. Realizando promoción de salud de hábitos saludables y buenos tratos en la infancia, tanto con los/las niños/as como con sus familias o adultos a cargo. En este sentido tal como plantea Wekerle, C.; Millar, A.; Wolfe D. y Spindel, C. (2007) la psico-educación se centra en el conocimiento de las legislaciones, se trabaja con los padres. El propósito es brindar afrontamiento emocional que proporcione apoyo, luego realizar orientación educacional sobre los diagnósticos y síntomas del maltrato. Los padres necesitan habilidades de crianza, controlar la ira, aprender a moderarla.

Los psicólogos que trabajan en el ámbito de la salud con maltrato infantil toman el concepto de prevención como sinónimo de atención primaria. El objetivo que tienen los psicólogos en el ámbito de la salud (prevención primaria), como profesionales al servicio de un cambio social con equidad y real justicia social, es desarrollar conciencia sanitaria en la sociedad, para facilitar el conocimiento de los problemas que afectan a las personas y las medidas efectivas e integrales que sirvan para solucionarlos. El psicólogo no solo debe tener un campo de trabajo, sino que también tiene que hacer trabajo de campo. (Videla, 1991)

La importancia de los centros de salud en la comunidad es fundamental (primer nivel), favorece que se logre un abordaje intrafamiliar, entendiendo al maltrato como un síntoma de la problemática de la familia. Es relevante generar ámbitos de comunicación y confianza donde se pueda abordar la temática de violencia y maltrato, donde la familia sienta que no serán juzgados, que apunten a generar responsabilidad en realizar las denuncias y políticas que protejan a quienes las realizan.

Es relevante promover educación a nivel de la comunidad, en las instituciones de salud, por parte de los profesionales tanto médicos, como psicólogos, entre otros. La actitud de la persona referida a su salud, dependerá de la educación y los valores.

Debiendo fomentarse la prevención, el autocuidado y recuperación del salud tanto nivel físico como mental, en consultas médicas o psicológicas. (Videla, 1991) La prevención puede ser pensada como una tarea que conlleva el establecimiento de políticas públicas y deberá desarrollarse desde aportes de atención primaria y además involucrar distintas instituciones (medicas- educacionales-legales)

Para intervenir es necesario tal como plantea Wekerle, C.; Millar, A.; Wolfe D. y Spindel, C. (2007) el abordaje del maltrato debe ser a nivel individual (fortalecer la autoestima, el autocuidado, promoción de los derechos, etc.). Como también con las familias y miembros de la familia que conviven. Promoviendo el buen trato, vínculos saludables y educando para prevenir el maltrato.

Se deberá trabajar las pautas de convivencia, la comunicación y vínculos (buen trato y crianza), en la vida cotidiana como en el centro de internación. La coordinación debe asegurar la inmediata atención del equipo y confirmar la asistencia de los derivados. En caso de que el/la niño/a y su familia se desvinculen del servicio de apoyo, el equipo deberá implementar acciones para retomar el contacto con la familia o articular con la red de instituciones sociales en las que interactúan. (SIPIAV 2014) Cumpliendo en estos casos un rol primordial el estado para el cumplimiento de los derechos de los/las niños/as. Actuando en determinadas situaciones el poder judicial, dando cuenta de la obligación de proteger a los/las niños/as.

El Estado para proteger a los/las niños/as, ha generado medidas preventivas, las mismas protegen situaciones de vulnerabilidad en los/las mismos/as. Se creó la ley 14852, elaborada en el año 1978, estableciéndose con carácter obligatorio en enero del 2008, la misma es decretada por el MSP, insta que todo niño/a al ingresar a la escuela, y practique actividades deportivas o en otra institución que incentive el deporte, exija que tenga el carnet de salud para el ingreso del mismo/a. En el marco del SNIS, que es necesario y ventajoso en el primer nivel de atención, que realicen los carnet de salud. (MSP,2008)

El Estado uruguayo para proteger los Derechos de los/las niños/as, en el 2005, elabora una política pública comprometida con el maltrato infantil, entendiéndolo como un problema que está presente en nuestra sociedad. En el 2007 con la creación de SIPIAV, un sistema dedicado a proteger a los niños y adolescentes del maltrato infantil, para brindar garantía y reconocer el problema, con el propósito de erradicar la violencia. Dicha organización trabaja en Uruguay para que los/las niños/as vivan sin violencia, y accediendo a un desarrollo físico y psicológico adecuado. Relacionándose

con la creación de los Derechos de los niños/as los cuales protegen a los mismos en situaciones vulnerables dentro de nuestra sociedad. El mismo está basado en la intersectorialidad e institucionalidad, de los distintos profesionales, con un enfoque interdisciplinario, de los sectores de la salud. Según su competencia en la protección cuenta con un comité de coordinación nacional, coordinado por INAU, el cual sesiona mensualmente con ANEP, MSP, MIDES, MI, Poder Judicial, UNICEF, y organizaciones no gubernamental. Por lo que SIPIAV es una herramienta del Estado para proteger a la infancia, brindar medidas de protección y cuidado, en el ámbito psicosocial, sanitario y legal. Se enmarca en una política pública que el Estado impulsa para la atención de la violencia de los niños en el ámbito de la familia, para esto crea mapa de ruta, protocolos, y guías, para informar a la población. (SIPIAV, 2012).

