

Dovalo, Lucila Laura

Maltrato infantil como factor promotor para el desarrollo de psicopatología en población infanto juvenil: aspectos neurobiológicos, psicopatológicos y medicolegales

Carrera de Especialización en Psiquiatría Infanto Juvenil

Trabajo final 2022

Cita sugerida: Dovalo LL. Maltrato infantil como factor promotor para el desarrollo de psicopatología en población infanto juvenil: aspectos neurobiológicos, psicopatológicos y medicolegales. [trabajo final de especialización] [internet]. [Buenos Aires]: Instituto Universitario Hospital Italiano de Buenos Aires; 2022 [citado AAAA MM DD]. 41 p. Disponible en: <https://trovare.hospitalitaliano.org.ar/descargas/tesisyr/20230605152842/trabajo-final-dovalo-lucila.pdf>

Este documento integra la colección Tesis y trabajos finales de Trovare Repositorio del Institucional del Instituto Universitario Hospital Italiano de Buenos Aires y del Hospital Italiano de Buenos Aires. Su utilización debe ser acompañada por la cita bibliográfica con reconocimiento de la fuente. Para más información visite el sitio <http://trovare.hospitalitaliano.org.ar/>





Instituto Universitario
Hospital Italiano



HOSPITAL ITALIANO
de Buenos Aires

Instituto Universitario del Hospital Italiano de Buenos Aires
Carrera de Especialización en Psiquiatría Infantojuvenil
Trabajo Final Integrador

Maltrato infantil como factor promotor para el desarrollo de psicopatología en población infanto juvenil. Aspectos neurobiológicos, psicopatológicos y medicolegales.

Nombre y Apellido: Lucila Laura Dovalo.

Número de Documento: 33.798.308

Fecha de Entrega: 1 de Septiembre 2022.

Tutor: Dr. Roberto Pallia.

TABLA DE CONTENIDOS

RESUMEN	3
INTRODUCCIÓN	4
OBJETIVOS	5
MATERIAL Y MÉTODO	5
ALCANCES Y LIMITACIONES	5
CAPÍTULO I: ASPECTOS HISTÓRICOS Y DEFINICIONES	6
CAPÍTULO II: IMPACTO NEUROBIOLÓGICO y PSICOPATOLÓGICO DEL MALTRATO INFANTIL.	12
FISIOPATOLOGÍA DEL ESTRÉS	12
MODIFICACIONES EN LA NEUROANATOMÍA	13
CONSECUENCIAS PSICOPATOLÓGICAS	16
EL VALOR DE LAS VARIABLES PSICOLÓGICAS Y AMBIENTALES INDIVIDUALES EN LAS EXPERIENCIAS ADVERSAS TEMPRANAS	19
CAPÍTULO III: ASPECTOS MEDICOLEGALES y SITUACIÓN EN ARGENTINA.	22
SISTEMA DE PROMOCIÓN Y PROTECCIÓN INTEGRAL DE NNYA.	23
RECORRIDO HISTÓRICO DEL ABORDAJE JURÍDICO DE NNYA	23
SISTEMA DE PROMOCION Y PROTECCION INTEGRAL DE NNYA (LEY 26061/05)	26
SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA A NIVEL MUNDIAL, EN AMÉRICA LATINA Y ARGENTINA.	31
ANEXO	37
BIBLIOGRAFÍA	38

RESUMEN

Durante los primeros años del desarrollo, las niñas y niños tienen mayor riesgo de ser víctimas de violencia en el interior de su hogar o por parte de su entorno familiar. Esto se debe a su alta dependencia, la fragilidad propia de la edad y las limitadas interacciones sociales que suelen tener por fuera del ámbito del hogar y la familia.

Como objetivo del presente trabajo se pretende describir los aspectos históricos, neurobiológicos, psicopatológicos, aspectos jurídico-legales y estadísticas vinculadas con dicha problemática a nivel mundial y nacional. Para ello se realizó una revisión bibliográfica utilizando distintas bases de datos como Google Scholar, Pubmed, Lilacs e informes regionales de Unicef, entre otras.

