

MALTRATO INFANTIL INTRAFAMILIAR

*La Situación de las Víctimas y
Las Respuestas Institucionales.*

Director : Dr. Nicoletti Víctor René

Coordinadora de equipo : Lic. Tonon, Graciela.

Equipo de Investigación : Lic. Reitano, Silvia.

Lic. Meza, Miguel.

Lic. Nicoletti, Javier.

Diciembre de 2000

Este equipo de investigación quiere agradecer a quienes participaron de este trabajo :

- ❖ A la Dra. Nora Guendler, Jueza del Tribunal de Menores 3 del Departamento Judicial de Lomas de Zamora, por su generosidad.
- ❖ A la Lic. Delia Píparo, coordinadora del Comité de Maltrato Infantil del Hospital de Ezeiza, por su compromiso con los niños y niñas víctimas.
- ❖ A Cristina Cánepa, por su trabajo comprometido con niños y niñas.
- ❖ A la Lic. Miriam Reglero, Trabajadora Social del Tribunal de Menores 3 del Departamento Judicial de Lomas de Zamora, por su colaboración constante.
- ❖ A los informantes claves de las instituciones gubernamentales que colaboraron con su información.
- ❖ Al equipo que colaboró en la recolección de los datos en campo:
La Lic. Rosana Cuatz y nuestras alumnas de la carrera de Trabajo Social de la Universidad Nacional de La Matanza : Vanesa Esposito, Lorena Chaile, Romina Sanchis, Ana Sefi y María de los Angeles Aguilera.
- ❖ A la Lic. Virginia Aguirre quien colaboró en la sistematización de los datos.

INDICE

INDICE.

1. CONSIDERACIONES TEÓRICAS.
2. APROXIMACIÓN HISTÓRICA.
3. PLANTEO METODOLÓGICO.
4. TRATAMIENTO DE LOS DATOS.
 - A- Análisis de las Causas Judiciales.
 - B- Análisis de las Historias Clínicas.
 - C- Análisis de las entrevistas a los Trabajadores Sociales.
 - D- Análisis de las entrevistas a Informantes Claves.
5. CONCLUSIONES.
6. BIBLIOGRAFÍA
7. ANEXO
 - TABLAS DE PRESENTACIÓN DE DATOS.
 - Causas Judiciales.
 - Historias Clínicas.
 - INSTRUMENTOS
 - Cuestionario Causas Judiciales.
 - Cuestionario Historias Clínicas.
 - Guión de entrevista a Trabajadores Sociales.
 - Guión de entrevista a Informantes Claves.
 - GRÁFICOS
 - Causas Judiciales.
 - Historias Clínicas.

1

CONSIDERACIONES

TEÓRICAS

1. CONSIDERACIONES TEÓRICAS.

Históricamente se han descrito tres niveles de maltrato infantil en la sociedad :

- a. el maltrato a niños/as en el ámbito doméstico
- b. el maltrato a niños/as en instituciones
- c. el maltrato a niños/as por la sociedad

Nuestro trabajo se centrará en el ámbito doméstico, es decir en la esfera familiar.

Consideramos **maltrato infantil intrafamiliar** a :

Los actos y las carencias que dañan gravemente al niño/a, atentan contra su integridad corporal, su desarrollo físico, afectivo, intelectual y moral cuyas manifestaciones son el descuido y/o lesiones de orden físico y/o psíquico, y/o sexual por parte de algún familiar u otra persona encargada de su cuidado.

Esta concepción reconoce y categoriza tanto las acciones como las omisiones, cometidas por los adultos a cargo de su cuidado y que dañan a niños y niñas.

El **maltrato infantil intrafamiliar** se ha explicado desde distintos modelos teóricos que han ido desplazando , paulatinamente, la atribución causal, desde las características personales de los miembros del grupo familiar , planteo unicausal de base psiquiátrica ; a factores psicosociales interactivos que se dan en determinadas

familias y que constituyen un planteo multicausal con base psico-social.

Los primeros modelos explicativos, de tipo psiquiátrico, se basaban en que los padres maltrataban a sus hijos por causa de alteraciones psicológicas individuales severas.

Posteriormente los modelos sociológicos, explicaron el problema a partir de considerar la existencia de ciertas actitudes culturales en relación a la violencia y en la presencia de factores ambientales estresantes.

Con el tiempo se observó que ambos modelos explicativos brindaban respuestas limitadas al problema. Comenzaron, entonces a desarrollarse los llamados modelos sociointeraccionales que tomaron en consideración la interacción de los diferentes niveles ecológicos : individual, familiar y ambiental.

Desde esta explicación teórica, el **maltrato infantil** está determinado por tres tipos de factores :

- a. las características del cuidador,
- b. las características del niño/a,
- d. las características del entorno ambiental en el que tiene lugar y se desarrolla la relación.

El considerar la interacción permite concebir el cuadro como la expresión de una disfunción en el sistema " padres-niños/as-ambiente " y no como el mero resultado de la sumatoria de rasgos patológicos de personalidades individuales del niño/a y/o de sus padres o cuidadores o del estrés ambiental.

Es por lo explicitado que seguiremos la línea de abordaje teórico que considera lo ecológico-ecosistémico propuesta por Urie Bronfenbrenner (1979), quien plantea que la realidad familiar, la realidad social y económica y la cultura quedan organizados como un todo articulado y como un sistema compuesto por subsistemas diferentes que se articulan entre sí de manera dinámica, partiendo del reconocimiento de cuatro sistemas : el microsistema, el mesosistema, el exosistema y el macrosistema.

Belsky desarrolló esta teoría particularmente en los casos de niños/as maltratados/as y presentó en 1980 su trabajo denominado *Child Abuse An Ecological Integration*, en el cual conceptualizó al maltrato infantil como un fenómeno determinado por múltiples factores que se agrupan en cuatro niveles :

- a. Desarrollo ontogenético : que se refiere a todo lo relacionado con el proceso evolutivo de un individuo y que determina su estructura de personalidad.
- b. Microsistema familiar : que representa el contexto inmediato en el cual se produce el maltrato, incluyendo en este nivel las características de los padres, de los/as niños/as, el ajuste marital y la composición familiar.
- c. Exosistema : que representa las estructuras tanto formales como informales que rodean el microsistema familiar (mundo laboral, relaciones sociales, vecindario, etc.)
- d. Macrosistema : que se refiere al conjunto de valores y creencias culturales acerca de la paternidad, los niños/as , y los derechos de los padres sobre los hijos.

Asimismo, consideraremos la propuesta que en el mismo año presenta Garbarino y que establece tres tipos de factores intervinientes en la problemática :

- a. factores que predisponen,
- b. factores de mediación,
- c. factores que precipitan.

Tendremos en cuenta las tipologías que se han consensuado para el abordaje clínico específico de los casos y que reconocen los siguientes tipos :

- a. Maltrato físico : que comprende los actos cometidos contra niños/as y que les generan lesiones físicas.
- b. Maltrato emocional : que implica actitudes de indiferencia, insultos y ofensas producidos por los padres o cuidadores y que dañan a niños/as.
- c. Abuso sexual : que comprende distintas situaciones desde lo que jurídicamente se denomina abuso hasta el cuadro límite de la violación.
- d. Abandono físico ; es decir aquellas situaciones de omisión producida por los padres o cuidadores y en las cuales no se dio respuesta a las necesidades de niños y niñas.
- e. Abandono emocional, situaciones de omisión producidas por padres o cuidadores que implican la no respuesta de los mismos a la satisfacción de las necesidades emocionales básicas de niños/as.

Cabe señalar que, los tres primeros tipos : a,b y c son reconocidos como situaciones de carácter activo, en tanto que los tipos d y e como de carácter pasivo.

Últimamente los especialistas en el tema han reconocido dos nuevos tipos de situaciones de maltrato infantil, a saber :

- Síndrome de Münchaussen por poderes ,
- Niños/as testigos de violencia familiar.

Si bien utilizaremos una concepción interactiva para explicarnos el problema, resulta interesante consignar las características que otros autores señalan, respecto de los padres y los hijos, protagonistas de estas situaciones. Tal es el caso de Avis Brenner quien dice al respecto que los padres maltratadores son aquellos que :

1. experimentan poca tolerancia a la frustración
2. tienen esperanzas fantasiosas respecto de sus hijos
3. han sufrido maltrato en su infancia
4. padecen estrés

Los niños/as más propensos a ser maltratados son :

1. los nacidos prematuramente
2. los que presentan algún tipo de discapacidad
3. los que se irritan fácilmente
4. los que tienen sueño irregular
5. los que padecen cólicos
6. los que no son gratos a sus padres

En esta investigación, nos centramos en los casos de niños y niñas víctimas de **maltrato físico infantil intrafamiliar** sin dejar de considerar que cuando se da una situación de estas características, también quedan incluidos componentes de maltrato emocional.

A continuación focalizamos en las cuestiones específicas a tener en cuenta en relación a los casos de maltrato físico.

MALTRATO FÍSICO.

En cualquier acción, no accidental, por parte de los padres o cuidadores que provoque daño físico o enfermedades en el niño/a.

(Indicadores según Le Boeuf, 1982)

Indicadores físicos en el/la niño/a.

1. Magulladuras o moretones en rostro, labios o boca, en diferentes fases de cicatrización, en zonas extensas del torso, espalda, nalgas o muslos ; con formas no normales, agrupados o como señal o marca del objeto con el que han sido infligidos : en varias áreas diferentes, indicando que el niño/a ha sido golpeado/a desde distintas direcciones.
2. Quemaduras : de cigarrillo, que cubren la superficie de la mano (como un guante) o de los pies (como una media) o quemaduras en forma de buñuelo en nalgas, genitales, indicativas de inmersión en líquidos calientes, quemaduras en brazos y piernas, cuello o torso provocadas por haber estado atado fuertemente por cuerdas, quemaduras que dejan una señal claramente definida como aquellas provocadas por plancha, parrilla, etc.
3. Fracturas : en el cráneo, nariz o mandíbula, fracturas en espiral de los huesos largos (brazos y piernas) en diversas fases de cicatrización , fracturas múltiples.
4. Torceduras o dislocaciones.
5. Heridas o raspaduras : en la boca, labios, encías, ojos, en los genitales externos, en la parte posterior de los brazos, piernas o torso.

6. Señales de mordeduras humanas (especialmente si parecen ser de un adulto o son reiteradas)
7. Cortes o pinchazos.
8. Lesiones internas.
9. Fracturas de cráneo, daño cerebral, hematoma subdural
10. Asfixia o ahogamiento.

Indicadores comportamentales en el/la niño/a

1. cauteloso con respecto al contacto físico con los adultos
2. se muestra aprensivo cuando otros niños/as lloran
3. muestran conductas extremas
4. parece tener miedo a sus padres o llora cuando tiene que volver a su caso o irse de la escuela
5. dice que su padre o madre le ha dañado

Conducta del adulto cuidador/a.

1. ha sido maltratado/a en su infancia
2. utiliza una disciplina inadecuada para la edad del niño/a
3. no da explicación respecto de la lesión del niño/a o las que da no son lógicas o acordes
4. parece no preocuparse
5. percibe al niño/a de manera negativa
6. abusa del alcohol y/o drogas
7. intenta ocultar la lesión

Requisitos par señalar la existencia de maltrato físico.

Para identificar la presencia de maltrato físico ha de cumplirse al menos uno de los siguientes requisitos :

1. presencia de uno de los indicadores en más de una ocasión.
2. Las lesiones físicas no son " normales " en el rango de lo previsible en un niño/a de su edad y características (bien por su mayor frecuencia o intensidad, por ser lesiones aparentemente inexplicables o no acordes con las explicaciones dadas por el niño y/o sus padres).

No se perciben claramente los indicadores pero hay un conocimiento certero de que el maltrato existe por parte de los padres (en este caso es necesario que aparezcan otros factores, por ejemplo que la intensidad de la reacción de los padres no corresponda a la seriedad de la acción desarrollada por el niño/a o que el/la niño/a presente un estrés emocional no justificado.

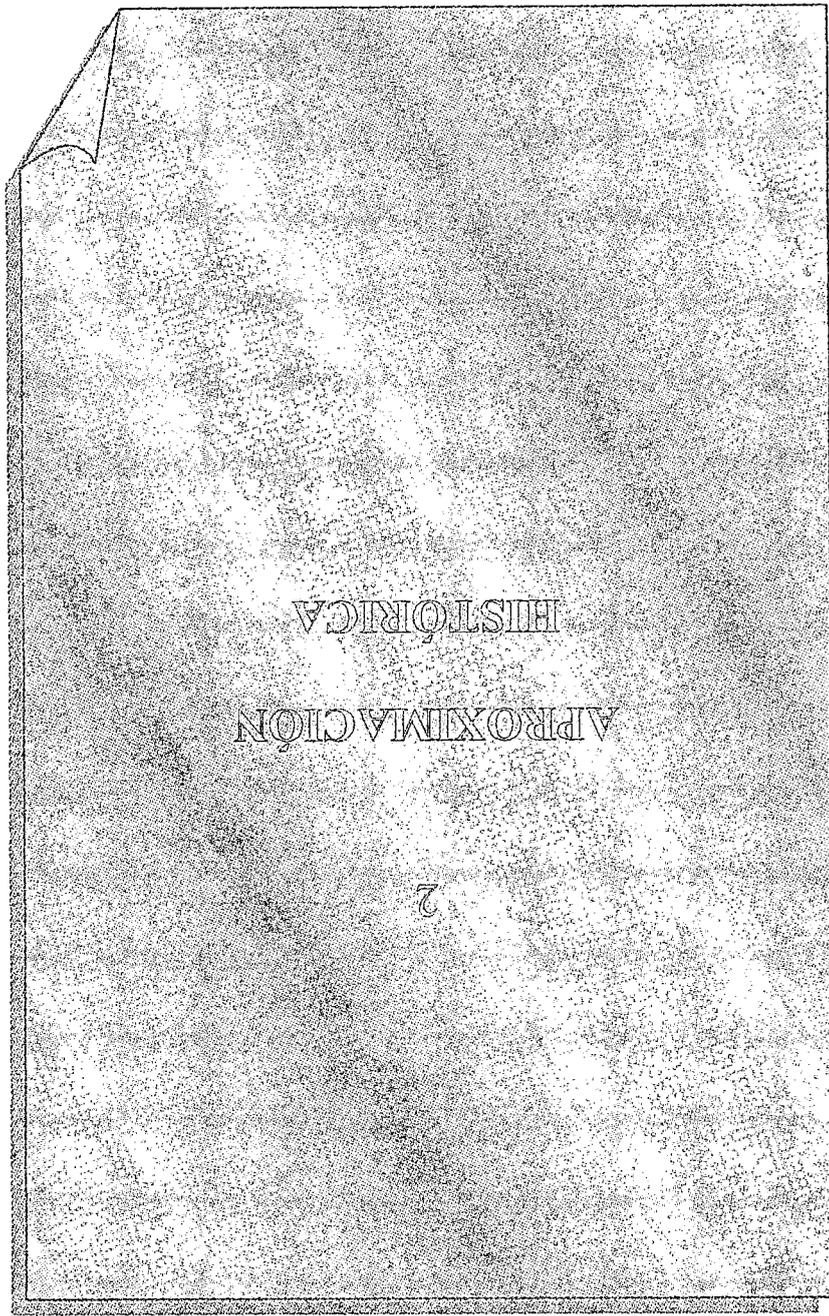
Las familias en las cuales los/as niños/as son maltratados físicamente son aquellas que con frecuencia se aíslan de sus parientes y vecinos, es así como las víctimas poseen pocas experiencias de sociabilidad y frecuentemente no saben como ganarse amigos en la escuela.