Si un niño/a a sufrido algún tipo de maltrato, una forma de prevenir la reiteración del mismo es a través del seguimiento a la familia desde un equipo interdisciplinario, que trabajara en pos de empoderar a la familia, ayudarla a resolver las causas que la llevan a dicha situación o evitar la acción de violencia. Se necesita tener en cuenta que la salud, está ligado al contexto de la persona. Teniendo relación con los que la rodean (familia, colegas, amigos, vecinos, entre otros.), contextos físico externo (país, región) su situación económica, la posición social que ocupa, el contexto socio cultural y su historia personal. (Videla ,1991)

Se privilegia el aprendizaje y la adquisición de herramientas básicas para el cuidado de los/las niños/as, como la adquisición de los vínculos, formas de relacionarse, resolver conflictos, como control de impulsos frente a situaciones donde el adulto se sienta vulnerado y que no puede enfrentar la situación, generando herramientas que apunten a romper sistemas de creencias, evitando de esta manera situaciones de maltrato.

Es relevante que las intervenciones se lleven a cabo en el primer nivel de atención de salud, en los centros educativos y/o en la comunidad. (Por ejemplo referentes, clubes de niños/as, salón comunal, escuela, entre otros.)

Tal como plantea Castillo (2011) para realizar prevención dentro de los niveles de atención de salud fundamentalmente en el primer nivel. Seria trabajar con la población mas vulnerable, brindando especialización a los profesionales que trabajan en la atención primaria. Por ejemplo el plan CAIF que atiende a niños/as hasta tres años, trabaja en la detección de vulnerabilidad psicosocial en las familias, intentando

promover el cuidado responsable, estilos de crianzas adecuados, atender a las necesidades que dichas familias presentan.

Para las situaciones de maltrato se establecen estrategias, trabajar en la prevención del sector salud y prestar atención a las situaciones que se presentan en la consulta psicológica o medica, y los comentarios en ese momento de los involucrados, (por ejemplo, se cayó ayer en casa, por eso esta lastimado.) Cuando hay una demanda explícita, por ejemplo cuando un/una niño/a llega a la consulta con indicadores físicos que se observan a simple vista o es el mismo niño/a que cuenta lo que le está sucediendo en sus hogares. También la demanda en la consulta puede ser indirecta, por ejemplo casos en que la conducta del niño/a, la cual puede ser temerosa o retraída dan cuenta de sospecha de algún tipo de maltrato.

Es necesario que la intervención profesional tome en cuenta las demandas explícitas e implícitas para poder derivar a los otros niveles de atención. Teniendo en cuenta la complejidad del caso y la asistencia que el mismo necesite.

Para el abordaje de estas situaciones de maltrato se trabaja en los tres niveles de atención en salud, estableciendo estrategias diferenciales en las acciones a seguir. En el primer nivel de atención es donde se procura resolver la mayoría de las consultas, se brinda promoción, prevención de salud, asistencia y rehabilitación. Es en este nivel donde se está en contacto con las redes sociales de la zona hecho que resulta esencial para la coordinación en el accionar sobre prevención, detección y seguimiento de maltrato. En este primer nivel se encuentran los centros barriales, las policlínicas, los centros de salud. Los profesionales como médicos de familia, de área, pediatras de la zona, y emergencias móviles. El segundo y tercer nivel de salud se caracteriza por ser de una complejidad mayor y donde se incluyen los centros hospitalarios atendiendo a casos de enfermedades graves y que requieren un alto grado de especialización (CTI, Block Quirúrgicos). (Castillo, 2011)

En Montevideo el Hospital Pereira Rosell es el centro pediátrico de referencia público y es donde se atienden las situaciones de maltrato infantil (Mapa de Ruta, 2009). Puede observarse que el maltrato tiene un fuerte impacto en el Uruguay, siendo relevante el aumento del ingreso de niños al Hospital, transformándose en la quinta causa de ingreso, que queda relevado en la investigación del Mides (2009). Pudiendo explicarse a través de la problemática de violencia domestica y el aumento en las denuncias por tales situaciones. El maltrato infantil se da en todas las clases sociales. En la actualidad sigue una situación de riesgo social de Derechos humanos.

A la hora de realizar prevención en estos niños/as, desde el nuevo sistema integral de salud. El primer nivel de atención actúa como la puerta de acceso a la detección temprana actuando todos los niveles en su complejidad a la hora de intervenir en tales

situaciones. Esto se verifica en lo expuesto en la declaración de Alma Ata (1978) la cual da cuenta de que el primer nivel requiere de una estrategia de los recursos de la salud, que implica una organización, planificación de todos niveles, no pudiendo restringirse a la hora de intervenir a un solo nivel para abordar la problemática del maltrato infantil. Por lo que puede verse la complejidad del accionar del sistema de salud, el cual requiere de integridad, interdisciplinaridad e intersectorialidad.(Perea, S/F)

La Prevención Primaria mencionada en la Declaración de Alma Ata (1978) manifiesta que es primer nivel de contacto entre los individuos, la familia y la comunidad. Es dentro del sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas. Constituye el primer contacto de asistencia sanitaria. Se promueve la accesibilidad de los servicios a la comunidad tanto en la presencia de una policlínica en cada zona, como también en lo que refiere a lo económico, cultural, legal de cada una de las situaciones abordadas

En el ámbito de salud es posible trabajar la prevención desde el nivel individual en el espacio de la consulta médica o psicológica (primer nivel de prevención). En lo que refiere al nivel individual, a partir de la consulta, es posible generar y fortalecer factores protectores tanto en los/las niños/as como en los adultos que están a su cargo cuando están frente a situaciones de maltrato. Por ejemplo es el adulto quien realiza la denuncia, por lo cual es apropiado establecer un vínculo de confianza entre ambos. Se hace imprescindible actuar con cuidado de todos los datos obtenidos, elaborando estrategias apropiadas al caso.(Castillo, 2011)

En el segundo nivel enfocado a la población de riesgo, realizando un diagnóstico temprano e interviniendo con los aportes de varios profesionales que coordinen estrategias de abordaje para la prevención del maltrato infantil. (Castillo, 2011)

Si la prevención en el segundo nivel de atención se realiza durante un proceso de vulneración de Derechos del niño podríamos decir que hablamos de prevención, desde la detección, y la no prolongación. Proyectándose hacia un cambio de la situación. Por lo tanto la prevención en estos casos se daría evitando la reiteración de situaciones futuras de maltrato. Es aquí donde el sistema de salud tiene una relevancia importante a la hora de detectar e intervenir reparando el daño causado, poniendo énfasis en la prevención.