A partir de ello se definió violencia intrafamiliar como toda acción u omisión cometida por algún miembro de la familia en relación de poder, sin importar el espacio físico donde ocurra, que perjudique el bienestar, la integridad física, psicológica o la libertad y el derecho al pleno desarrollo de algún otro miembro de la familia. El maltrato infantil puede ser expresado en forma de violencia física, psicológica, por acción u omisión, o sexual con factores de riesgo descritos para el padecimiento de la misma. Las consecuencias pueden ser en la niñez o edad adulta, siendo estas neurobiológicas y psicopatológicas.

El abordaje jurídico a lo largo de la historia ha permitido construir lo que actualmente se conoce como Sistema de Promoción y Protección de derechos de NNyA (Ley 26061). Si bien esto se encuentra establecido en el marco legal, muchas veces como profesionales nos vemos enfrentados a los dilemas éticos que surgen en relación a un sistema de salud precarizado, un incorrecto funcionamiento de los organismos de protección de menores y los vacíos legales que se generan ante la toma de decisiones en la puja entre los órganos administrativos y judiciales. Teniendo en cuenta el carácter prevenible de la violencia contra los NNyA, resulta importante poder conocer los aspectos previamente enumerados para así poder desarrollar programas de prevención y acompañamiento en el trabajo con niños, adolescentes y sus familias.

Se espera que a partir de este trabajo puedan surgir nuevas líneas de investigación en el ámbito local para mejorar la calidad de atención y prevención del impacto en la salud mental pediátrica.

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo surge de la experiencia clínica durante los años de formación en las áreas de pediatría y psiquiatría infantojuvenil en lo respectivo a la vinculación entre la violencia intrafamiliar y el desarrollo de psicopatología del niño y adolescente.

Durante los primeros años del desarrollo, las niñas y niños tienen mayor riesgo de ser víctimas de violencia en el interior de su hogar o por parte de su entorno familiar. Esto se debe a su alta dependencia, la fragilidad propia de la edad y las limitadas interacciones sociales que suelen tener por fuera del ámbito del hogar y la familia.

La violencia intrafamiliar como forma de maltrato infantil se ha visualizado de forma creciente a través de los años con especial impacto en las últimas décadas y en especial en los últimos años donde se ha visto un incremento de esta forma de maltrato producto del impacto socioeconómico y psicológico posterior a la pandemia por COVID19. Durante el periodo de Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio, particularmente extenso en nuestro país, se pudo evidenciar mayor prevalencia en este tipo de violencia producto de la imposibilidad de este grupo etario de poder asistir a los centros educativos y de salud que ofician como lugares de prevención y cuidado.

El retorno a las actividades presenciales significó recuperar los espacios de protección que durante este periodo no estuvieron habilitados y que, en una gran proporción, no mantuvieron contacto directo con las niñas y niños. En algunos casos, retomar ese contacto significó encontrarse con niñas y niños que atravesaron o están sufriendo situaciones de violencia al interior del hogar.

A lo largo de los años se ha visto una fuerte asociación entre esta forma de maltrato y el desarrollo posterior de determinados síndromes psiquiátricos en niños y adolescentes así como también en su desarrollo posterior en la edad adulta.

Es menester por lo tanto, que los servicios de atención de la salud cuenten con adecuadas competencias para poder identificar y dispongan de herramientas para poder oficiar como parte del sistema de Protección Integral de Derechos de Niños, niñas y adolescentes.

OBJETIVOS

Como objetivo del presente trabajo se pretende describir los aspectos históricos, neurobiológicos y psicopatológicos vinculados con el padecimiento de niños, niñas y adolescentes de situaciones de maltrato en el seno familiar. Así como poder revisar los protocolos de acción en el territorio nacional, aspectos jurídico-legales y estadísticas vinculadas con dicha problemática a nivel mundial y nacional.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó una revisión bibliográfica utilizando distintas bases de datos como Google Scholar, Pubmed, Lilacs, Biblioteca del Congreso de la Nación Argentina e informes regionales de Unicef.

Se utilizaron como palabras clave: “maltrato infantil”, “violencia intrafamiliar”, “child abuse psychopathology” “Domestic violence” sin límite de fecha. Se incluyeron artículos originales y revisiones sistemáticas.