Asimismo, en general, estos padres, tampoco ven con agrado que sus hijos/as tengan otros vínculos sociales, siendo de esta manera que los niños/as pierdan las escasas posibilidades que tienen de contar con lazos afectivos extrafamiliares que les brinden ayuda ante la situación que viven.

Esta característica de aislamiento se da en todas las clases sociales, agravándose aún más en las clases altas cuando, por ejemplo, el médico que atiende al niño/a en el momento de su lesión es un amigo

de los padres y tiende a diagnosticar la situación como un accidente envés de diagnosticarla como maltrato.

Si al cuadro descrito le sumamos las actitudes sostenidas desde el macrosistema en referencia a que los hijos son propiedad de sus padres y que el castigo físico es una modalidad de crianza que será por " el bien del niño/a " nos daremos cuenta que las víctimas llegan a creer que en realidad se merecen el castigo y que el mismo se lo tienen ganado, en síntesis, que son ellos/as quienes tienen la culpa del maltrato recibido.



HISTORIA
APROXIMACION



2. APROXIMACIÓN HISTÓRICA.

El derecho a la vida de niños/as no siempre fue reconocido y es así que en la antigüedad el infanticidio se practicaba y estaba permitido.

En Egipto y China, con anterioridad al nacimiento de Cristo, los recién nacidos podían ser ofrecidos como sacrificio purificador de las distintas divinidades. Los padres gozaban del poder plenipotenciario de disponer de sus hijos.

La Biblia también nos muestra escenas es las cuales aparece el sacrificio de niños, tal el caso de Moisés, quien se salvó de un infanticidio masivo.

El rey Nemrod en Babilonia, mandó matar setenta mil niños, ante la posibilidad de que uno de ellos le disputara el trono, y además, en ese mismo país los niños eran vendidos o utilizados como rehenes políticos.

En el S.IX a.C. los espartanos arrojaban por el macizo montañoso de Taigeto a los niños que nacían con defectos físicos y consecuentemente no serían aptos para la guerra.

El infanticidio fue una práctica habitual que perduró hasta el S.IV d.C. Se practicaba con hijos legítimos e ilegítimos y por razones familiares, personales y/o institucionales. Cualquier niño/a que naciera diferente o quizás que fuera muy llorón corría el riesgo de ser exterminado.

Aristóteles decía al respecto :

“ un hijo y un esclavo son propiedad de los padres y nada de lo que se haga con lo que es propio es injusto, no puede haber injusticia con la propiedad de uno “.

En Roma el derecho a la vida era otorgado, por el padre, en un ritual. Al nacer el bebé era depositado a los pies de su padre, quien podía

optar por levantarlo en sus brazos y reconocerlo o por no querer hacerlo. De ser así, el bebé era dejado en la calle donde podía morir de hambre o de frío o ser recogido por quien lo levantara para convertirlo después en esclavo.

Existían también otras prácticas maltratantes tales como impedirles su movilidad a partir de la utilización de pañales que los inmovilizaran.

También el abuso sexual a niños y niñas era frecuente en Grecia y Roma, a tal punto que los jóvenes romanos libres usaban una bola de oro en su cuello para ser identificados como aquellos con quien no era correcto, para un ciudadano tener una relación sexual. Asimismo, en Persia, China e India se practicaba la venta de niños y niñas para prostíbulos.

La primera ley que condenó el infanticidio fue dictada por Constantino, durante el S.IV d.C., simultáneamente el reconocimiento por el citado emperador de la religión católica, al finalizar el imperio romano de occidente.

En esa época el infanticidio era una práctica común que se manifestaba de diferentes formas : el adulto yacía sobre un niño en la cama hasta asfixiarlo o lo ahogaba en letrinas o cisternas. También se los enterraba en los cimientos de los puentes, tal es el caso del puente de Londres.

En 1983 Mayhall y Norgard, plantean que eran seis las razones para el infanticidio en la edad antigua :

- a. controlar la natalidad
- b. evitar el deshonor y los problemas económicos de mantener a un hijo/a ilegítimo/a
- c. para ganar poder
- d. expulsar espíritus malignos y agradar a los dioses

e. asegurar la estabilidad económica

Durante la Edad Media el/la niño/a no tenía un lugar en la estructura social. No se tenía conciencia de las particularidades del niño/a ni lo que implicaba el proceso de crecimiento y maduración. Es de esta manera que llegaban a ser manipulados como mercancías.

Esta idea no diferenciaba clases sociales, a tal punto que el rey Iván IV de Rusia mató a su propio hijo de un bastonazo en un ataque de ira.

Es recién en el S. XVII, en el momento en el que se producen dos hechos positivos :

- a. el/la niño/a entra en la vida de la familia
- b. desciende la mortalidad infantil, no por mejoras en las condiciones de higiene y cuidado de niños y niñas , sino porque disminuye el infanticidio.

Los S.XVII y XVIII traen de la mano la " institucionalización " medida que fue pensada, en primera instancia para la protección de los niños/as y que en realidad resultó todo lo contrario. Dan cuenta de lo explicitado las estadísticas que se mencionan a continuación.

En 1638, San Vicente de Paul, funda el Hôpital des Enfants Trouvés. Para atender a niños/as enfermos y abandonados.

En París entre 1771 y 1777 murieron el 80 % de los 31.000 niños/as que se encontraban institucionalizados, en tanto que en Dublín entre 1775 y 1796, sobrevivieron solo 45 niños de los 10.000 que se habían institucionalizado.

El historiador francés Philippe Ariés señala que en el S.XVIII surge en las clases sociales altas el sentimiento moderno de infancia. No

obstante habrá que esperar hasta el S. XIX para que se inicie el abordaje del problema, en relación a que :

- a. surge el estudio científico de casos de malos tratos
- b. se crean los primeros hospitales infantiles
- c. se fundan las primeras sociedades dedicadas a la prevención de la crueldad en contra de niños/as.

El médico Tolmuche en 1852 describió algunas lesiones correspondientes a malos tratos. En 1860 el médico francés Tardieu hizo la primera descripción del " síndrome del niño maltratado ". En ese momento no fue escuchado por la sociedad de la época pero 30 años después se promulgó una ley de protección a los niños maltratados.

En 1874 se fundó en New York la Society for Prevention of Cruelty to Children y unos años después se funda en Londres una Sociedad de Prevención de las crueldades contra los niños, con las mismas características.

El famoso caso de Mary Ellen Wison, niña castigada cruelmente por sus padres, fue el hecho que movilizó en E.E.U.U. la opinión pública y dado que no existía legislación al respecto se utilizó la legislación existente para la protección de los animales.

Finalmente en 1899, se establece en la ciudad de Chicago el primer Tribunal de Menores.

El S.XX llega con la aparición de los Rayos X y de esta manera la posibilidad de contar con técnicas diagnósticas específicas.

En 1923 Eglantura Gebbs redacta en Ginebra la Declaración de los Derechos del Niño.

En 1951 el radiólogo Silverman presentó su estudio de casos de lactantes con lesiones traumáticas y en 1955 se empiezan a valorar

los factores ambientales y familiares como condicionantes de los traumatismos de niños/as que se dan en el ámbito hogareño.

En 1959 la ONU aprueba la Declaración de los Derechos del Niño y es en ese mismo año en el cual los pediatras Kempe y Silver comienzan a llamar la atención respecto de la responsabilidad de los padres.

Cabe una especial mención acerca de que es en esa misma época cuando los trabajadores sociales comienzan a involucrarse en el diagnóstico de los casos, destacándose los trabajos de Elmer en 1960 y de Boardman en 1961.

Finalmente en 1962, Kempe, Silverman, Steele, Droegemuller y Silver publican un artículo con 302 casos de niños maltratados, de los cuales 33 habían fallecido y 85 sobrevivieron pero con lesiones permanentes y se habla por primera vez del **síndrome del niño apaleado**.

El impacto del descubrimiento, movilizó a la opinión pública y en un plazo de 5 años en E.E.U.U. se habían dispuesto medidas para abordar el problema.

Si bien el planteo inicial se refería a los malos tratos físicos, en 1970 el sociólogo Gil se refiere al papel de la sociedad y las instituciones en la etiología del maltrato y en 1971, Lukianowicz plantea el tema de los malos tratos psicológicos.

En Argentina, la Ley nacional 10903 del Patronato de Menores y la Ley de la provincia de Bs.As. 10067 de 1983, en referencia al mismo tema, no tipifican el problema. Si bien hacen referencia en forma general a la protección de niños/as, no se refieren específicamente al **maltrato infantil**.

“ ... cuando la salud, seguridad, educación o moralidad de menores de edad se hallare comprometida por actos de inconducta,

*contravenciones o delitos de sus padres, tutores, guardadores o terceros, por infracción a las disposiciones referentes a la instrucción y al trabajo, cuando por razones de orfandad o cualquier otra causa, estuviesen material o moralmente abandonados, o corrieren peligro de estarlo, para brindar protección y amparo, procurar educación moral e intelectual al menor y para sancionar en su caso, la conducta de sus padres, tutores, guardadores o terceros, conforme a las leyes que rigen en materia de minoridad y a las disposiciones de la presente “.*¹

En resumen los niños/as, históricamente han sido víctimas de maltrato infantil y considerados objetos de propiedad de los adultos, en los diferentes estratos sociales y en las diferentes categorías de maltrato : físico, psíquico, sexual, abandono.

Los castigos corporales que hoy consideramos una aberración, fueron durante muchos siglos tolerados y hasta reconocidos como necesarios en distintas sociedades. Al decir de la autora Alice Miller, “son por tu propio bien “ , es decir se maltrataba físicamente a los niños para educarlos, para hacerlos buenos, como medidas correctivas.

Es en el inicio de este nuevo siglo, que el maltrato infantil comienza a ser denunciado y reconocido como problema social, no contándose aún con una estructura básica de procedimiento institucional efectiva para la resolución del problema.

¹ Ley Provincial 10067. Bs.As. 1983. Art. 10 inc. b.

3

PLANTEO
METODOLÓGICO

3. PLANTEO METODOLÓGICO.

A- DESARROLLO METODOLÓGICO

El trabajo de investigación propuesto prevé el desarrollo de las siguientes hipótesis y objetivos :

Hipótesis.

1. Si las instituciones públicas que atienden niños/as víctimas de maltrato intrafamiliar no instrumentan un sistema de registro diferencial de casos que posibilite la construcción de un diagnóstico general, las respuestas que generen no responderán a las necesidades específicas de cada una de las situaciones problemáticas asistidas.
2. Si el maltrato infantil intrafamiliar es considerado una disfunción del sistema " padres-niños/as-ambiente ", los trabajadores sociales cuentan con una especificidad profesional de intervención.

Objetivos .

1. Efectuar un diagnóstico situacional de los casos de niños/as víctimas de maltrato infantil intrafamiliar en un área geográfica correspondiente al primer cordón del conurbano bonaerense, a partir del estudio de la casuística de instituciones públicas de asistencia a la citada problemática : Tribunal de Menores y Servicio Hospitalario específico.
2. Realizar un análisis del accionar de las instituciones que asisten la problemática en el área geográfica delimitada a fin de detectar la existencia de redes interinstitucionales de apoyo social y conocer su modalidad operativa.
3. Conocer la especificidad de la respuesta profesional de los trabajadores sociales que atienden la problemática bajo estudio.

Metodología.

Nuestro estudio reviste carácter *descriptivo y analítico*.

El primero de ellos se debe a que conforma una exploración y descripción del estado actual del problema y tiene la intencionalidad de reformularlo con miras a la obtención y operación con el dato, es decir define el qué medir y cómo hacerlo. Describe y sistematiza las manifestaciones de las variables. Siendo su objetivo final lograr una descripción completa y lo más acertada posible del objeto de estudio.

Por su parte, el nivel analítico, se prevé considerando la posibilidad de comprobación de existencia de relaciones entre variables,

particularmente en el estudio de la casuística. Así como la posibilidad de elaboración de nuevas tipologías, con posterioridad al estudio detallado de los casos.

Se utilizarán *instrumentos* técnicos que permitirán la obtención de datos cuantitativos y cualitativos, los cuales se encuentran incorporados en el anexo que se adjunta.

Los de tipo *cuantitativo* se obtendrán a partir de la lectura y posterior análisis de documentos públicos : causas judiciales e historias clínicas, que serán volcados a un cuestionario específico construido a tal fin. No se contactará a los actores sociales : niños/as víctimas, en forma directa considerando la normativa impuesta por la Ley Provincial de Menores (10067), referida a la protección y reserva de la identidad de las víctimas.

Los de tipo *cualitativo* surgirán de las entrevistas a informantes claves que se efectuarán a los responsables de las instituciones específicas de asistencia a las víctimas y a los trabajadores sociales que asisten los citados casos.

En relación a la consideración "período-secuencia", combina lo *longitudinal* en cuanto efectúa un seguimiento del desarrollo de las causas judiciales en el tiempo, desde su inicio y hasta la fecha y, asimismo, es *transversal*, ya que al momento de aplicar los cuestionarios a los trabajadores sociales y las entrevistas de informante clave a los representantes institucionales, se propone el estudio de las variables en forma simultánea.

B- OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.

Variables Independientes

1. Instituciones que no cuentan con un diagnóstico general.
2. Maltrato infantil intrafamiliar como disfunción del sistema "padres-niños/as- ambiente".

Variables Dependientes

- Respuestas que no atienden las necesidades de las víctimas.
- Especificidad del rol del Trabajador Social.

Indicadores (cuestionario causas judiciales)

1. Características de las víctimas

- Edad
- Sexo
- Tipo de maltrato recibido
- Lugar de residencia
- Vínculo de parentesco en relación al ofensor

2. Características de la intervención judicial

- Carátula de la causa
- Medidas tomadas respecto de la víctima
- Tratamientos indicados
- Motivo de cese de la intervención

3. *Características de la familia*

- Tipo de familia
- Cantidad de miembros
- Vivienda
- Otros niños/as víctimas

Indicadores (entrevistas a profesionales)

1. *Conceptualización del tema.*

- ◆ Opinión del entrevistado
- ◆ Concepción macrosocial
- ◆ Concepción institucional

2. *Características de las familias*

- ◆ Porcentaje de víctimas por sexo
- ◆ Tipo de familia
- ◆ Cantidad de miembros

3. *Intervención profesional*

- ◆ Tipo de interacción
- ◆ Tipo de resolución del caso
- ◆ Ejercicio del rol profesional

En cuanto a las *dificultades* que se presentaron en el desarrollo de la investigación cabe mencionar que :

La **primera** dificultad detectada fue la periodización en relación a las características de la operatoria cotidiana del Tribunal. Las causas judiciales están en permanente circulación dentro de las diferentes

áreas operativas del Tribunal y no se registran pases administrativos de las mismas. Esto implica que para buscar una causa hay simplemente que buscarla entre las que están en curso y que corresponden a todo tipo de cuestiones. Frente a tal dificultad y siendo que el Tribunal no cuenta con una estadística de las causas en relación a los temas que las mismas tratan, se decidió trabajar con las causas iniciadas a partir del año 1998 y 1999 ya que pudo observarse que son las que se encuentran en plena ejecución.

Acercas del concepto plena ejecución podemos diferenciar el mismo del de causa abierta, ya que existen causas abiertas que están solamente a la espera de alguna novedad, en tanto que las causas que podemos denominar en plena ejecución son aquellas en las cuales el Tribunal se encuentra interviniendo activamente.