SIPIAV (2014) actúa desde la interdisciplinaridad e intersectorialidad, cuenta con un Comité de Coordinación Interinstitucional, Nacional, coordinado por INAU, el cual sesiona mensualmente con representantes de ANEP, MSP, ASSE, MIDES, MI, Poder Judicial, UNICEF, y Organizaciones No Gubernamentales (en convenios con INAU).

Dicho Comité formula las orientaciones y directivas que pautan las acciones del sistema en nuestro país. Como también realiza un seguimiento intersectorial del trabajo del SIPIAV. Privilegiando a través de sus dispositivos a que el niño debe permanecer con las familias o adultos a cargo. Según las necesidades del niño y del maltrato sufrido se va a ver las necesidades de intervenir, involucrando distintas instituciones como profesionales., pero en el marco de un abordaje en conjunto. (SIPIAV, 2014) Es relevante destacar que cuenta con el apoyo del estado por lo tanto en determinados caso requiere de servicios gubernamentales y no gubernamentales, según su competencia en la protección). El objetivo de trabajar realizando un abordaje interinstitucional que responda a la problemática del maltrato infantil. Privilegiando los derechos de los/as niños/as, brindando estrategias de promoción, protección, intentando solucionar los problemáticas planteadas de maltrato en los/las niños/as. Tiene en cuenta varios aspectos, como el enfoque individual, familiar y comunitario. Realiza las coordinaciones interinstitucionales que implicarán atención en situaciones de riesgo, acciones de prevención y capacitación. Los profesionales como las instituciones tendrán en cuenta las situaciones por las que se consulta acordando la intervención a seguir.

Ante estas intervenciones es pertinente que el equipo a cargo de la situación realice un seguimiento de todo el proceso. Tal como planea SIPIAV (2014) en determinadas situaciones de maltrato se deberá realizar un peritaje en los servicios de salud (MSP, Policlínicas de la IMM y Servicio de Salud de INAU) y luego realizar la comunicación al Poder Judicial.

Las medidas de protección y prevención dependerán del riesgo de cada situación. A partir de esto se puede pensar el riesgo que implica, la complejidad de consecuencias para el/la niño/a, desde psicológicas, físicas, depresión, muerte, suicidio, entre otras, por lo que puede observarse la importancia de intervenir cautelosamente.

Luego de realizar la evaluación de riesgo se debe diseñar una estrategia de protección que incluya un trabajo con e/lal niño/a y su familia generando pautas de cambio en los vínculos. Esta estrategia debe ser a corto plazo, requiere de monitoreo. Es relevante frente a esta situación de maltrato identificar a un adulto de referencia que esté en condiciones de cuidar y proteger al niño/a. La información que brinde éste sobre sus referentes adultos y con quién se siente seguro es fundamental. Ante la inexistencia de un adulto con estas características, el equipo de INAU deberá informar al Juzgado competente para dar la protección necesaria al niño/a. Entrevista con el/la niño/a para explicar el procedimiento a seguir y brindarle herramientas personales (de acuerdo a

su edad y desarrollo personal), búsqueda de su seguridad, comprendiendo su situación de ambivalencia, tristeza y angustia (brindándole herramientas para cuando el abusador aparezca buscar ayuda). (SIPIAV, 2014)

CONSIDERACIONES FINALES

A lo largo de este presente trabajo final de grado de la Licenciatura de Psicología de la Universidad de la Republica sobre el tema seleccionado, Prevención del Maltrato Infantil en el ámbito de la salud, se irán proyectando algunas reflexiones:

El maltrato infantil ha estado presente a lo largo de la historia junto a concepciones de infancia y salud, con diversas variaciones socio-histórico- culturales, inmerso en la sociedad. Cabe destacar que tiene características complejas, siendo un problema del ámbito de la salud y de toda la comunidad. La atención al maltrato se inscribe en un marco normativo que se encarga de la promoción y prevención. El Estado interviene con la elaboración de políticas públicas y sociales, como también creando leyes actuales y necesarias, no dejando de lado la importancia de las guías para detectar inmadurez en el desarrollo y detectar maltrato, basándose en campañas de promoción y protección de los/las niños/as.

Desde el sector salud, los profesionales que trabajan en la atención primaria, tienen como propósito la detección y e intervención en situaciones de maltrato como también proteger a los/las niños/as.

Desde el primer nivel de atención en salud se propone realizar prevención desde el ámbito comunitario privilegiando la salud de toda la sociedad. Proponiendo tareas de promoción que conlleven a abarcar no solo al niño/a sino también a la familia o adulto responsable, re- educando, generando hábitos que logren satisfacer las necesidades, creando un ambiente de confort para el/la niño/a. Haciendo énfasis en la importancia de los buenos tratos que todo niño/a debería tener. El comportamiento de los/las niños/as no es siempre el esperado, para los adultos responsables, hay que tener en cuenta su edad, el contexto, las personas que se relacionan en cada momento con el/la niño/a, el vinculo afectivo, el estado de ánimo, que ellos presentan.

Por este motivo educar al niño/a y a los padres es parte de la estrategia del primer nivel ya que los/las hijos/as suelen aprender a través de la imitación de conductas de sus padres o cuidadores. Cuando irrumpe el maltrato infantil se pierden todas estas instancias predominando otro tipo de conductas, que vulneran los Derechos en la infancia.