ALCANCES Y LIMITACIONES

Teniendo en cuenta que se trata de un trabajo descriptivo se plantea como alcance realizar una revisión de la bibliografía para así poder concientizar al profesional de salud acerca del impacto del maltrato infantil en el psiquismo de la población infantojuvenil. Se espera que a partir de este trabajo puedan surgir nuevas líneas de investigación en el ámbito del Hospital Italiano para mejorar la calidad de atención y prevención del impacto en la salud mental pediátrica.

CAPÍTULO I: ASPECTOS HISTÓRICOS Y DEFINICIONES

Si bien se conocen distintas formas de maltrato infantil desde hace varios siglos, la conceptualización del mismo como tal es relativamente reciente. A partir de la segunda mitad del siglo XX, esta problemática comienza a ser objeto de interés por parte de los profesionales de la salud, paralelamente comienzan a crearse asociaciones de protección para los niños afectados y sus familias y se promulgan las primeras leyes que sancionan el maltrato a los menores que se describirán en el capítulo correspondiente.

Dicho interés de forma relativamente reciente responde a los cambios en patrones de crianza y socioculturales que intentan desplazar a la visión de “castigo/maltrato” como modelo de crianza.

Históricamente son múltiples los sucesos que dan cuenta de la existencia de maltrato infantil, entre ellos podemos destacar:

- En 1868 Ambroise Tardieu, médico forense francés, presentó un informe en la cátedra de medicina legal de París, sobre autopsias de niños que habían sido quemados o golpeados y comprobaba que habían muerto a causa del maltrato físico recibido. En el informe además de los resultados de las autopsias, incluía la descripción del ambiente familiar.

- En 1874 se difunde el caso de una niña norteamericana que conmovió a la opinión pública. Mary Ellen tenía 9 años y era víctima de maltrato por parte de sus cuidadores. Una vecina y trabajadora social tomó conocimiento de que esta niña recibía graves castigos físicos y presentaba un grado severo de desnutrición producto del abandono al que era sometida. Los abogados, policías y entidades de protección no tomaban la denuncia de la mujer por carecer de leyes que sancionan el maltrato proferido por los propios padres. La asistente social presentó el caso ante la Sociedad Protectora de Animales argumentando que la niña pertenecía al reino animal y como tal merecía el mismo trato adecuado. Apeló a la ley contra la crueldad hacia los animales, ganó el juicio en 1874 y el padre fue condenado por la justicia de Nueva York. A raíz de la repercusión de este caso, en 1875 se fundó en esa ciudad la Society for the Prevention of Cruelty of Children, y en 1884 la Sociedad Nacional para la Prevención de la Crueldad al Niño.

- En el S. XX, el descubrimiento de los rayos X y su implementación habitual en la práctica médica, permitió el registro de un fenómeno llamado “Trauma desconocido” que consta de fracturas cuyo origen resulta confuso a partir de la explicación que dan los padres. El registro radiológico permite observar sucesivas fracturas “dudosas” en la historia clínica de un mismo niño.

- En 1923 se redactó en Ginebra la Declaración de los Derechos del Niño, aprobada en 1959 en la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas. En 1989 se adopta la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño, donde se hace jurídicamente responsable de sus acciones hacia los niños a los estados que la ratifiquen. La Argentina ratificó la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño en 1990.

- En 1961 Henry Kempe, en el ámbito de la reunión anual de la Academia Americana de Pediatría, organizó el primer simposio interdisciplinario sobre el síndrome del niño apaleado o golpeado. En 1962 publicó “El síndrome del niño golpeado” (“battered child syndrome”) en The Journal of the American Medical Association. Allí presentaba una serie de casos con un enfoque pediátrico, psicológico, radiológico y legal, además incluía las primeras cifras de incidencia del fenómeno en Estados Unidos. Con el artículo de Kempe se inscribe el Síndrome del Niño Golpeado en la literatura médica y se inician las medidas legislativas que obligan a los profesionales de la salud a denunciar cualquier sospecha de maltrato a menores.

A partir de los trabajos de Kempe, se multiplicaron las publicaciones científicas que abordaban la temática y comenzaron a definirse otras formas de maltrato como el abandono o negligencia y el abuso sexual. Posteriormente se crearon diversas asociaciones a nivel mundial de protección a los niños víctimas de malos tratos.

Los hechos de violencia hacia los niños revisten un carácter de invisibilidad dado que por lo general ocurren puertas adentro del ámbito familiar. Los casos que se conocen son los que trascienden la intimidad del hogar, y constituyen sólo la punta del iceberg de un fenómeno mucho más amplio.