La **segunda** dificultad surge del análisis de los informes socio ambientales que registran la descripción de las viviendas que habitan las víctimas, dado que no se utilizan criterios comunes entre los profesionales intervinientes en cuanto a los datos que se consignan. Como resultado, en algunos informes faltan datos descriptivos de los que se encuentran categorizados en el cuestionario.

4

TRATAMIENTO
DE LOS DATOS

4. TRATAMIENTO DE LOS DATOS.

A- ANÁLISIS DE LAS CAUSAS JUDICIALES.

El trabajo de campo se efectuó sobre 83 causas judiciales de casos de maltrato infantil físico intrafamiliar, que se iniciaron durante los años 1998 y 1999 y que aún están en trámite.

La primera cuestión a señalar es la dificultad que se presentó en la recolección de los datos en campo, correspondientes a las causas judiciales (ya señalado al momento de implementarse la prueba piloto) dado que no se cuenta con registro administrativo actualizado del pase de las mismas de un sector a otro del Tribunal. Es decir que las causas están en movimiento constante y esto dificulta la recolección de los datos.

En cuanto al resultado de la información obtenida, resulta significativo señalar que :

1. En el **67,4 %** de los casos la causa ha sido caratulada como "art. 10 de la Ley 10067 ", lo cual significa " menor en situación de riesgo " sin ser posible de esta manera diferenciar que se trata de casos de maltrato infantil físico intrafamiliar a partir de la lectura de la carátula de las actuaciones. Cabe acotar que la Ley Provincial 10067 de Patronato de Menores no tipifica las situaciones de maltrato infantil en ninguna de sus posibles presentaciones (físico, psicológico, sexual, explotación laboral, intrafamiliar, extrafamiliar, etc.)

2. En el **78,3 %** de los casos el tipo de maltrato es el físico sin encontrarse este combinado con ninguna de las otras tipificaciones.

3. El grupo etáreo con mayor número de casos (**35 %**) es el comprendido entre los 6 y los 11 años de edad. En cuanto al sexo, el **63,8 %** de las víctimas son niñas y el resto varones.

4. En relación a las edades de las víctimas, se verifica que el más alto porcentaje (**51,8 %**) de las mismas se encuentra cursando el EGB.

5. En el **63,8 %** de los casos las víctimas viven en grupos familiares de tipo nuclear. Estos grupos familiares se encuentran compuestos en un **19,2 %** por 4 miembros y en un **18 %** de los casos por 5 miembros

6. El 43,4 % de las familias son propietarias de la vivienda que habitan, las cuales, asimismo presentan en un 50,6 % construcción de material y cuentan con los siguientes servicios :

- 57,8 % con baño instalado
- 71 % con luz eléctrica
- 32,5 % con agua corriente
- 57,8 % con gas envasado a garrafa.

7. El **67,4 %** de las víctimas son hijos/as del victimario y en el **31,3 %** de los casos hay otros niños víctimas en la familia.

8. En cuanto a las medidas tomadas por el Tribunal interviniente, en el **30 %** de los casos se decidió que las víctimas continuaran viviendo en el grupo familiar, con el victimario y bajo tratamiento psicológico, en tanto que en el **18 %** de los casos se decidió internar a las víctimas.

Si consideramos la relación de las variables significativas, observamos que :

1. Del total de víctimas de maltrato infantil físico solamente, las comprendidas entre 6 y 11 años ascienden a un porcentaje del **36,9 %**, es decir mayor al total para la misma edad, siendo de ese total el **56,9 %** de los casos de sexo femenino. Asimismo las víctimas correspondientes al período de edad de entre 12 y 15 años son casos de maltrato físico y abuso sexual combinado, siendo en el **85,7 %** de los casos mujeres.

2. En cuanto al parentesco con el victimario, en el **79 %** de los casos correspondientes a familias nucleares las víctimas son hijos/as y en el **50 %** de los casos de familias ampliadas, las víctimas son hijos/as.

3. En relación a las medidas tomadas con las víctimas y sus derivaciones a tratamientos, podemos decir que : el **40 %** de las víctimas derivadas a tratamiento psicológico individual corresponden a casos en los cuales se decidió la internación del/a niño/a. En cambio, del total de niños/as en los cuales se decidió que permanecieran viviendo en su grupo familiar con el victimario, se derivaron a tratamiento psicológico familiar el **28 %** de los casos.

Finalmente podemos señalar que el estudio de las causas judiciales ha confirmado en un alto porcentaje que algunos de los " mitos respecto del maltrato infantil " son solo mitos y no situaciones reales, nos referimos a :

1. Que en el mayor porcentaje de casos el victimario es el padre biológico y no el padrastro.
2. Que el mayor número de personas convivientes no incrementa el número de casos, se verifica que los más altos porcentajes corresponden a familias nucleares y con un número de miembros entre 4 y 6 personas.

B- ANÁLISIS DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS.

El trabajo de campo se efectuó sobre 26 historias clínicas de casos de maltrato infantil físico al interior de la familia que se iniciaron durante octubre 1999 y marzo 2000.

Es necesario mencionar que algunas de las historias clínicas carecían de información respecto de las características de la vivienda.

A continuación se presentan los resultados más significativos :

- 1) En el **53,84 %** de los casos, los pacientes fueron derivados por el juzgado.
- 2) El **19,23 %** de los pacientes fueron internados por lesiones.
- 3) En el **53,85 %** de los casos el tipo de maltrato es abuso físico y sexual, siendo el resto casos de maltrato físico sin combinación con otras modalidades.
- 4) El grupo etáreo mayoritario es el comprendido entre los 6 y 11 años de edad (**57,69 %**)
En relación al sexo, en el **69,23 %** de los casos las víctimas son mujeres.
Respecto de la escolaridad, **73,08 %** de las víctimas se encuentran cursando la escuela Primaria (EGB).
- 5) El **61,54 %** de las víctimas viven en grupos familiares del tipo familia ampliada. Donde en el **37,5 %** , la cantidad de miembros del

grupo familiar es de entre 3 y 4 y otro 37,5 % de entre 5 y 6. En tanto que el 50 % de las familias de tipo nuclear presentan entre 5 y 6 miembros.

6) El **26,92 %** de las familias son propietarias de las viviendas que habitan. Cabe aclarar que el 34,62 % no presenta información al respecto.

7) En el **53,57 %** de los casos, las víctimas son hijo/a del victimario.

Así como, en el **46,15 %** de los casos, hay otros niños víctimas en la familia.

8) En el **46,15 %** el tipo de tratamiento psicológico prescripto corresponde al individual y el **30,77 %** a ambos; individual y familiar.

Asimismo, el **23,08 %** se encuentra bajo tratamiento.

Del resto, los motivos de finalización del mismo se deben a : abandono (**60 %**) , alta (**30 %**) y derivación (**10 %**) .

Respecto de la relación entre las variables más significativas se observa que :

1) Del total de víctimas de abuso físico y sexual, las comprendidas entre 6 y 11 años representan el 71,42 % . Así como, las víctimas de abuso físico comprendidas en la misma edad (41,67 %) representan también el grupo etáreo predominante bajo esa forma de maltrato.

- 2) De los casos de abuso físico y sexual el **78,57 %** de las víctimas son mujeres. Lo mismo ocurre en el **58,33 %** de los casos de abuso físico.

- 3) En cuanto al parentesco con el victimario, el **81,82 %** de casos pertenecientes a familias nucleares las víctimas son hijos/as y el **35,29 %** de casos de familias ampliadas las víctimas son también hijos/as.

- 4) Del total de internaciones por lesiones, el 40 % pertenece a los casos que han sido derivados por Juzgado, otro 40 % a aquellos derivados por otras instituciones y un 20 % a casos de presentación espontánea.

- 5) Nuevamente, tal como sucedió respecto de las Causas Judiciales, los resultados desconfirman el mito por el cual el mayor número de personas convivientes incrementa el número de casos.

Al respecto es posible afirmar que mientras que los grupos familiares de entre 3 y 4 miembros presentan otras víctimas en un 70 % , los grupos familiares compuestos por entre 7 y 8 miembros presentan otras víctimas en un 33,33 %.

C - ANÁLISIS DE LAS ENTREVISTAS A LOS TRABAJADORES SOCIALES.

1. Definición y origen del maltrato infantil intrafamiliar.

Los entrevistados incluyen en " maltrato infantil" todo tipo de situación desde lo físico, lo psicológico, lo sexual y el abandono. Algunos diferencian el abuso sexual como un cuadro más específico y más grave.

Relacionan el maltrato infantil con particularidades culturales y especialmente con grupos de migrantes que habitan en nuestro país señalándose el caso de bolivianos y coreanos.

También lo relacionan con las historias de vida familiares indicando como las actitudes maltratantes se reiteran de generación en generación. Uno de los profesionales dice al respecto " **el maltrato viene de una matriz, de una historia de vida de los padres** ".

Se señala una correlación entre el origen del maltrato infantil, la pobreza y la falta de educación. Se introduce la identificación de zonas geográficas.

En el ámbito hospitalario es reconocido como una patología psicológica y/o psiquiátrica y como tal se señala la importancia de su detección precoz.

Es importante señalar que ninguno de los entrevistados hace referencia a que se trata de una cuestión de aprendizaje social y que existe la posibilidad, entonces, de desaprender aquellas conductas

maltratantes aprendidas para aprender a vivir sin maltratar a los demás.

2. Caracterización de las familias en las cuales se dan casos de maltrato infantil.

Los entrevistados definen a las familias como enfermas, sin educación, numerosas, que no contienen afectivamente a sus hijos, en las cuales falta el diálogo y el código comunicacional es el grito. Se las asocia con la falta de empleo, la pobreza y ciertas características culturales.

En un caso se aclara que el fenómeno se da en todas las clases sociales pero en la clase alta se observa el ocultamiento y la complicidad de ciertos profesionales amigos de la familia para esconder el problema (el caso de pediatras o psicólogos).

Se detecta en algunos profesionales actitudes acordes con los denominados " mitos de la violencia doméstica ", lo cual se verifica en la relación que reconocen entre maltrato infantil y nivel educativo alcanzado y/o maltrato infantil y pobreza.

3. Género.

No se señalan diferencias significativas en cuanto al número de casos de niñas y de niños víctimas de maltrato infantil intrafamiliar.

4. El contexto institucional y de las políticas públicas.

Los entrevistados indican que no hay políticas en el área de la niñez en general y tampoco programas específicos de atención al/a niño/a maltratado/a. Reconocen que en la última década el problema ha pasado a ser considerado como público.

Tanto los profesionales que trabajan en el Poder Judicial como aquellos que lo hacen en el ámbito hospitalario, coinciden en que en las instituciones en las cuales se desempeñan no hay trabajos específicos en relación al tema, que falta organización al respecto y que ellos mismos son maltratados como empleados por la institución.

Agregan que en la Argentina y en América Latina las políticas económicas maltratan al ciudadano al no permitirle acceder a un empleo y una vivienda dignos y en este sentido se refieren al maltrato de los gobiernos hacia la población.

Resulta interesante la ampliación del contexto del problema que se observa en las respuestas. Se ha pasado de un problema privado e individual al reconocimiento del mismo en el ámbito público y macrosocial.

4. Intervención.

La intervención es específica desde el rol. Lo interdisciplinario se da en algunas oportunidades entre los miembros del equipo pero no está pautado previamente. Se señala que las profesiones tradicionales (medicina y abogacía) se resisten a trabajar en forma interdisciplinaria.

En el ámbito municipal se trabaja con un circuito de admisión-orientación.

El Poder Judicial trabaja efectuando derivaciones a tratamientos específicos a distintas instituciones. El problema radica en que dichas instituciones no presentan en forma periódica, la evolución de los citados tratamientos o la notificación de abandono de los mismos.

Se trabaja desde la emergencia que es cotidiana.

Los profesionales se contienen entre ellos para poder sostener la gravedad de los casos que tratan.

Es importante señalar que se verifica que no existe un esquema metodológico de tratamiento de los casos. No hay trabajo por niveles de complejidad y en relación a las derivaciones, no hay continuidad en los seguimientos ni se cuenta con la información de " novedades del caso " (por Ej. Abandono del tratamiento) de manera fluida y constante .

Asimismo resulta significativo la relativa confusión detectada acerca del concepto de " interdisciplina " y la no inclusión de la misma como criterio metodológico en la intervención profesional cotidiana.

5. Finalización del caso o resolución del problema.

En un solo caso el entrevistado responde que desde su concepción el caso " se finaliza " mas que se resuelve. El resto de los entrevistados no habla directamente del tema, explica cuáles son sus objetivos pero no cuales son sus resultados concretos.

Se infiere que el hecho de que los entrevistados no respondan claramente a la cuestión acerca de la cual se les consulta, se relaciona con la gravedad de la temática y el efecto que en lo personal genera el trabajo con este tipo de casos en la esfera individual de cada profesional.

7. Especificidad del rol del Trabajador Social.

Los entrevistados no señalan una particularidad en comparación con otras temáticas tan “ difíciles “ como ésta con las cuales trabaja el trabajador social.

Se habla de la importancia de escuchar al otro, de ayudarlo “reordenándole “ la situación.

Resulta altamente significativo que los trabajadores sociales no puntúen una especificidad de su intervención profesional en esta temática, siendo los únicos profesionales incluidos en el circuito de intervención con posibilidades reales de conocer el adentro y el afuera de la institución y del caso. Este señalamiento nos remite a una cuestión particular del colectivo profesional del trabajo social que es el no reconocimiento de la importancia y especificidad del rol profesional, cuestión sobre la cual volveremos en el futuro.

D- ANÁLISIS DE LAS ENTREVISTAS A LOS INFORMANTES CLAVES.

1. Definición y origen del maltrato infantil intrafamiliar.

Este fenómeno es definido como toda situación en la que los derechos del niño/a son vulnerados, entendiéndola como una definición más amplia y que antecede a la clasificación o tipología que teóricamente se emplea (maltrato, físico, emocional, negligencia, etc.)

También se vincula el maltrato a la “ *violencia institucional* “ generadas por aquellas instituciones encargadas de la protección de niños y niñas, que al no alcanzar el nivel de resolución, reproducen el maltrato sobre ellos infringido.

Por otra parte, se hace referencia al aprendizaje de modelos de relación, que resultan difíciles de ser modificados.

Para referirse al origen, los entrevistados hacen mención al fenómeno de la transmisión generacional, a situaciones de crisis familiar, atravesadas por una crisis social. También se lo asocia a la “destrucción de la familia” por cambios sufridos, tales como desocupación, alcoholismo, difícil relación marital, entre otras.

Mientras uno de los entrevistados vincula el maltrato directamente al desempleo al considerar que : “ **el hombre pasa a cumplir un rol que no es el de él, es el de la mujer, porque se queda en su casa** “. Otro de ellos postula que el origen es de tipo multicausal y factores tales como el desempleo pueden resultar incrementadores.

Asimismo surge a lo largo del relato de los entrevistados, que se trata de una problemática que no discrimina clases sociales. En todo caso,

los estratos más desfavorecidos son más asequibles a la mirada de los operadores ; “ **los otros no nos dejan meternos**”.

Es interesante destacar que si bien la mirada respecto del origen resulta ser multicausal poniendo en juego una lectura ecológica, no dejan de aparecer factores a los que con cierta exclusividad se les atribuye la causalidad del fenómeno (desempleo, crisis económica).

Por otra parte, el contenido del discurso presenta en un caso los estereotipos de los roles masculinos y femenino, entendiendo la modificación de las actividades que de ellos culturalmente se espera (en este caso debido al desempleo) como una variable asociada a la violencia. - ver negrita -

2. Situación del problema a nivel macrosocial.

Si bien estadísticamente las consultas a causa de esta problemática habrían disminuido en el servicio del que son parte algunos de los entrevistados, esta situación es por ellos atribuida a la crisis económica que hace inaccesibles los servicios de atención a la población, antes que a la disminución de casos. Por el contrario, se sostiene que el problema se encuentra en incremento. La situación económica no permitiría sostener ningún tipo de tratamiento.