En muchas ocasiones el maltrato en los/las niños/as, se puede generar, no solo por acciones de los adultos hacia ellos, sino también por la negligencia o a través de la palabra, como sucede con el maltrato psicológico.

En muchas ocasiones cuando irrumpe maltrato inciden las circunstancias personales y familiares por las que atraviesan los adultos, provocando que estos descarguen sus emociones realizando diversos abusos. Es fundamental que los adultos o cuidadores aprendan discernir que e/la niño/a siente pero también, es sensible, y no necesariamente hay algo que se pone en palabras, sino que lo expresan mediante el juego y comportamientos.

Son pertinentes los estudios sobre las consecuencias del maltrato infantil en Uruguay, destacando la relevancia de detectar y prevenir. El objetivo de estas instituciones del sector salud, enfocadas desde el primer nivel de atención, es observar a los/las niños/as que han sido víctimas de maltrato infantil, como también ver las dificultades de adaptación en general, como las conductas en el ámbito educativo, y características del contexto de las familias.

Es relevante que el/la niño/a reciba buenos tratos para un adecuado desarrollo en todos sus niveles evolutivos, para lograrlo es necesario que estos perciban que sus padres o cuidadores le dedican atención y afecto. Siendo necesario que estos adultos a cargo sean capaces de satisfacer las necesidades básicas, cuidando y realizando buenos tratos en la infancia.

En lo que refiere a la intervención de los profesionales del sector salud es sumamente importante que los mismos pongan en práctica las herramientas adquiridas, para detectar, entender y comprender, cuando en el/la niño/a están presentes indicadores, que dan cuenta de signos y síntomas que indican diversos maltratos.

Una vez detectado el maltrato infantil es importante la intersectorialidad de los profesionales, buscar una solución que sea el verdadero dialogo y saber experimentar con seguridad si paso o no el maltrato. ¿Qué tipo de maltrato fue? Es esencial que los mismos se escuchen sin juzgar, promuevan hábitos saludables, protección, y prevención de situaciones futuras de maltrato. Es relevante para llevar a cabo brindarle un espacio de confianza que permita al profesional obtener información de lo que le está sucediendo al niño/a, que permitan desarrollar estrategias que promuevan educación e información de las diversas políticas publica y sociales existentes en Uruguay. Realizando un uso adecuado de la ley. Al momento de intervenir y poner en práctica las herramientas, los programas actualmente en vigencia deben ofrecer la

prevención en el maltrato infantil y observar la complejidad de cada situación y la dificultad para resolverla.

Dichas instituciones deben disponer de herramientas y/o instrumentos de evaluación para observar los indicadores a través de síntomas y signos. Como también observar los conflictos del maltrato infantil que se generan en esos/as niños/as. Evaluar en el ámbito de la salud la alteración en el desarrollo y el grado de afectación que el/la niño/a ha tenido hasta ese momento. Valorar la opinión que llega de la escuela, el CAIF, institución de salud, consulta psicológica u otros centros; desde donde se realizan las denuncias, ya que son lugares que conocen al niño/a y pueden observar la aparición de problemas emocionales y la vulnerabilidad que se encuentra en el mismo. Estas instituciones anteriormente mencionadas son lugares de contención, asistencia y en algunos casos de apoyo emocional que el/la niño/a tiene diariamente. Es necesaria la presencia de instituciones de salud, consultas psicológicas que aborden de manera integral el maltrato infantil

A partir de los niveles de prevención, es necesario generar campañas que sensibilicen a la población, promoviendo conductas que modifiquen hábitos y costumbres en que lo refiere a lo socio-cultural. La sensibilización de los profesionales en la atención primaria es fundamental para la detección y prevención del maltrato infantil. También es importante a la hora de realizar prevención tomar en cuenta todos los niveles de atención en el ámbito de la salud. La prevención secundaria está dirigida a niños/as en situación de riesgo y uno de sus objetivos es reducir el maltrato en los mismos.

Una de las estrategias que el Estado propone es realizar a través de programas, (entre estos se encuentra el Programa de Niñez y Adolescencia, leyes actuales, SIPIAV, mapas de ruta) el seguimiento permanente de la situación, como también actividades educativas con la finalidad de promover hábitos saludables para el cuidado y la prevención del maltrato. El seguimiento es fundamental para que dichos programas se lleven a cabo, basándose en los datos y recomendaciones, brindadas en la institución de salud que asiste a los/las niños/as.

.Uno de los principales objetivos que se plantea el primer nivel de atención en salud es desarrollar una correcta educación en la comunidad. Se considera a la educación como el pilar fundamental de todos los programas de salud. Por lo que es relevante que aborde tal problemática de forma constante.

A pesar de todos los avances que tenemos en Uruguay sobre los Derechos, programas, guías, que se enfocan en la protección, detección, prevención. Se puede reflexionar desde una mirada crítica que si bien son pertinentes, ayudan a informar, amparan y ayudan a los niños/as. Es un tema complejo y muchas veces aparecen situaciones de maltrato que van más allá de las políticas públicas y sociales, y de las

leyes establecidas. Por lo que hay que actuar cautelosamente, junto a un equipo interdisciplinario, que sea capaz de encontrar alguna solución.

También es complejo llevar a cabo las políticas y planes propuestos ya que los recursos del Estado son insuficientes y esto genera problemas a la hora de intervenir o mantener esa intervención en vigencia, o realizar un seguimiento de la misma. Se requiere mucha paciencia y ser cauteloso con las decisiones tomadas. Como por ejemplo cuando se requiere realizar la denuncia, tener en cuenta las consecuencias del hecho.