Se define violencia como una forma de ejercicio del poder mediante el empleo de la fuerza (física, psicológica, económica, política, sexual, etc.) e implica la existencia

de jerarquías (reales o simbólicas). Es una acción nociva, que supone una asimetría de poder de quien ejerce la violencia hacia quien no puede defenderse.

Producto de la existencia de estas múltiples expresiones, en la actualidad, se considera el término “Las Violencias” entendiéndose como acciones, omisiones, relaciones y discursos que buscan dominar y someter a los niños, niñas y adolescentes aprovechándose de la situación desigual y vulnerable en la que se encuentran con respecto a un adulto. (*Violencia familiar y sexual en la primera infancia*, n.d.). El hogar funciona así como medio facilitador para el ejercicio de violencia por parte de cuidadores.

Segun la organizacion Panamericana de la Salud (OPS) la violencia intrafamiliar consta de toda acción u omisión cometida por algún miembro de la familia en relación de poder, sin importar el espacio físico donde ocurra, que perjudique el bienestar, la integridad física, psicológica o la libertad y el derecho al pleno desarrollo de algún otro miembro de la familia.

Segun UNICEF, la violencia intrafamiliar puede clasificarse según hacia que persona es dirigida, considerando la violencia de pareja (cuando afecta a algún miembro de la unión marital), violencia contra personas de la tercera edad o maltrato infantil (víctimas de maltrato o abandono son niños o niñas, y adolescentes hasta 18 años).

En la presente revisión bibliográfica se focalizará el estudio a esta última.

Existen distintos tipos de violencia en el interior del seno familiar que a menudo se dan de forma combinada y no resultan excluyentes. Se procederá a describirlas:

- ***Violencia física:*** se trata del uso deliberado de la fuerza física contra una niña o niño de modo que muy probablemente ocasione un daño o una lesión corporal. Las lesiones pueden ser leves, moderadas o severas; pueden ir desde marcas en la piel (por sujetar de forma violenta) a lesiones graves como fracturas o golpes en la cabeza, que pueden desencadenar la muerte.

Gran parte de estas lesiones suelen asociarse con prácticas de crianza que continúan siendo socialmente aceptadas y no son percibidas como formas de violencia per se.

- ***Violencia emocional o psicológica:*** es una forma de violencia que se expresa con palabras o conductas que provocan sentimientos de descalificación o humillación. También, con situaciones donde la niña o el niño no reciben o no cuentan con un ambiente emocional adecuado para desarrollarse. Estas

acciones u omisiones deben darse de forma persistente para ser consideradas formas de maltrato (Arruabarrena, 2011). Esta forma de violencia suele ser silente y no evidenciarse de forma tal como la violencia física. En ocasiones suele estar asociada con hogares víctimas de violencia de género en donde el niño padece de manera indirecta de malos tratos y comentarios peyorativos hacia un otro adulto así como situaciones abusivas desde lo sexual.

- **Violencia sexual:** consiste en involucrar a niñas y niños en actividades sexuales de cualquier índole. Utilizándose el término “Abuso” cuando existe coerción o asimetría en la relación de poder. Siempre se considera un sometimiento independientemente de la comprensión o no de lo que esté sucediendo o de la existencia o no de rechazo por parte del infante/adolescente.
- **Negligencia:** Tanto la OMS como la OPS la definen como la privación de las necesidades básicas que garantizan al niño un desarrollo bio-psico afectivo normal cuando existe la posibilidad de brindar alimentación, educación, salud o cuidado. Los indicadores de negligencia utilizados en múltiples publicaciones constituyen: pacientes que al examen presentaban síntomas de desnutrición, falta de higiene, cuidados y provisión de afecto por parte de padres, madres o adultos a cargo. La gravedad de la negligencia se cataloga en: leve, moderada y grave. Se denomina “Leve” cuando la sufre el menor y no le causa problema físico o emocional alguno que altere su vida social. “Moderada” cuando no hay daño físico, pero puede ser la causa directa de rechazo en la escuela, con sus pares del barrio, equipo deportivo, etc; y “grave” cuando la víctima puede sufrir lesiones físicas diversas, como el retardo en el desarrollo intelectual. Por lo tanto, el menor requiere atención y tratamiento específicos (Rodríguez González & Loredó Abdalá, 2019). En general la negligencia suele darse de forma combinada con los otros tipos de maltrato descritos en los párrafos previos. Suele ser la forma de maltrato más silente, registrándose muy pocas derivaciones a los servicios de violencia intrafamiliar por esta causa y suele tener mayor impacto en niños pequeños en donde se suele perpetuar producto de las mayores dificultades en la detección de la misma (Seldes et al., 2008).