También se menciona la falta de recursos humanos en el abordaje de la temática en cuestión.

Asimismo se concibe la necesidad de una lectura que exceda lo disciplinar.

Esta vez la pobreza surge como obstáculo a la posibilidad de tratamiento alguno. Vale decir que se pone énfasis a las repercusiones que tiene una vez que el daño esta instalado, antes que en su causalidad en el origen del maltrato.

3. Particularidades de la institución.

Los entrevistados pertenecientes al ámbito hospitalario señalan que las instituciones en las que se desempeñan no cuentan con servicio especializado ni ejecutan programas en relación al tema. En dichos casos las situaciones son atendidas por el Servicio Social.

Por su parte, uno de los servicios municipales cuenta con atención especializada valiéndose de dos etapas :

a- *Escucha y orientación (admisión)* . EL resultado es un diagnóstico aproximativo que definirá en qué equipo se desarrollará la segunda etapa del proceso.

b- *Atención.* De acuerdo al diagnostico antes mencionado el usuario es integrado al equipo de “ Maltrato infantil y abuso” o al equipo de “ Violencia familiar “ (área mujer)

Las representantes muestran interés por comenzar a trabajar ambos equipos conjuntamente. Este cambio en la operatoria que se propone el equipo responde a una discusión conceptual al interior de la institución. La misma trata sobre la dificultad de focalizar el problema en algunos miembros de la familia (niños/as – mujeres) perdiendo de vista la totalidad de la situación familiar.

Esta intención se ve dificultada a su vez por el hecho de que el servicio brindado puntualmente a la mujer es conocido como tal por las instituciones que derivan.

Por su parte, uno de los representantes del ámbito hospitalario pone el acento en el diagnóstico precoz y la prevención. Menciona las instituciones susceptibles de detección considerando el paso de la víctima por el hospital como una instancia en la que el daño está instalado y “ es tarde “. Considera la llegada de un niño/a maltratado/a al hospital como el fracaso o el vacío de instancias previas.

Sostiene que el hospital no es el espacio de abordaje del maltrato y por esa razón no es concebido como una prioridad. Encuentra importante contar con referentes externos, haciendo hincapié en la necesidad de un abordaje multisectorial.

Fundamenta lo anterior haciendo alusión al Nivel 2 de atención de la salud que supone que no hay contacto directo con la comunidad, siendo el Nivel 1 (Unidad Sanitaria) el que tiene mayor acceso a la situación y como tal se constituye en el espacio privilegiado de detección y seguimiento.

Resulta necesario poner de relieve la existencia de debate conceptual al interior de las instituciones de asistencia, de cara a hacer más eficiente el servicio brindado.

En cuanto a la postura que parece excluir al hospital de las instituciones aptas para el diagnóstico precoz, tratamiento y seguimiento, cabe indicar que quizás, además del debate conceptual antes mencionado, resulte urgente uno que permita alcanzar consensos básicos respecto de las competencias institucionales en lo que al maltrato infantil se refiere, así como, la articulación entre las mismas.

4. Caracterización de las familias en las cuales se dan casos de maltrato infantil.

Son definidas como “ **enfermas, desde el punto de vista social, no físicamente** “.

Sin educación, desestructuradas, con una fuerte presencia del alcoholismo y episodios de violencia o desamparo en la historia de los padres.

La variable nivel socio económico cultural es desechada a la hora de caracterizar a las familias.

De acuerdo a la primera descripción, la etiología de este fenómeno aparece asociada a la naturaleza de los vínculos con el contexto (desde los más cercanos – microsistema – a los más alejados de la cotidianidad - macrosistema-), antes que a una posible patología ya sea psíquica o física.

Del resto de los factores mencionados por los entrevistados (alcoholismo, falta de educación, etc) nada se dice respecto al rol desempeñado en la etiología, vale decir si son conceptualizados como factores causales o potenciadores.

5. Variable género.

Con respecto a los adultos, se considera que si bien estadísticamente es el género femenino el que padece en mayor medida situaciones de violencia, la imposibilidad de visualización de los casos en los que los

hombres son víctimas, se debería a que éstos no se acercan a demandar atención. Y si no lo hacen resulta ser por la misma razón que son las mujeres víctimas en mayor medida : la construcción cultural que subyace a la definición de género.

Por su parte, en lo que a los niños/as respecta el maltrato parece ser infligido a ambos géneros por igual. Se exceptúan los casos de abuso sexual, en los que las niñas parecen ser las más victimizadas.

6. Finalización del caso o resolución del problema.

Los entrevistados pertenecientes al ámbito municipal coinciden en afirmar que los casos finalizan antes que ser resueltos. Esta característica iría en incremento debido a la crisis económica que produce que en algunos casos ni siquiera se finalice el proceso de admisión.

También introducen el tema del ciclo de la violencia conyugal, por el cual la consulta resulta ser en el momento de mayor tensión y cuando ésta afloja el proceso se suspende. Esta característica también se visualiza en el caso de niños/as en los que cuando el síntoma que da origen a la consulta mejora, el problema se desdibuja.

En cuanto a uno de los entrevistados pertenecientes al ámbito hospitalario cabe resaltar que asegura que el nivel de resolución no es competencia del hospital. Aquella tarea es atribuida al Juzgado y Unidades Sanitarias, no pudiendo el hospital hacerse cargo del seguimiento. (ver Particularidades de la institución)

Una vez más se visualiza la inaccesibilidad de la población a los servicios de asistencia producto del aislamiento relacional (léase

*participación en redes de sociabilidad y sistemas de protección)
generado por la exclusión.*

Nuevamente también, el hospital es exceptuado del rol de resolución.

7- Opinión personal.

Se amplía el concepto de violencia desde una visión que abarca factores del macrocontexto tales como la falta de respuesta de la justicia (la impunidad) , “ estar hablando de internet cuando hay niños/as que no tienen sus necesidades básicas satisfechas, entre otras “.

Aparece la necesidad de estudios que permitan conocer la realidad de este fenómeno inserto en nuestro país (“ la mayoría de las investigaciones responden a sociedades muy diferentes “)

Se coincide en sostener la necesidad de políticas nacionales de atención y prevención, siendo alguno de los objetivos de esta última, contribuir a la concientización acerca de lo que supone la violencia, así como promover el compromiso de denunciar ante sospecha, evitando que la desinformación genere la complicidad que hoy se vivencia por parte de la sociedad.

5

CONCLUSIONES

5. CONCLUSIONES.

La investigación realizada nos permite arribar a las siguientes conclusiones:

1. Si comparamos la casuística tanto del Tribunal de Menores como del Hospital podremos reconocer un cierto nivel de similitud en los resultados obtenidos respecto de los siguientes indicadores

<u>Indicador</u>	<u>Causas judiciales</u>	<u>Historias clínicas</u>
1. Tipo de maltrato		
- Físico	78,3%	46,15%
- Físico y sexual	-	53,85%
2. Edad de la víctima :		
6-11 años	35%	57,69%
3. Sexo de la víctima :		
femenino	64%	69,23%
4. Escolaridad de la víctima :		
Cursando EGB	51,8%	73,08%

5. Tipo de familia :		
- Nuclear	65%	38,46%
- Ampliada	34%	61,54%
6. Flia: cantidad de miembros		
- 3-4	15,5%	38,46%
- 5-6	15,5%	42,31%
7. Víctima hijo del victimario	67,4%	53,8%
8. Otros niños/as víctimas	31,3%	46,15%

Estos datos en términos diagnósticos nos muestran lo ya explicitado en forma parcial en relación a dos de los mitos respecto del maltrato infantil, nos referimos a:

- a. que el más alto porcentaje de víctimas son hijos biológicos de sus victimarios, es decir que sus victimarios no son sus padrastros como en general se cree.
- b. que el numero de miembros del grupo familiar conviviente, en las familias en las cuales aparecen casos de maltrato infantil, no corresponde a familias numerosas, sino que a grupos familiares en los cuales el número de miembros oscila entre 3 y 6 personas, desconfirmando, de igual manera, el mito que relaciona el maltrato infantil intrafamiliar con el hacinamiento.

- c. Asimismo, resulta interesante observar que es alto el porcentaje de víctimas que se encuentran escolarizadas y cursando el grado de la EGB correspondiente a su edad cronológica

Si consideramos las derivaciones de las víctimas a tratamiento, el desarrollo y tipos de los mismos y la finalización o resolución del caso, podremos evidenciar que:

En el caso del Tribunal

a.1. relacionando el tipo de maltrato con las medidas tomadas respecto de la víctima, se observa que :

en **25 casos sobre 65** de abuso físico, la decisión judicial correspondió a que la víctima permanezca viviendo con el victimario, en el grupo familiar y efectuando el último tratamiento.

en **10 casos sobre el mismo total**, se dispuso la internación.

a.2. relacionando las medidas tomadas y el tipo de tratamiento dispuesto, se puede señalar que, de las víctimas internadas, los datos resultan dispersos, resultando significativo el hecho de que en **5 casos del total de 10**, efectuaron tratamiento psicológico individual, **2** paralelamente a tratamiento médico y **1** paralelamente a tratamiento psicológico familiar.

a.3. en los casos en los cuales la víctima permaneció viviendo con su grupo familiar, con el victimario, siendo este último derivado a tratamiento,
en 7 casos se trata de tratamiento psicológico familiar existiendo
en 3 casos simultáneamente tratamiento psicológico individual
en 3 casos no se verifica que la derivación se haya efectuado
en 11 casos no se obtienen datos.

En el caso del Hospital

- b.1. del total de casos en tratamiento (26)
12 efectuaron tratamiento psicológico individual
5 efectuaron tratamiento psicológico familiar
- b.2 en 5 casos se verificó internación por lesiones
- b. 3 respecto de la finalización del tratamiento
6 casos fueron dados de alta
2 casos fueron derivados
12 casos abandonaron el tratamiento

En relación a la hipótesis planteada acerca de la necesidad de que las instituciones cuenten con diagnósticos que tipifiquen los casos de maltrato infantil, podemos decir que el resultado de nuestra investigación se centra en que efectivamente existe esa necesidad y efectivamente las instituciones no cuentan con esa información.

Es notorio el resultado que se verifica, particularmente respecto de las derivaciones a tratamiento y la continuidad o abandono de los mismos, así como las dificultades en sus seguimientos.

Cabe acotar al respecto que el desarrollo de la presente investigación ha generado en las instituciones el replantearse la necesidad de sistematizar el registro de la información de manera que éste permita la construcción posterior de una estrategia específica de intervención en los casos.

7. En cuanto a la **especificidad del rol del trabajador social** en los casos de maltrato infantil intrafamiliar, resulta altamente significativo el nivel de respuesta de los profesionales entrevistados, nos referimos a:

- a. No se detecta una estrategia metodológica específica de intervención en los casos.
- b. No se verifica continuidad de seguimiento en las derivaciones, es decir, no hay “novedades sobre el caso” o “el caso se diluye”.

- c. No hay acuerdos previos en los equipos interdisciplinarios en relación a operar en forma "interdisciplinaria", aunque se explicita la importancia de la misma.
- d. Se habla acerca de la "finalización del caso" y no de la "resolución del caso", es decir la misma sensación acerca de que el caso "se diluye".
- e. Los trabajadores sociales no señalan la importancia del trabajo en el afuera de la institución en la cual desarrollan su accionar cotidiano, resulta significativo que no se haga mención a la importancia de la visita domiciliaria como técnica de investigación, diagnóstico y seguimiento, de hecho se verifica que no hay criterio compartido en los profesionales que efectúan visitas domiciliarias acerca de qué datos relevar y de hecho en otras instituciones no se aplica esta técnica.

8. En relación a las **políticas públicas** para el área, se puede señalar que los entrevistados (tanto trabajadores sociales como representantes de las instituciones) coinciden en que el problema ha pasado del ámbito privado familiar, al ámbito público, no obstante reconocen que no se han generado, aún, las políticas públicas requeridas para el abordaje del problema, podría decirse en términos de ciencia política, que este no es aún un tema en la agenda de gobierno.

4. En relación a la detección de redes de apoyo social interinstitucionales para la atención del problema, de la investigación efectuada en las instituciones de la zona relevadas,

- ❖ Poder Judicial del Departamento de Lomas de Zamora, Tribunal de Menores 3
- ❖ Municipalidad de Lomas de Zamora, Dirección de Minoridad y Familia
- ❖ Municipalidad de Ezeiza, Secretaría de Acción Social
- ❖ Hospital Interzonal General de Agudos "Luisa Gandulfo" de Lomas de Zamora,
- ❖ Hospital Interzonal General de Agudos "Evita" de Lanús
- ❖ Hospital General de Agudos "Teresa de Calcuta" de Ezeiza

No se detecta la existencia de redes de apoyo social interinstitucionales formales, se verifican acuerdos entre los equipos profesionales del Hospital General de Agudos "Teresa de Calcuta" de Ezeiza y el Poder Judicial del Departamento Lomas de Zamora, para la atención de los casos.

Una última reflexión:

Todo lo investigado nos coloca una vez más frente al problema del **maltrato infantil intrafamiliar** como tema pendiente a ser incluido en la agenda de gobierno y ante la necesidad de que las instituciones y los profesionales que atienden los casos puedan generar estrategias de intervención que den respuesta a las

necesidades de los niños y las niñas víctimas, así como de sus familias.

BIBLIOGRAFIA

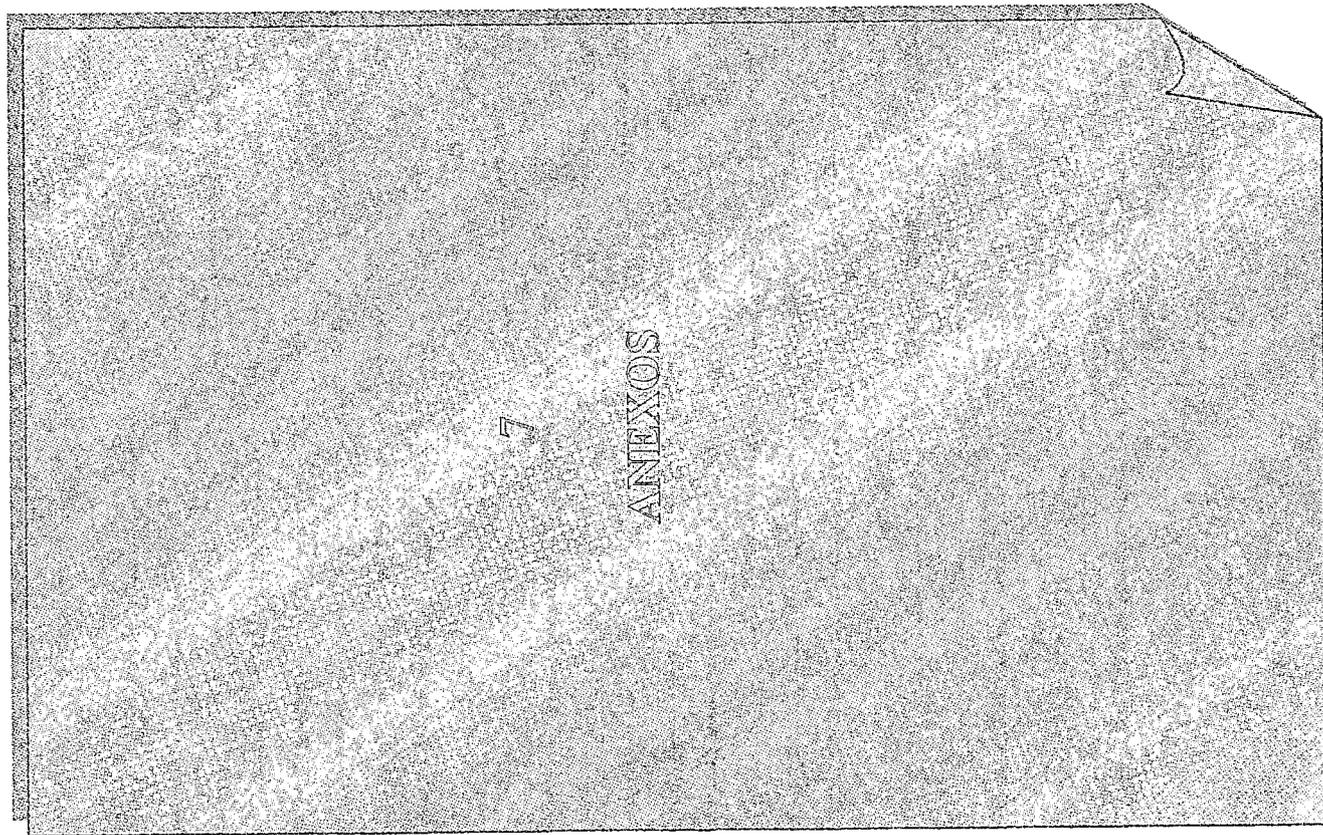
6

BIBLIOGRAFÍA.