Es importante la detección y notificación del maltrato infantil para prevenir y minimizar las consecuencias del mismo. También los mitos o barreras del concepto de maltrato infantil hacen que algunos casos no sean comprobables siendo presentes en nuestra sociedad, pero se hace visible la escasa intervención en el ámbito educativo. Es primordial que en el ámbito educativo donde asisten niños/as estén preparados para advertir o prevenir el maltrato infantil o ayudar a medir las consecuencias de este episodio que puede ser irreversible.

Los profesionales deberán ser más competentes a la hora de observar los tipos de maltrato infantil, la incidencia del mismo, las consecuencias, y las características de las personas que cometen el maltrato infantil. Tener la consideración desde donde viene la denuncia, de la escuela, desde otros profesionales, otras instituciones donde el/la niño/a participa, y es central un trabajo colectivo entre todos los integrantes de la policlínica o centro de salud que asistió el/la niño/a. tener la necesidad de ordenar y observar la información dada por el/la niño/a, observando todos los datos en conjunto.

Es relevante reconocer que desarrollar programas y estrategias, no es tan fácil como parece y con la voluntad de prevenir y evitar, a veces se crean más problemas sin darnos cuenta. En este tipo de proyectos que protegen a los/las niños/as es necesario actuar con prudencia, y se debe partir de una investigación seria y rigurosa de las condiciones y circunstancias en las que se va a llevar a cabo la intervención.

“El maltrato, la violencia y la exclusión de cada vez más niños y adolescentes siguen ocurriendo; no podemos bajar los brazos ni aceptar que no nos corresponde transformar la realidad”. Gentile-Ramos.(2001)

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Amorín, D. (2010). *Apuntes para una posible Psicología Evolutiva*. Montevideo: Psicolibros.
- Aries, P. (1987). *El niño y la vida familiar en el Antiguo Régimen*. Madrid: Taurus.
- Barrán, J. (2011). *Historia de la Sensibilidad en el Uruguay*. Montevideo: Banda Oriental.
- Barudy, J. Dantagnan, M (2011). *Cuidado y presencialidad: palabras claves para el apego seguro*. Revista Señales n° 7. (p. 77). Recuperado de http://www.sename.cl/senales/senales_07_2011.pdf
- Barudy, J.(1998). *El dolor invisible de la infancia*. España: Paidós. Recuperado de:
[http://www.dasumo.com/libros/barudy-j-\(1998\)-el-dolor-invisible-de-la-infancia-pdf-6.html](http://www.dasumo.com/libros/barudy-j-(1998)-el-dolor-invisible-de-la-infancia-pdf-6.html)
- Barudy, J. (2013) *Promover el Buen Trato y los Recursos Resilientes como Bases de la Prevención. Tratamiento de las consecuencias de la violencia Humana*. Recuperado de:
http://cepavi.jalisco.gob.mx/Material_didactico/Buen%20trato/Buen%20trato.pdf
- Badury, J (2011) *El Tratamiento de Familias en donde se Producen Abusos y Malos Tratos Infantiles*. España Recuperado de http://www.buentrato.cl/pdf/est_inv/violen/vp_barudy.pdf
- Boris, C. (2013) “*Los Patitos Feos*” *La resiliencia . Una infancia infeliz no determina la vida*. Buenos Aires. Editorial Lafayette.
- Bustelo, E. (2012). *Notas sobre infancia y teoría: un enfoque latinoamericano*. Salud Colectiva. 8(3): (p. 287-298). Recuperado de <http://www.scielosp.org/pdf/scol/v8n3/v8n3a06.pdf>
- Caballero S. *Un recorrido sobre el concepto de salud*. [internet] 2011. [citado 6 de julio 2013]; [aprox. 6 pantallas] Disponible en:http://www.psicologia.unt.edu.ar/index.php?option=com_content&view=article&id=264:un-recor
- Cantón, J. Y Cortés, M.R. (1999): *Malos tratos y abuso sexual infantil*. Madrid: Siglo Veintiuno
- Castillo,N. (2011) *Prevención en el Maltrato Infantil*. Recuperado de

<http://violenciainfantil-norelys.blogspot.com.uy/2011/07/prevencion-al-maltrato-infantil-por.html>

- Calvi, B. (2008). *El Derecho a la Infancia*. El Maltrato y el Abuso: Modos de Destitución de la Niñez. En M. Minnicelli, *Infancia e Institución(es)* (p.103-123). Buenos Aires: Novedades Educativas.
- Carreño, C. y Rey, A. (2010). *Reflexiones en torno a la comprensión del maltrato infantil*. *Univ. Psychol.*, 9 (3), (p. 807-822). Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rups/v9n3/v9n3a16.pdf>
- Castillo, N. (2006) *Prevención al maltrato infantil*. Artículo Psicopedagogía. Recuperado de <http://www.psicopedagogia.com/prevencion-maltrato-infantil>
- Colombo, R. & Beigbeder, C. (2003) *Maltrato infantil*. Hora de juego diagnóstica. Editorial Sante Claire. Buenos Aires.
- Concepto de salud. Recuperado de http://www.psicoweb.com/salud/salud_01.htm
- Consejo de Educación Inicial y Primaria (CEIP-ANEP), Sistema Integral de Protección a la Infancia y la Adolescencia, (SIPIAV-INAU), (2013). *Mapa de Ruta. Para las situaciones de maltrato y abuso sexual en niños, niñas y adolescentes detectadas en el ámbito escolar*. Montevideo, UNICEF. Recuperado de http://www.unicef.org/uruguay/spanish/mapa_de_ruta_2013-web.pdf
- Coria de la H, C., Canales, L., Ávila, P., Castillo, P., y Correa, C. (2007). *Síndrome del niño sacudido*: Artículo de revisión. *Revista chilena de pediatría*, 78(1), 54-60. Recuperado de http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=s0370-41062007000100007&script=sci_arttext
- Declaración de Alma Ata (1978) Recuperado de http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/promocion/1_declaracion_deALMA_ATA.pdf
- Declaración de Ginebra sobre los Derechos del Niño, (1924) Recuperado de <http://www.humanium.org/es/ginebra-1924/>
- Declaración Universal de Derechos Humanos (1948) Recuperado de [https://www.google.com.uy/?gws_rd=ssl#q=En+la+Declaraci%C3%B3n+Universal+de+los+Derechos+Humanos+\(1948\)+se+establece+que+la+salud+es+un+Derecho+que+tienen+todas+las+personas%2C+independientemente+de+sua+za%2C+religi%C3%B3n+u+origen+social.](https://www.google.com.uy/?gws_rd=ssl#q=En+la+Declaraci%C3%B3n+Universal+de+los+Derechos+Humanos+(1948)+se+establece+que+la+salud+es+un+Derecho+que+tienen+todas+las+personas%2C+independientemente+de+sua+za%2C+religi%C3%B3n+u+origen+social.)
- De Bonis, M. (1998). *Evolución histórico-social del fenómeno maltrato infantil* implicancias. *Revista Nuestro Hospital*. Volumen (2). Recuperado de