- Aguilar Villanueva, Luis. " El estudio de las políticas públicas ". Editorial Miguel Angel Porrúa. España.
- Arruabarrena M.I. y de Paul Ochotorena J. " Maltrato a los niños en la familia ". Editorial Pirámide. Madrid. 1996.
- Asociación de trabajadores Sociales de Canadá. " Domestic Violence : Protocol Manual ". 1986.
- Brenner, Avis. " Los traumas de la infancia ". USA. 1987.
- Bringiotti, María Inés. " Indicadores de Maltrato Infantil ". UBA. 1990.
- Cirilo,S y Di Blasio, P." Niños Maltratados ". Editorial Paidós. Barcelona.1991.
- Convención Internacional sobre los Derechos del Niño.
- Declaración Universal de Derechos Humanos. 1948.
- De Mause,Lloyd. " Historia de la infancia ". Alianza Universidad. Madrid. 1982.
- De la Red Vega, Natividad. " Aproximaciones al Trabajo Social ". Siglo XXI Editores. España. 1993.
- García Fernando, M – Ibañez, J y Alivia F. (comps.) " Cinco vías de acceso a la realidad social " Alianza Ed. Madrid. 1996.
- Gelles, Richard. " Violence in tha family : a review of research in the seventies " University of Rhode Island. En Journal of marriage and the family. USA.1980.
- Giverti, E. " Políticas y Niñez ".Bs.As. Editorial Siglo XXI. 1998.
- Kempe,R y Kempe, H." The common secret ". Freeman and Company. USA. 1984.

- Martínez Roig, A. Y de Paul Ochotorena, J. " Maltrato y abandono en la infancia ". Editorial Martínez Roig. Barcelona. 1993.
- Mason Janet. " Child abuse and neglected ". Institute of Goverment. North Carolina. USA. 1996.
- Padua, J y Alaman Y. " Técnicas de investigación aplicadas a las ciencias sociales ". Fondo de Cultura Económica. México. 1979.
- Payne, M. " Teorías contemporáneas del T.S. ". Paidós. Barcelona. 1995.
- Rubio, M y Varas, J. " El análisis de la realidad en la intervención social ". Editorial CCS. Madrid. 1997.
- Sayas. " Fundamentos de metodología científica ". Editorial UNDEC. Madrid. 1989.
- Segundo encuentro por la vida de los niños de América Latina y el Caribe. Montevideo. 1994.
- Sierra Bravo, R. " Técnicas de Investigación Social ". Paraninfo. Madrid. 1998.
- Taylor, J y Bodgan, R. " Introducción a los métodos cualitativos de investigación ". Paidós. Bs.As. 1986.
- Thorman, G. " Prevención de la violencia Familiar ". Publisher, Springfield, Illinois. USA.
- Tonon Graciela. " Criterios a tener en cuenta en la asistencia a víctimas de violencia doméstica ". 1991.
- Tonon Graciela. " La situación de los profesionales que atienden víctimas de maltrato ". 1993.
- Urra Portillo, J. " Menores, la transformación de la realidad ". Siglo XXI Editores. España. 1995.

- Viano, Emilio. "Victimización y cambio social ". Editorial Marcos Lerner. Córdoba. 1887.



7

ANEXOS

ANEXO

INSTRUMENTOS

CUESTIONARIO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS DE CAUSAS JUDICIALES.

1. CARATULA DE LA CAUSA

- 1.1 S / art.10
1.2 S / fuga de hogar
1.3 S / vtma de lesiones
1.4 S / muerte dudosa

2. TIPO DE MALTRATO

- 2.1 Abuso físico
2.2 Abuso físico y sexual
2.3 Abuso físico y explotación
laboral

DATOS DE LA VICTIMA

3. EDAD

- 3.1 0 a 11 meses
3.2 1 año
3.3 2 a 5 años
3.4 6 a 11 años
3.5 12 a 15 años
3.6 16 a 21 años

4. SEXO

- 4.1 femenino
4.2 masculino

5. NACIONALIDAD

- 5.1 Argentina
5.2 Boliviana
5.3 Paraguaya
5.4 Uruguay
5.5 Chilena
5.6 Brasileña
5.7 Peruana
5.8 Otros países latinoam.
5.9 Otros países no latinoam.

6. ESCOLARIDAD

- 6.1 JI en curso
6.2 Prim. En curso
6.3 PI
6.4 PC
6.5 Sec. en curso
6.6 SI
6.7 SC
6.8 No asiste

7. LUGAR DE RESIDENCIA

- 7.1 Almirante Brown
7.2 Avellaneda
7.3 E.Echeverría
7.4 Ezeiza
7.5 Lanús
7.6 Lomas de Zamora

8. TIPO DE GRUPO FAMILIAR CONVIVIENTE

- 8.1 sin dato 8.3 familia ampliada
8.2 familia nuclear

9. CANTIDAD DE MIEMBROS DEL GRUPO FAMILIAR CONVIVIENTE :

10. VIVIENDA

10.1 Posesión

- 10.1.a sin datos 10.1.c alquilada 10.1.e ocupante de hecho
10.1.b propia 10.1.d préstamo o sesión 10.1.f sin vivienda
-

10.2 Tipo de construcción

- 10.2.a material 10.2.b prefabricada 10.2.c mixta
-

10.3 Servicios

- | | | |
|----------------|---|--|
| 10.3.a Baño | 10.3.a.1 <input type="checkbox"/> instalado | 10.3.a.2 <input type="checkbox"/> no instalado |
| 10.3.b Luz | 10.3.b.1 <input type="checkbox"/> sí | 10.3.b.2 <input type="checkbox"/> no |
| 10.3.c Agua | 10.3.c.1 <input type="checkbox"/> corriente | 10.3.c.3 <input type="checkbox"/> manual |
| | 10.3.c.2 <input type="checkbox"/> motobomba | 10.3.c.4 <input type="checkbox"/> otros |
| 10.3.d Gas | 10.3.d.1 <input type="checkbox"/> natural | 10.3.d.2 <input type="checkbox"/> envasado |
| 10.3.e Desague | 10.3.e.1 <input type="checkbox"/> cloacal | 10.3.e.2 <input type="checkbox"/> pozo negro |
-

11. TIPO DE PARENTESCO O VINCULO RESPECTO DEL VICTIMARIO

- 11.1 hijo/a 11.3 hermano/a 11.5 sobrino/a
11.2 hijastro/a 11.4 nieto/a

12. MEDIDAS TOMADAS CON EL MENOR

- 12.1 Internación
12.2 Convivencia con otro familiar
12.3 En grupo familiar con el victimario con tratamiento
12.4 En el grupo familiar sin el victimario

CUESTIONARIO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS DE HISTORIAS CLÍNICAS

FECHA DE INICIO:

1. INGRESA DERIVADO POR

- 1.1 Juzgado
1.2 Escuela
1.3 Otras Instituciones
1.4 Presentación espontánea

2. TIPO DE MALTRATO

- 2.1 Abuso físico
2.2 Abuso físico y sexual
2.3 Abuso físico y explotación laboral

DATOS DE LA VICTIMA

3. EDAD

- 3.1 0 a 11 meses
3.2 1 año
3.3 2 a 5 años
3.4 6 a 11 años
3.5 12 a 15 años
3.6 16 a 21 años

4. SEXO

- 4.1 femenino
4.2 masculino

5. NACIONALIDAD

- 5.1 Argentina
5.2 Boliviana
5.3 Paraguaya
5.4 Uruguaya
5.5 Chilena
5.6 Brasileña
5.7 Peruana
5.8 Otros países latinoam
5.9 Otros países no latinoam

6. ESCOLARIDAD

- 6.1 JI en curso
6.2 Prim. en curso
6.3 PI
6.4 PC
6.5 Sec. en curso
6.6 SI
6.7 SC
6.8 No asiste

7. LUGAR DE RESIDENCIA

- 7.1 Almirante Brown
7.2 Avellaneda
7.3 E. Echeverría
7.4 Ezeiza
7.5 Lanús
7.6 Lomas de Zamora

8. TIPO DE GRUPO FAMILIAR CONVIVIENTE

- 8.1 sin dato
8.2 familia nuclear
8.3 familia ampliada

9. CANTIDAD DE MIEMBROS DEL GRUPO FAMILIAR CONVIVIENTE:

10. VIVIENDA

10.1 Posesión

- 10.1.a sin datos 10.1.c alquilada 10.1.e ocupante de hecho
10.1.b propia 10.1.d préstamo o sesión 10.1.f sin vivienda

11. TIPO DE PARENTESCO O VINCULO RESPECTO AL VICTIMARIO

- 11.1 hijo/a 11.3 hermano/a 11.5 sobrino/a
11.2 hijastro/a 11.4 nieto/a

12. TIPO DE TRATAMIENTO PSICOLOGICO

- 12.1 Individual 12.3 Familiar
12.2 Grupal

13. INTERNACION POR LESIONES

- 13.1 sí 13.2 no

14. OTROS MENORES VICTIMAS DEL GRUPO FAMILIAR

- 14.1 sin dato 14.3 no
14.2 sí.

15. FINALIZACION DEL TRATAMIENTO

- 15.1 sí 15.2 no
15.1.a alta
15.1.b abandono
15.1.c derivación

ENTREVISTA A LOS TRABAJADORES SOCIALES.

Áreas de información

1. Conceptualización del tema que tiene el entrevistado : definición, tipos, características y origen del problema.
2. Características de las familias en las cuales aparece el problema.
3. Víctimas varones y víctimas mujeres : porcentaje de casos por sexo.
4. El problema a nivel macrosocial : indagar acerca del problema inserto en el contexto global y en el contexto de la institución en la cual se desempeña.
5. La intervención profesional : indagar acerca de los niveles de intervención y las modalidades de intervención. Focalizar en la estructura básica de procedimiento que se utiliza y poder identificar si se trabaja solo la función investigación diagnóstica o si además se trabaja la intervención propiamente dicha. Rastrear el detalle del circuito de " las derivaciones " y el control de las mismas.
6. Resolución del caso o finalización de la intervención : indagar cuál de estas posibilidades se da más y por qué.
7. Preguntar acerca del rol profesional trabajando en esta temática. Que los entrevistados describan y si pueden conceptualicen esta cuestión.

ENTREVISTA A INFORMANTES CLAVES.

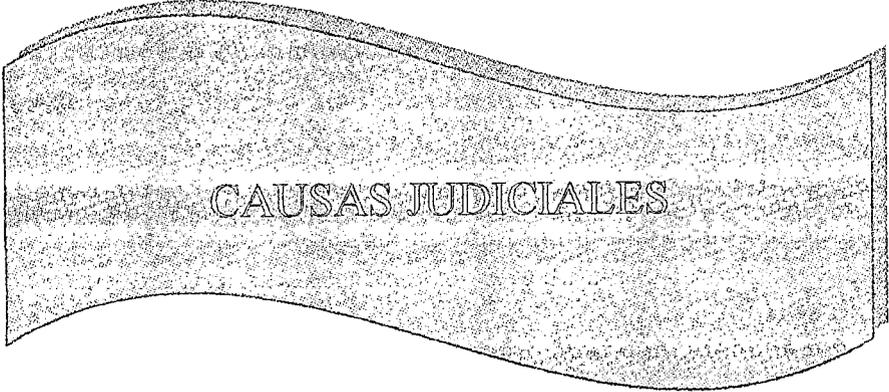
(Para los representantes institucionales)

Áreas de información.

1. Conceptualización del tema " maltrato infantil en el ámbito de la familia " que tiene el entrevistado.
2. Situación del problema a nivel macrosocial (cómo ve el entrevistado el problema inserto en el contexto global y particularmente en el contexto institucional en el cual desarrolla el accionar profesional) .
3. Particularidades de la institución en la cual trabaja. (existencia de un programa especial en relación al tema y/o de un equipo especializado ; de no ser así, indagar forma de distribución de los casos de maltrato infantil en el ámbito familiar entre los profesionales) .
4. Caracterización de las familias en las cuales aparece este problema.
5. Víctimas varones y víctimas mujeres. (reflexión del entrevistado acerca de la variable género)
6. Resolución de los casos o finalización de la intervención. (preguntar al entrevistado cuál de estas dos situaciones se da más y por qué .
7. Opinión personal (libre y amplia) del entrevistado en relación al tema.

ANEXO

TABLAS DE DATOS



CAUSAS JUDICIALES

TABLAS DE LOS DATOS OBTENIDOS : CAUSAS JUDICIALES.