http://www.hospitalposadas.gov.ar/docencia/revistadig/1998/2_2_maltrato.pdfm
édico-legales actuales en nuestro país

- De Mause, LI. (1982). *Historia de la Infancia*. Madrid: Alianza Universidad.
- Estable, B. (2010) *Maltrato Infantil*. Revista Scielo. Vol 81. N°3. Recuperado de http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S1688-12492010000300010&script=sci_arttext
- Faraone, A. (2000) “*Maltrato Infantil, estudio de un caso*” PAIS EDICION.
- Fontana V. (1979) *En defensa del niño maltratado*. México, DF: Edit. Pax; 1979
- Galvis, L. (2009). *La Convención de los Derechos del Niño veinte años después*. Revista. Latinoamericana. Ciencias .Sociales. Niñez Juventud. 7(2), 587-619. Recuperado de <http://www.umanizales.edu.co/revistacinde/index.html>
- Gentile-Ramos , I. *Violencia, maltrato, exclusión. ¿Dónde estamos?* Arch.Pediatr.Urug. vol.72 no.1 Montevideo mar. 2001. Recuperado: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S1688-12492001000100001&script=sci_arttext
- Giberti, E., Garaventa, J. y Lamberti, J. (2005). *Vulnerabilidad, desvalimiento y maltrato infantil en las organizaciones familiares*. Buenos Aires: Novedades Educativas.
- Guedes y Bott (2009). *Promover la Prevencion Primaria*. Recuperado de <http://www.endvawnow.org/es/articles/318-promover-la-prevencion-primaria-.html>
- Hernández González. (2007) “*El Maltrato Infantil*”. Recuperado de web: <http://www.psicologia-online.com/infantil/maltrato.shtml>
- INAU (2014) Linea Azul Recuperado de <http://www.inau.gub.uy/index.php/ninerz/item/1829-linea-azul-0800-5050>
- Intendencia de Montevideo (2014) *Programa de Atención a la Salud de la Niñez, 1de setiembre del 2014*. Recuperado de: <http://www.montevideo.gub.uy/servicios-y-sociedad/salud/programa-de-atencion-a-la-salud-de-la-ninez>
- Jaramillo, L. (2007). *Concepción de Infancia*. Revista del Instituto de Estudios Superiores en Educación Universidad del Norte nº 8 diciembre. Recuperado de <http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/zona/article/viewFile/1687/1096>
- Larraín, S. y Bascuñán, C. (2006). *Maltrato infantil y relaciones familiares en Chile. Análisis Comparativo (1994-200-2006)*. Santiago, UNICEF. Recuperado en: http://www.unicef.cl/unicef/public/archivos_documento/253/maltrato_paraweb.pdf

- Larrain, S. y Bascuñán, C. (2009). *Maltrato Infantil: Una dolorosa realidad puertas adentro*. CEPALUNICEF. Recuperado en: <http://www.eclac.org/dds/noticias/desafios/1/36731/Boletin-Desafios9-CEPAL-UNICEF.pdf>
 - Leopold, S. (2011). *¿Desterrar o Moderar? Los Dilemas del Uso del Castigo Físico con la Infancia en el Discurso Legislativo con Motivo de la Aprobación de la Ley N° 18214 del 9 de Diciembre de 2007*. *Espacio Abierto. Revista del Ciej-Aju*, 15.
 - Mides (s/f). *CIDH destacó a Uruguay por ley que prohíbe castigo físico contra niños*. Recuperado de: <http://www.mides.gub.uy/innovanet/macros/TextContentWithMenu.jsp?contentid=4779&site=1&channel=innova.net>
 - Ministerio de Salud Pública Dirección General de la Salud (2009) *Programa Nacional de Salud Adolescente Guías Para el Abordaje Integral de la Salud de Adolescentes en el Primer Nivel de Atención*. Tomo I. Recuperado de http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/Guia_abordaje_salud_adolescente__08_10%5B1%5D.pdf
- Ministerio de Salud Pública (MSP), Sistema Integral de Protección a la Infancia y la Adolescencia (SIPIAV), Fondo de las Naciones Unidas para a la Infancia (UNICEF), (2009). *Mapa de Ruta .Para la prevención y la atención de situaciones de maltrato y abuso sexual infantil en el sector salud*. Montevideo: UNICEF.
- Ministerio de Salud Pública (2006) *Programa Prioritario de Atención a la Salud de la Niñez*. Dirección General de la Salud. Uruguay. Recuperado de file:///C:/Users/Vale/Downloads/Programa_Atencion_Ninez.pdf
 - Madrid, P. (2009) *Maltrato infantil crece en Uruguay*. MIDES. Recuperado de: <http://www.mides.gub.uy/innovanet/macros/TextContentWithMenu.jsp?contentid=4403&site=1&channel=innova.net>
 - Ministerio de Salud Pública (MSP), Sistema *Integral de Protección a la Infancia y la Adolescencia* (SIPIAV), Fondo de las Naciones Unidas para a la Infancia (UNICEF), (2009). *Mapa de Ruta .Para la prevención y la atención de situaciones de maltrato y abuso sexual infantil en el sector salud*. Montevideo: UNICEF.
 - Ministerio de Salud Pública (MSP).(2005-2009). *La construcción del sistema nacional integrado de salud* Recuperadofile:///C:/Users/Vale/Downloads/nas_la_construccion.pdf
 - Mides, (2008) Recuperado de <http://www.infamilia.gub.uy/gxpsites/page.aspx?1,7,74,O,S,0>,

- Morales, J-Costa,M. (2001). *La prevención de la violencia en la infancia y la adolescencia. Una aproximación conceptual integral*, Intervención Psicosocial. Vol. 10, n.º 2. Págs. 1221-239. Recuperado: <http://www.copmadrid.org/webcopm/publicaciones/social/76940.pdf>
- Naciones Unidas. Asamblea General (1989). *Convención Internacional sobre los Derechos de Niño*. Nueva York: Naciones Unidas.
- El Observador (2014) Nacional Guía. *Primaria Recibe una Denuncia de Maltrato Infantil Cada 15 Días*. Lanza material para ayudar a maestros a identificar casos de abuso o violencia. Noviembre 24.. Recuperado de: <http://www.elobservador.com.uy/primaria-recibe-una-denuncia-maltrato-infantil-cada-15-dias-n292760>
- Organización Mundial de la Salud. (2009) Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44228/1/9789243594361_spa.pdf
- Organización Mundial de la Salud (2014). *Maltrato Infantil. Datos y Cifras*. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs150/es/>
- Observatorio de la Infancia(2006). *Maltrato Infantil: Detección, Notificación y Registro de Casos*. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. España. Recuperado:<http://www.observatoriodelainfancia.msssi.gob.es/documentos/HojasDeteccion.pdf>
- Patricia Madrid (2008) MIDES. Recuperado de <http://www.mides.gub.uy/innovanet/macros/TextContentWithMenu.jsp?contentid=4403&site=1&channel=innova.net>
- Patricia Madrid (2008). El Observador. Recuperado de <http://www.montevideo.com.uy/auc.aspx?270748,1,1159>
- Perea (s/f) Atención Primaria en Salud. Fichas temáticas de apoyo a la Modalidad Semipresencial. Curso Niveles de Atención en Salud. Recuperado de http://www.psico.edu.uy/sites/default/files/cursos/nas_fichaatencionprimariaensalud.pdf
- Pirozzi, G (2005). *La Infancia Amenazada. Estado Mundial de la Infancia. Concepción de Infancia*. UNICEF. Recuperado de <http://www.unicef.org/spanish/sowc05/childhooddefined.html>
- Poder Legislativo. República Oriental del Uruguay. (1989). *Derechos del niño. Convención de los Derechos del niño*. Recuperado de [://www.parlamento.gub.uy/htmlstat/pl/convenciones/conv16137.htm](http://www.parlamento.gub.uy/htmlstat/pl/convenciones/conv16137.htm)
- Revista Pedriatria , 2013, F, Domingo, Salvany *El maltrato y el abuso sexual infantil en Atención Primaria de salud. Los pediatras: parte del problema y parte de la solución*.,. Recuperado <http://www.pediatriaintegral.es/numeros->

anteriores/publicacion-2013-12/el-maltrato-y-el-abuso-sexual-infantil-en-atencion-primaria-de-salud/

- Romero,R, Ramirez, N, Mosquera, P, Ofelia , R (2009). *Atención Primaria en Salud. Estrategia Para la Transformacion del Sistema de Salud y el Logro de la Equidad en Salud*. Alcaldía mayor de Bogota. Secretaria Distral de Salud. Pontificia Universidad Javeriana. Colombia. P 17-35. Recuperado de <http://www.globalhealthequity.ca/electronic%20library/Atencion%20Primaria%20Interfal%20de%20Salud.pdf>
- Rosseau, (1997)"*El Emilio*" (1712-1778) Confesiones. Alianza Editorial. Recuperado de <http://psicoletra.blogspot.com.uy/2013/04/resumen-del-texto-de-rousseau-emilio-o.html>
- (2011) *Efecto del Maltrato Físico en la Calidad de las Representaciones de Apego Infantil en Chile*. Revista científica Scielo. Resultados Preliminares, Terapia Psicologica Vol. 29, N° 2, 191-196. Recuperado de: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082011000200006_Terapia psicológica](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082011000200006_Terapia%20psicol%C3%B3gica)
- Saforcada, E, De Lellis, M y Mozobancyck, Sh: "*Psicología y Salud Pública*". *Nuevos aportes desde la perspectiva del factor humano*". Paidós, Buenos Aires, 2010.
- Saforcada, E. (1999).*Psicología sanitaria. Análisis crítico de los sistemas de atención de la salud*. Ed. Paidós, Buenos Aires.
 - Saforcada,(1998) *El factor humano en salud pública*. Ed. Proa XXI, Buenos Aires.
 - Santana-Tavira, Sánchez-Ahedo y Herrera-Basto. (1998). *El Maltrato Infantil: un problema mundial*. Salud Publica de México. Vol 40. N°1. Recuperado de [http://www.facmed.unam.mx/deptos/familiar/compendio/Tercero/III EMF 187.pdf](http://www.facmed.unam.mx/deptos/familiar/compendio/Tercero/III_EMF_187.pd)
 - Santiago (2009) *Maltrato Infantil. Causas del Maltrato*. Caton y Cortes. Recuperado de <http://santiago-maltratoinfantil.blogspot.com.uy/2009/04/causas-del-maltrato.html>
- Sistema Integral de Protección a la Infancia y a la Adolescencia contra la Violencia (SPIAV), Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay (INAU), (2007), *Protocolo de Intervención para situaciones de Violencia hacia Niños, Niñas y Adolescentes*. Montevideo: SIPIAV, INAU.
- Sistema Integral de Protección a la Infancia y a la Adolescencia (SIPIAV), (2014). *Informe de Gestión 2013*. Montevideo: SIPIAV.
- Sistema Integral de Protección a la Infancia y a la Adolescencia contra la Violencia (SPIAV), Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay (INAU),