TIPO DE MALTRATO

TIPO DE MALTRATO	CANTIDAD	PORCENTAJE
Abuso Físico	65	78 %
Abuso físico y sexual	14	17 %
Abuso físico y explotación laboral	3	4 %
Sin dato	1	1 %

SEXO DE LAS VICTIMAS

SEXO	CANTIDAD	PORCENTAJE
Femenino	53	64 %
Masculino	30	36 %

TIPO DE GRUPO FAMILIAR CONVIVIENTE

FLIA.CONVIVIENTE	CANTIDAD	PORCENTAJE
Familia nuclear	54	65 %
Familia ampliada	28	34 %
Sin dato	1	1 %

CANTIDAD DE MIEMBROS DEL GRUPO FAMILIAR CONVIVIENTE

NUMERO DE PERSONAS	CANTIDAD	PORCENTAJE
Una persona	3	4 %
Dos personas	8	10 %
Tres personas	10	12 %
Cuatro personas	16	19 %
Cinco personas	11	13 %
Seis personas	15	18 %
Siete personas	8	10 %
Ocho personas	3	4 %
Diez personas	1	1 %
Once personas	1	1 %
Doce personas	2	2 %
Sin dato	5	6 %

TIPO DE PARENTESCO O VINCULO RESPECTO DEL VICTIMARIO

PARENTESCO	CANTIDAD	PORCENTAJE
Hijos/as	56	67 %
Hijastros/as	19	24 %
Hermanos/as	4	5 %
Nietos/as	1	1 %
Sobrinos/as	2	2 %
Sin dato	1	1 %

EXISTENCIA DE OTROS MENORES VÍCTIMAS EN EL GRUPO FAMILIAR

OTROS MENORES	CANTIDAD	PORCENTAJE
Hay otros menores víctimas	26	31 %
No hay otros menores víctimas	18	22 %
Sin dato	39	47 %

DATOS DE LA VIVIENDA

POSESIÓN	CANTIDAD	PORCENTAJE
Vivienda propia	36	43 %
Vivienda prestada o cedida	8	10 %
Ocupante de hecho	8	10 %
Vivienda alquilada	7	9 %
Sin dato	24	28 %

TIPO DE CONSTRUCCIÓN	CANTIDAD	PORCENTAJE
Vivienda de material	42	50 %
Vivienda mixta	13	16 %
Vivienda prefabricada	11	13 %
Sin dato	17	21 %

TIPO DE BAÑO	CANTIDAD	PORCENTAJE
Instalado	48	58 %
Sin instalar	15	18 %
Sin dato	20	24 %

SERVICIO DE LUZ	CANTIDAD	PORCENTAJE
Luz eléctrica	59	71 %
Sin conexión a red	2	3 %
Sin dato	22	26 %

PROVISION DE AGUA	CANTIDAD	PORCENTAJE
Agua corriente	27	32 %
Motobomba	16	19 %
Tracción bomba manual	10	12 %
Otros métodos no especificados	8	10 %
Sin dato	22	27 %

SERVICIO DE GAS	CANTIDAD	PORCENTAJE
Gas envasado	48	58 %
Gas natural	13	16 %
Sin dato	22	26 %

TIPO DE DESAGUE DE AGUA	CANTIDAD	PORCENTAJE
Pozo negro	47	57 %
Desagüe cloacal	10	12 %
Sin dato	26	31 %

DERIVACIÓN A TRATAMIENTO DE LAS VICTIMAS Y SU FAMILIA

Una opción

TIPO DE TRATAMIENTO	CANTIDAD	PORCENTAJE
Psicológico individual (víctima)	8	10 %
Psicológico familiar	8	10 %
Médico	5	6 %
Complementario en institución de internación	3	4 %
Otros no especificados	2	2 %
No fue derivado a tratamiento	16	20 %
Sin dato	29	35 %

Dos opciones

TIPO DE TRATAMIENTO	CANTIDAD	PORCENTAJE
Psicológico individual (víctima) y psicológico familiar	3	4 %
Médico y psicológico individual (víctima)	2	2 %
Médico y complementario en institución de internación	1	1 %
Psicológico familiar y complementario en institución de internación	1	1 %
Médico y psicológico familiar	1	1 %
Psicológico familiar y otro no identificado	1	1%
Médico y otro no identificado	1	1 %

Tres opciones

TIPO DE TRATAMIENTO	CANTIDAD	PORCENTAJE
Médico, psicológico individual (víctima), psicológico familiar	1	1 %
Psicológico individual (víctima), psicológico familiar y complementario en institución de internación	1	1 %

RELACION DE VARIABLES

TIPO DE MALTRATO EN RELACIÓN A EDAD Y SEXO

Abuso físico (sobre 65 casos)

SEXO	0 a 11 meses	1 año	2 a 5 años	6 a 11 años	12 a 15 años	16 a 21 años
FEMENINO	2	1	4	13	9	8
MASCULINO	1	2	8	11	5	1

Abuso físico y sexual (sobre 14 casos)

SEXO	0 a 11 meses	1 año	2 a 5 años	6 a 11 años	12 a 15 años	16 a 21 años
FEMENINO	0	0	2	3	6	1
MASCULINO	1	0	1	0	0	0

Abuso físico y explotación laboral (sobre 3 casos)

SEXO	0 a 11 meses	1 año	2 a 5 años	6 a 11 años	12 a 15 años	16 a 21 años
FEMENINO	0	0	0	2	1	0
MASCULINO	0	0	0	0	0	0

TIPO DE MALTRATO EN RELACIÓN A MEDIDAS TOMADAS CON EL MENOR

TIPO DE MALTRATO	A	B	C	D	E	F
Abuso físico (65 casos)	10	8	25	3	16	3
Abuso físico y sexual (14 casos)	3	3	2	2	3	1
Abuso físico y explotación laboral (3 casos)	1	1	0	0	1	0

REFERENCIAS

A : internación

B : convivencia con otro familiar

C : grupo familiar con el victimario en tratamiento

D : grupo familiar sin el victimario

E : a disposición del Tribunal

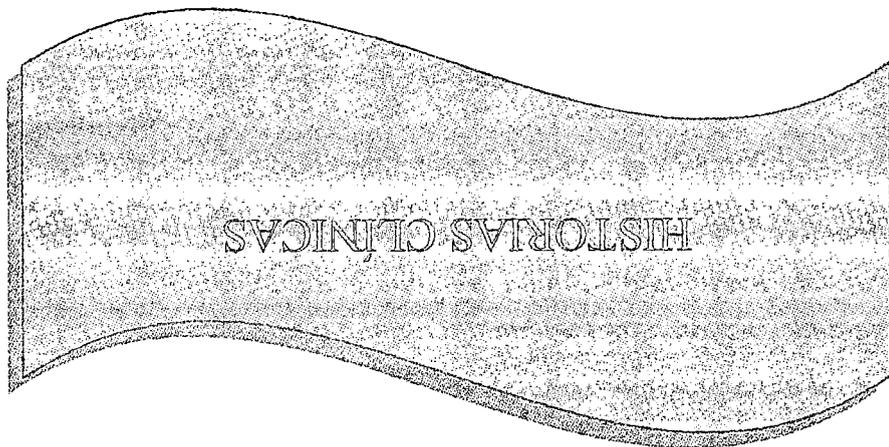
F : con victimario sin tratamiento

MEDIDAS TOMADAS CON EL MENOR EN RELACIÓN A DERIVACIONES A TRATAMIENTO

MEDIDAS TOMADAS CON EL MENOR	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	Ñ	O
Internación (15 casos)	1	2	1	1	1	2	3	1	0	0	0	2	0	0	0	1
Convivencia con otro familiar (12 casos)	1	1	1	0	1	4	3	0	0	0	1	0	0	0	0	0
Familia con victimario en tratamiento (25 casos)	1	1	4	1	0	3	11	0	3	1	0	0	0	0	0	0
Familia sin el victimario (6 casos)	0	2	0	0	0	0	2	0	0	1	0	0	0	0	1	0
A disposición del Tribunal (21 casos)	2	1	3	1	0	7	7	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Con victimario sin tratamiento (4 casos)	0	0	0	1	0	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0

REFERENCIAS

- A : tratamiento médico
- B : tratamiento psicológico individual
- C : tratamiento psicológico familiar
- D : tratamiento complementario en institución de internación
- E : otros no especificados
- F : no derivado a tratamiento
- G : no se obtienen datos
- H : tratamiento psicológico familiar y tratamiento complementario en
Institución de internación
- I : tratamiento psicológico individual (víctima) y tratamiento psicológico familiar
- J : tratamiento médico y tratamiento complementario en institución de internación
- K : tratamiento médico y tratamiento psicológico familiar
- L : tratamiento médico y psicológiso individual (víctima)
- M : tratamiento psicológico familiar y otro n o especificado
- N : tratamiento médico y otro no especificado
- Ñ : tratamiento médico, tratamiento psicológico individual (víctima)
y tratamiento psicológico familiar
- O : tratamiento psicológico individual, tratamiento psicológico familia y tratamiento
complementario



HISTORIAS CLINICAS

TABLAS DE LOS DATOS OBTENIDOS : HISTORIAS CLÍNICAS.

PACIENTE DERIVADO POR	CANTIDAD	PORCENTAJE
Juzgado	14	54,84 %
Escuela	6	23,08 %
Otras instituciones	3	11,54 %
Presentación espontánea	3	11,54 %

TIPO DE MALTRATO	CANTIDAD	PORCENTAJE
Abuso físico y sexual	14	53,85 %
Abuso físico	12	46,15 %
Abuso físico y explotación laboral	0	0 %

EDAD DE LA VICTIMA	CANTIDAD	PORCENTAJE
6 – 11 años	15	57,69 %
12 – 15 años	4	15,39 %
2 – 5 años	3	11,54 %
0 – 11 meses	2	7,69 %
16 – 21 años	1	3,84 %
1 año	1	3,85 %

SEXO DE LA VICTIMA	CANTIDAD	PORCENTAJE
Femenino	18	69,23 %
Masculino	6	23,08 %
Sin dato	2	7,69 %

TIPO DE GRUPO FAMILIAR CONVIVIENTE	CANTIDAD	PORCENTAJE
Familia Ampliada	16	61,54 %
Familia Nuclear	10	38,46 %

CANTIDAD DE MIEMBROS QUE COHABITAN	CANTIDAD	PORCENTAJE
Tres personas	2	7,69 %
Cuatro personas	8	30,76 %
Cinco personas	7	26,92 %
Seis personas	4	15,38 %
Siete personas	2	7,69 %
Ocho personas	1	3,84 %
Nueve personas	2	7,69 %

TIPO DE PARENTESCO O VÍNCULO RESPECTO AL VICTIMARIO

Una opción

TIPO DE PARENTESCO	CANTIDAD	PORCENTAJE
Hijo/a	14	53,84 %
Hijastro/a	5	19,23 %
Hermano/a	0	0 %
Nieto/a	2	7,69 %
Sobrino/a	3	11,54 %

Dos opciones

TIPO DE PARENTESCO	CANTIDAD	PORCENTAJE
Hermano/a e hijo/a	1	3,85 %
Nieto/a e hijastro/a	1	3,85 %

OTROS MENORES VICTIMAS DEL GRUPO FAMILIAR	CANTIDAD	PORCENTAJE
No	14	53,85 %
Si	12	46,15 %

VIVIENDA	CANTIDAD	PORCENTAJE
Sin dato	9	34,62 %
Propia	7	26,92 %
Préstamo o sesión	5	19,23 %
Alquilada	3	11,54 %
Ocupante de hecho	2	7,69%

TRATAMIENTO PSICOLÓGICO	CANTIDAD	PORCENTAJE
Individual	12	46,15 %
Grupal	1	3,85 %
Familiar	5	19,23 %
Individual y familiar	8	30,77 %

INTERNACIÓN LESIONES	POR	CANTIDAD	PORCENTAJE
No		21	80,77 %
Si		5	19,23 %

FINALIZACIÓN DEL TRATAMIENTO	CANTIDAD	PORCENTAJE
Si	20	76,92%
No	6	23,08 %

RAZONES DE FINALIZACIÓN DEL TRATAMIENTO	CANTIDAD	PORCENTAJE
Fueron abandonados	12	60 %
Alta (egreso)	6	30 %
Fueron derivados	2	10 %

OTROS MENORES VÍCTIMAS EN LA FAMILIA SEGÚN CANTIDAD DE MIEMBROS.

	3 - 4	5 - 6	7 - 8	9	TOTAL
Otras víctimas	(7) 70 %	(4) 36,36 %	(1) 33,33 %	0	(12) 46 %
Sin otras víctimas	(3) 30 %	(7) 63,63 %	(2) 66,66 %	(2) 100 %	(14) 54 %
TOTAL	(10) 100 %	(11) 100 %	(3) 100 %	(2) 100 %	(26) 100 %

TIPO DE MALTRATO EN RELACIÓN A EDAD Y SEXO.

Abuso Físico (sobre 12 casos)

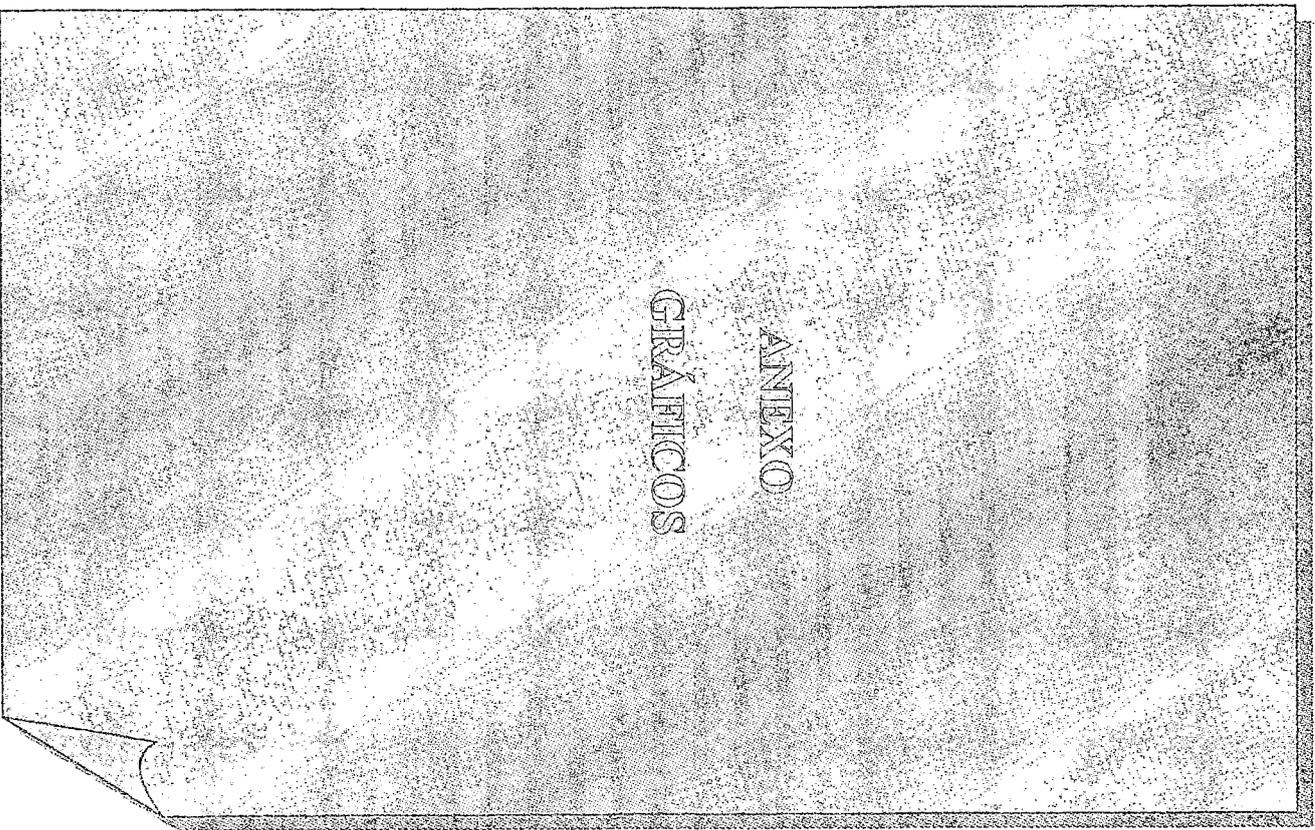
	0 a 11 meses	1 año	2 a 5 años	6 a 11 años	12 a 15 años	16 a 21 años
FEMENINO	2	1	1	1	2	0
MASCULIN O	0	0	0	4	0	0
SIN DATO	0	0	0	1	0	0

Abuso físico y sexual (sobre 14 casos)

	0 a 11 meses	1 año	2 a 5 años	6 a 11 años	12 a 15 años	16 a 21 años
FEMENINO	0	0	1	7	2	1
MASCULIN O	0	0	0	2	0	0
SIN DATO	0	0	1	0	0	0

TIPO DE PARENTESCO CON EL VICTIMARIO EN RELACIÓN AL TIPO DE GRUPO FAMILIAR CONVIVIENTE.