(2012) *Aportes para la intervención en maltrato y abuso sexual infantil y adolescente*. Montevideo.

- Stevenson, O. (1992). *La atención al niño maltratado: Política pública y práctica profesional*. Buenos Aires: Paidós.
- Tripero, A.(2010). *La Gran Teoría de Rosseau. La Escencia de la Infancia es el Juego. No Matemos al Ruiseñor*. Recuperado de <http://biblioteca.ucm.es/revcul/e-learning-innova/3/art342.php>
- Unicef (2009) *Maltrato Infantil: Una realidad dolorosa puertas adentro*. Desafíos. N°9. Recuperado de: [http://www.unicef.org/lac/Boletin-Desafios9-CEPAL-UNICEF\(1\).pdf](http://www.unicef.org/lac/Boletin-Desafios9-CEPAL-UNICEF(1).pdf)
- Unicef (2012) *Informe Anual. Uruguay*. recuperado: http://www.unicef.org/uruguay/spanish/WEB_informe_anual.pdf
- UNICEF-SIPIAV,(2012). *Aporte Para la Intervencion en Maltrato y Abuso Sexual Infantil y Adolescente*. Recuperado de file:///C:/Users/Vale/Downloads/Aportes_para_la_intervencion_en_maltrato..pdf
- Unicef (2005) *Definición de Infancia. Estado mundial de la infancia*. Recuperado de: <http://www.unicef.org/spanish/sowc05/childhooddefined.html>
- Unicef (2003) *El desarrollo infantil y el aprendizaje temprano*. Recuperado de: <http://www.unicef.org/spanish/ffl/03/1.htm>
- UNICEF (2011). *Estudio Sobre Maltrato Infantil en el Ámbito Familiar Paraguay* p 6 -18. Recuperado de http://www.unicef.org/paraguay/spanish/py_resources_Estudio_Maltrato.pdf
- UNICEF (2011) *Violencia escolar en América Latina y el Caribe: Superficie y fondo* p 32, 70. Recuperado de http://www.unicef.org/lac/violencia_escolar_OK.pdf
- Poder Legislativo Uruguay (2002). *Ley N°. 17.514. Violencia Doméstica*. Recuperado de www.parlamento.gub.uy/leyes/ley17514.htm.
- Poder Legislativo Uruguay (2004). *Ley N° 17.823. Código de la Niñez y Adolescencia*. Recuperado de www.parlamento.gub.uy/leyes/ley17823.htm
- Poder Legislativo Uruguay (2007). *Ley N°. 18.214. Integridad Personal de Niños, Niñas y Adolescentes*. Recuperado de www.parlamento.gub.uy/leyes/ley18214.htm.

- Poder Legislativo Uruguay. (2008) Ley 18.335 sobre Pacientes y Usuarios de los Servicios de Salud (derechos y obligaciones).Recuperado de <http://www.parlamento.gub.uy/leyes/AccesoTextoLey.asp?Ley=18335&Anchor=>
- . Poder Legislativo Uruguay (2007) ley 18211 Sistema Integrado de Salud. Recuperado de <http://www.parlamento.gub.uy/leyes/AccesoTextoLey.asp?Ley=18211&Anchor=> , <http://www.parlamento.gub.uy/leyes/ley18211.htm>
- Poder Legislativo Uruguay. (1998) ley 14852, Carne De Salud Del Niño. Recuperado:[http://www.parlamento.gub.uy/leyes/AccesoTextoLey.asp?Ley=14852 &Anchor=](http://www.parlamento.gub.uy/leyes/AccesoTextoLey.asp?Ley=14852&Anchor=)
- Ministerio de Desarrollo Social. Infamilia (2008). *Estudio sobre Prácticas de Crianza y Resolución de conflictos Familiares*. Montevideo: Ministerio de Desarrollo Social. Recuperado de <http://resourcecentre.savethechildren.se/sites/default/files/documents/3653.pdf>
- Videla (1993.)*Prevención, Intervención psicológica en salud comunitaria* Ed. Cinco. Colección texto y contexto.Bs. Aires.
- Villar,M. (2011) *Factores determinantes de la salud: Importancia de la prevención*. Acta méd. Peruana. Revista Scielo v.28 n.4 Lima Recuperado http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S172859172011000400011&script=sci_arttext
- Wekerle, C.; Millar, A.; Wolfe D. y Spindel, C. (2007). *Maltrato infantil*. México: Manual Moderno
- Winnicott, D.W. (1971a). *Realidad y Juego*. Barcelona: Gedisa, 1997. [W10]