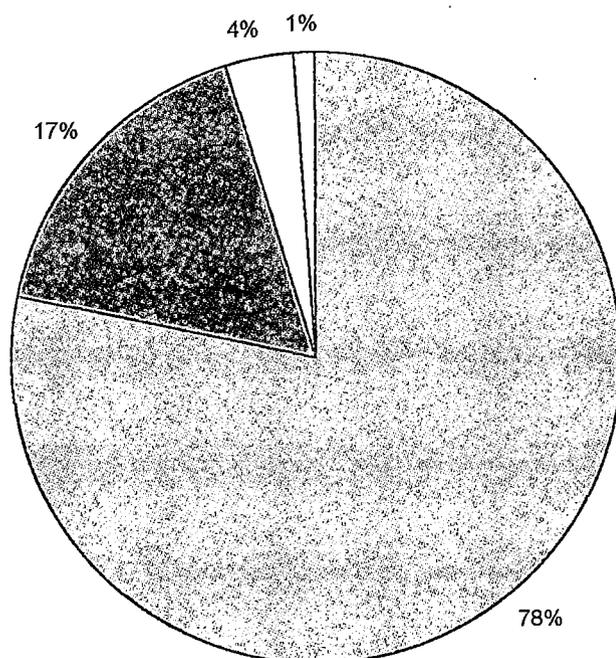
	FAMILIA NUCLEAR	FAMILIA AMPLIADA
HIJO/A	8	6
HIJASTRO/A	1	4
HERMANO/A	0	0
NIETO/A	0	2
SOBRINO/A	0	3
NIETO/A E HIJASTRO/A	0	1
HERMANO/A E HIJO/A	1	0



ANEXO

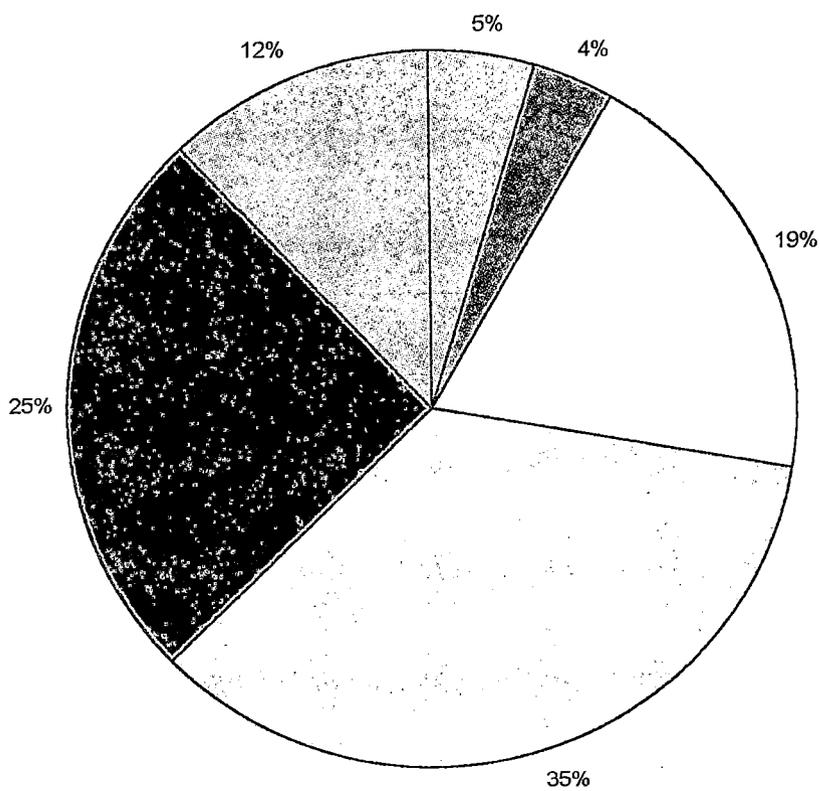
GRAFICOS

TIPO DE MALTRATO (sobre 83 casos)



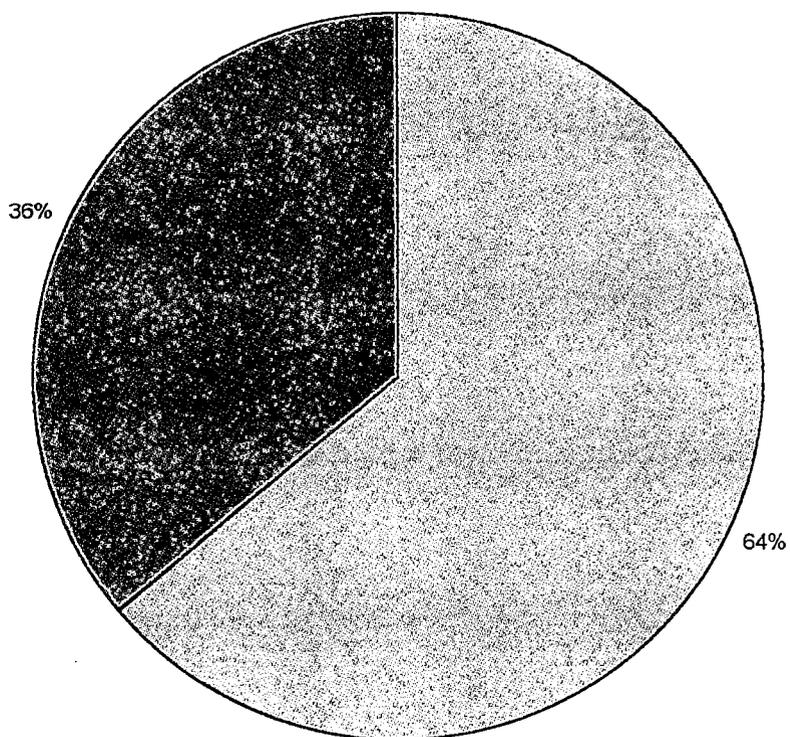
- 65 casos refieren abuso físico (78%)
- 14 casos refieren abuso físico y sexual (17%)
- 3 casos refieren abuso físico y explotación laboral (4%)
- 1 caso no tiene dato (1%)

EDAD DE LAS VÍCTIMAS



■	12 a 15 años:	21 casos (35%)
□	6 a 11 años:	20 casos (25%)
□	2 a 5 años:	16 casos (19%)
▒	16 a 21 años:	10 casos (12%)
▒	0 a 11 meses:	4 casos (5%)
▒	1 año:	3 casos (4%)

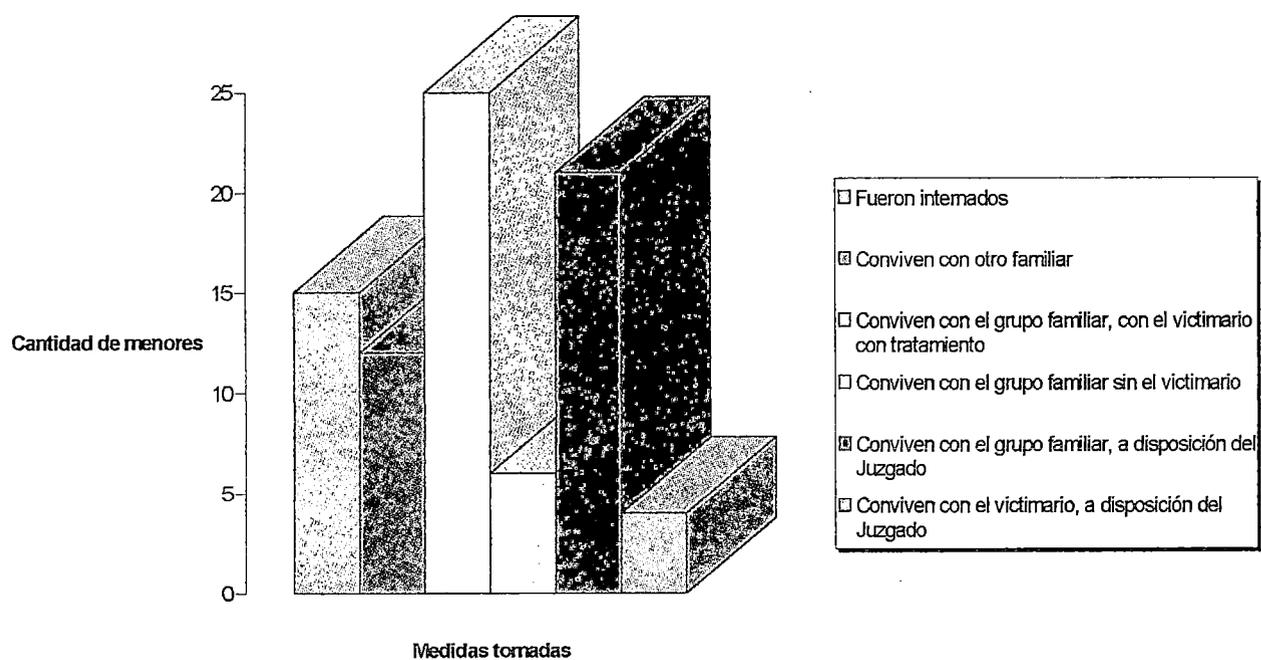
SEXO DE LAS VÍCTIMAS



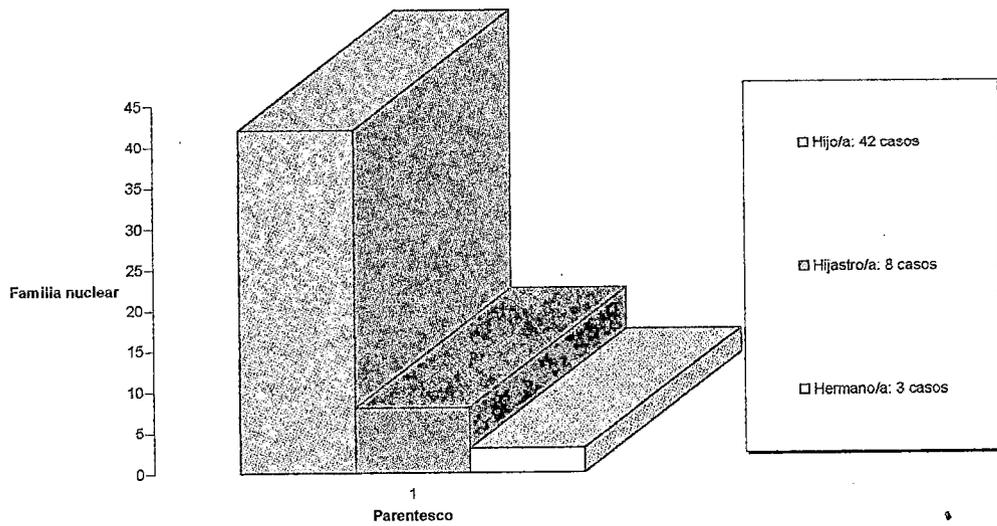
■ Sexo Femenino: 53 casos (64%)

■ Sexo Masculino: 30 casos (36%)

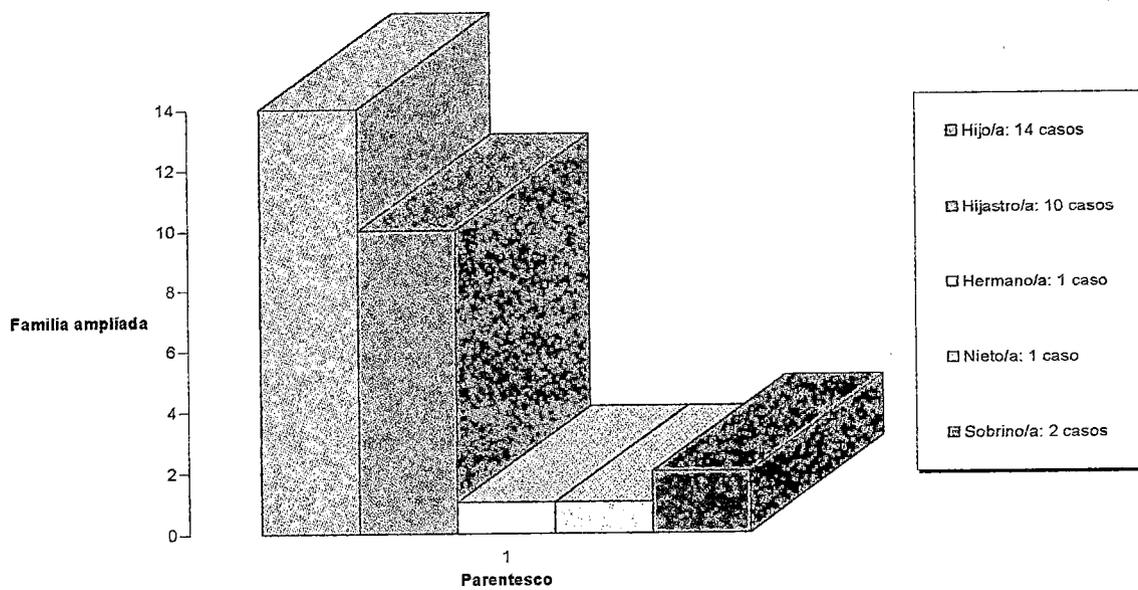
MEDIDAS TOMADAS CON EL MENOR



FAMILIA NUCLEAR: 53 CASOS

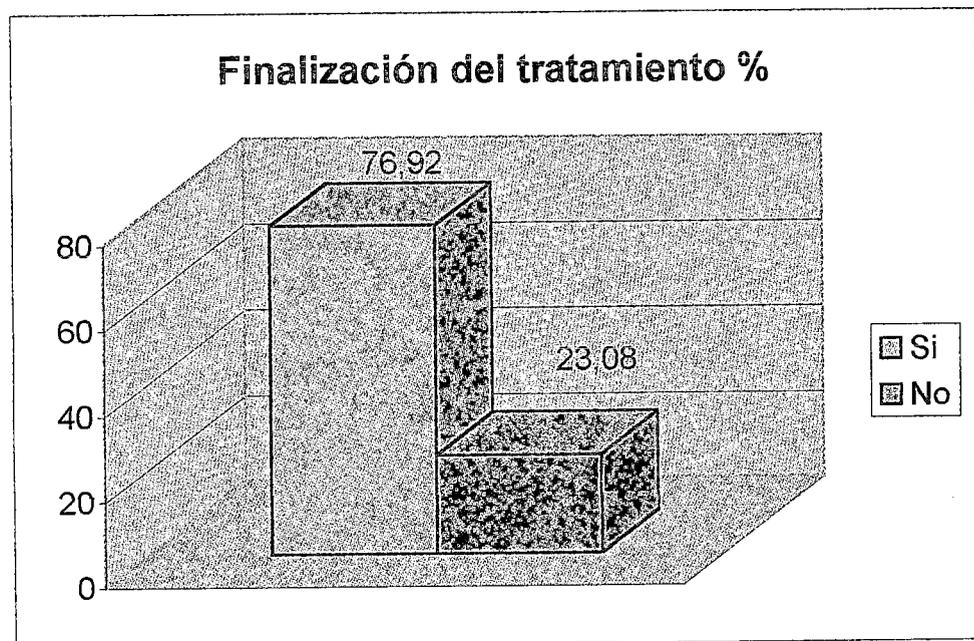


FAMILIA AMPLIADA: 28 CASOS



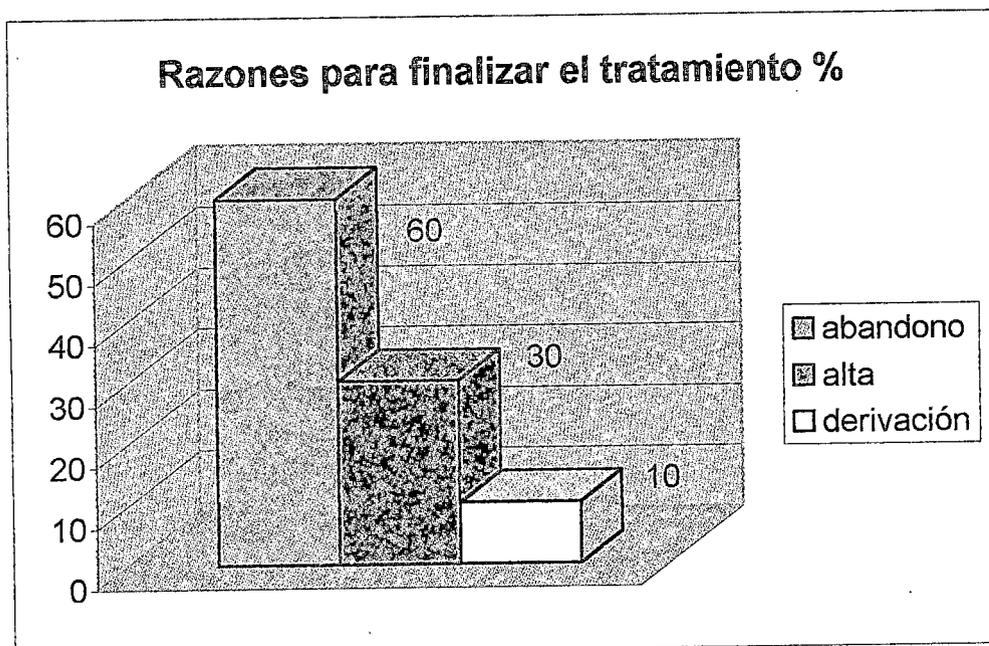
Finalización del tratamiento %

Si	76,92
No	23,08



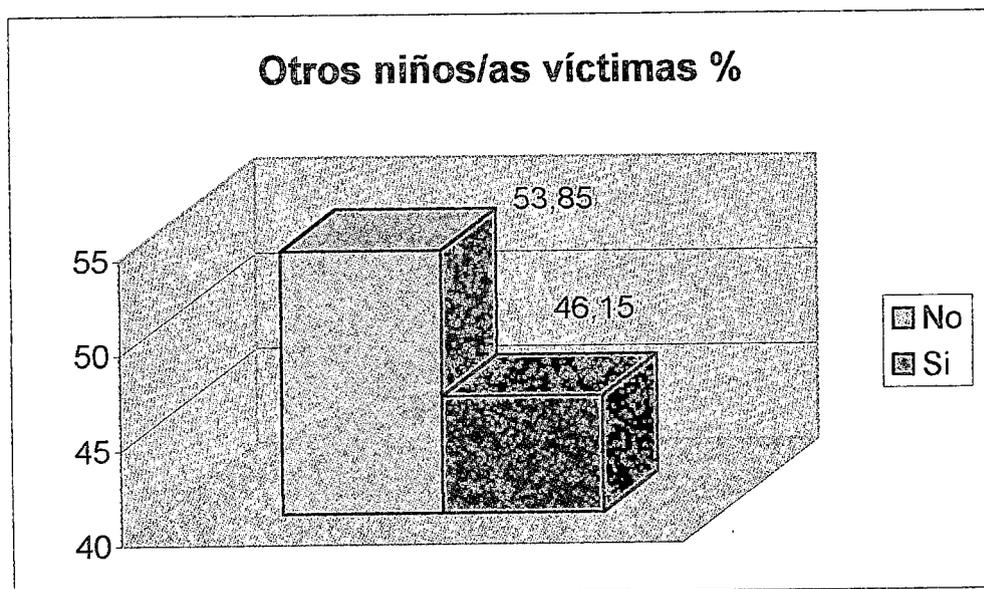
Razones de finalización del tratamiento %

abandono	60
alta	30
derivación	10



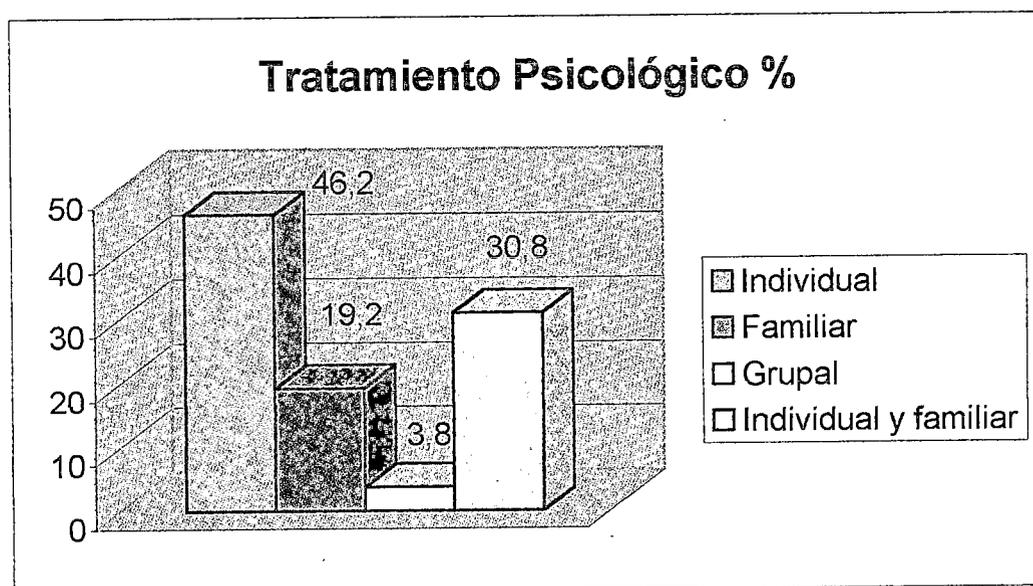
Otros niños/as víctimas en el grupo familiar %.

No	53,85
Si	46,15



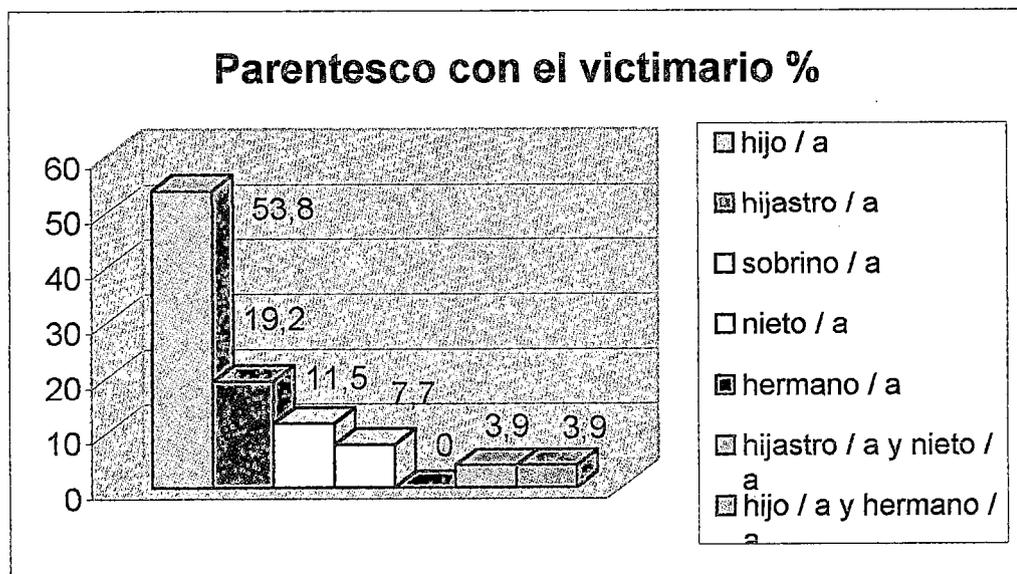
Tratamiento Psicológico %

Individual	46,2
Familiar	19,2
Grupal	3,8
Individual y familiar	30,8



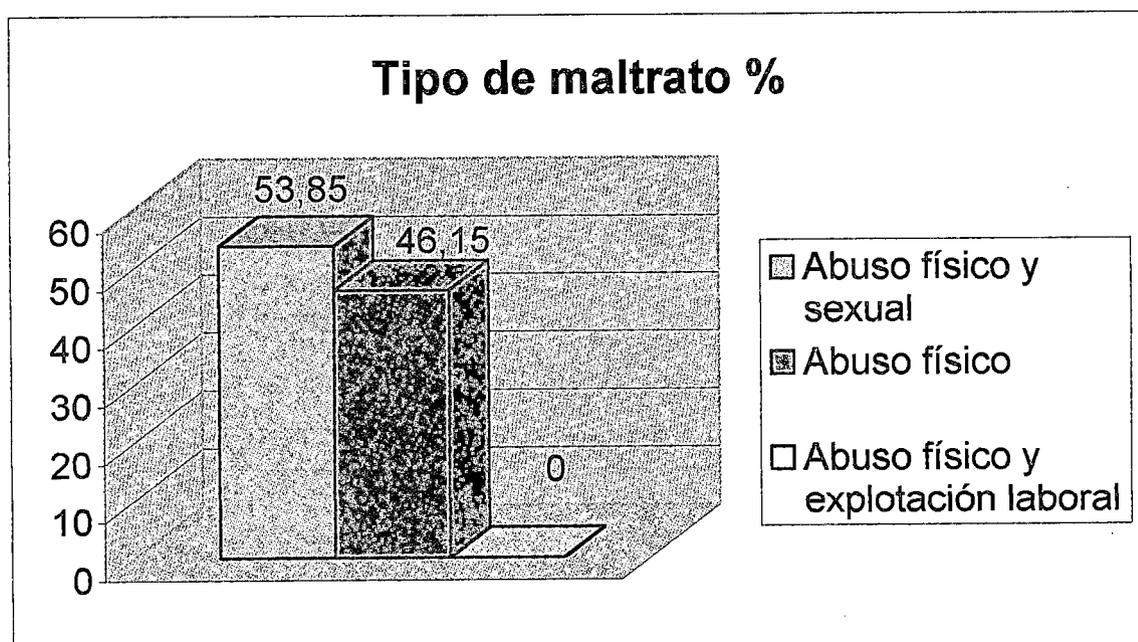
Parentesco con el victimario %

hijo / a	53,8
hijastro / a	19,2
sobrino / a	11,5
nieto / a	7,7
hermano / a	0
hijastro / a y nieto / a	3,9
hijo / a y hermano / a	3,9



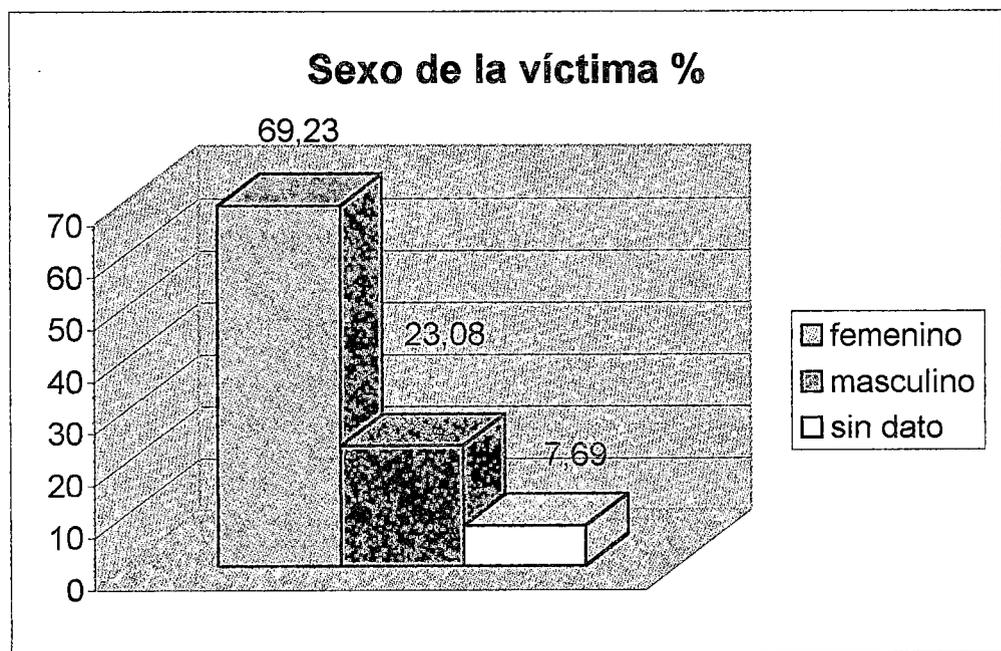
Tipo de maltrato %

Abuso físico y sexual	53,85
Abuso físico	46,15
Abuso físico y explotación laboral	0



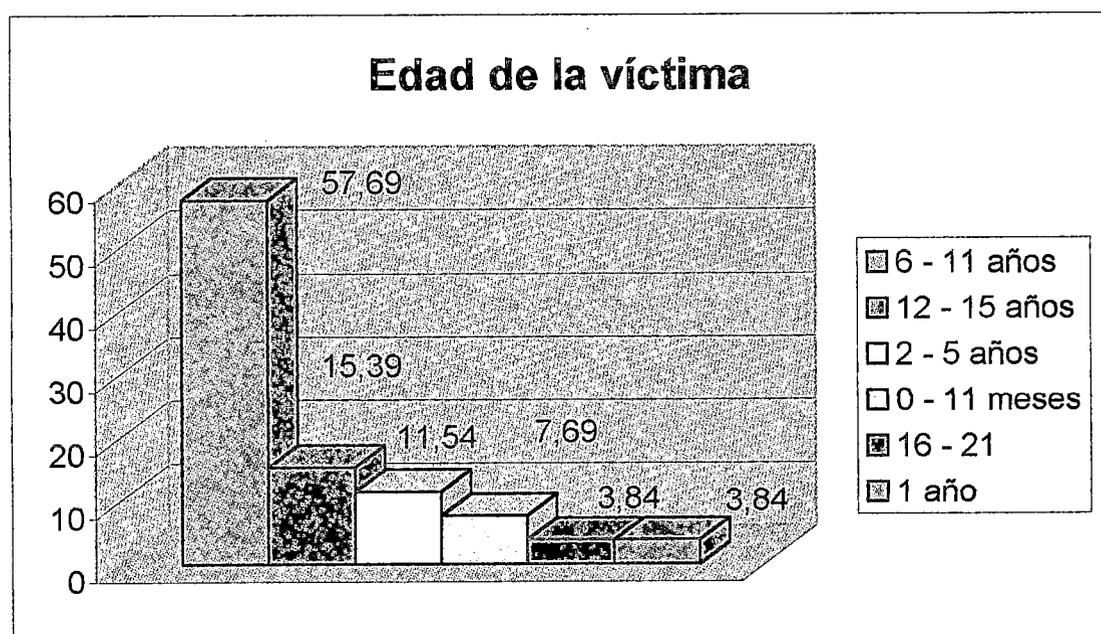
Sexo de la víctima %

femenino	69,23
masculino	23,08
sin dato	7,69



Edad de la víctima %

6 - 11 años	57,69
12 - 15 años	15,39
2 - 5 años	11,54
0 - 11 meses	7,69
16 - 21	3,84
1 año	3,84



TIPO DE MALTRATO EN RELACIÓN A MEDIDAS TOMADAS

(sobre 65 casos de abuso físico)

MEDIDA TOMADA	CANTIDAD	PORCENTAJE
Grupo familiar con victimario en tratamiento	25	38,46 %
A disposición del tribunal	16	24,61 %
Internación	10	15,38 %
Convivencia con otro familiar	8	12,30 %
Grupo familiar sin el victimario	3	4,61 %
Con victimario sin tratamiento	3	4,61 %

Medidas Tomadas (víctimas de abuso físico)