Según la OMS, múltiples son los factores de riesgo asociados con estos tipos de violencia en niños, niñas y adolescentes. Estos pueden clasificarse en inherentes al niño, las relaciones cercanas, a nivel comunitario y en la sociedad (*Violencia contra los niños*, n.d.)

A nivel individual:

- aspectos biológicos y personales como el sexo y la edad;
- bajo nivel de instrucción;
- renta baja;
- discapacidad o problemas de salud mental;
- ser lesbiana, gay, bisexual o transgénero;
- consumo nocivo de drogas y bebidas alcohólicas;
- historial de exposición a la violencia.

En las relaciones cercanas:

- falta de apego emocional entre los niños y sus padres o cuidadores;
- prácticas deficientes de crianza de los hijos;
- disfunción y separación familiar;
- frecuentación de compañeros delincuentes;
- muestras de violencia entre padres o cuidadores;
- matrimonio precoz o forzado.

A nivel comunitario:

- pobreza;
- alta densidad demográfica;
- baja cohesión social y transitoriedad de la estancia en el lugar;
- acceso fácil a bebidas alcohólicas y a las armas de fuego;
- alta concentración de bandas juveniles y tráfico de drogas ilícitas.

En la sociedad:

- normas sociales y de género que crean un clima que normaliza la violencia;
- políticas sanitarias, económicas, educativas y sociales que mantienen las inequidades económicas, sociales y de género;

- ausencia o insuficiencia de protección social;
- situaciones posteriores a conflictos o catástrofes naturales;
- escasa gobernanza o ausencia de fuerzas de orden público.

De lo investigado se concluye que representan factores de riesgo de mayor relevancia el género femenino y la presencia discapacidad mental como condición. (*Informe sobre la situación mundial de la prevención de la violencia contra los niños 2020: resumen de orientación, 2020*).

CAPÍTULO II: IMPACTO NEUROBIOLÓGICO y PSICOPATOLÓGICO DEL MALTRATO INFANTIL.

A fin de poder comprender los aspectos neurobiológicos vinculados al maltrato infantil es menester mencionar, en primer lugar, la fisiopatología del estrés y el impacto de este en los distintos sectores de la neuroanatomía. Múltiples investigaciones han avalado la existencia de consecuencias adversas en el neurodesarrollo conllevando deficiencias cognitivas y condicionando la maduración cerebral.

FISIOPATOLOGÍA DEL ESTRÉS

Según la Real Academia Española, el estrés se define como una “tensión provocada por situaciones agobiantes y que origina reacciones psicósomáticas”. El estrés se relaciona con la sobrecarga por factores externos, internos (traumatismos, toxinas, infecciones, hemorragia, enfermedades metabólicas, etc) o psicológicos (ansiedad, miedo, depresión, etc) que modifican el equilibrio homeostático en el cual se desenvuelve nuestro organismo (Nicola & Federico, 2015).

Según Hans Selye, fisiólogo y médico austrohúngaro, quien dedicó su carrera al estudio del estrés y las distintas respuestas adaptativas del ser humano, la sumatoria de todas las reacciones no específicas que siguen a la exposición crónica a distintos estresores lleva al denominado “Síndrome General de Adaptación”. Este síndrome se caracteriza por cambios morfológicos y funcionales, siendo los más destacables la hipertrofia de la corteza suprarrenal, la involución del timo y otros órganos linfáticos, las úlceras gastrointestinales, los cambios metabólicos por ejemplo de la glucemia y las variaciones en la resistencia del organismo en respuesta a los distintos estresores. La hipótesis de Selye sostenía que la exposición continua al estrés se desarrolla en tres etapas: primero la reacción de alarma, segundo el estado de resistencia y finalmente el estado de agotamiento. (Nicola & Federico, 2015)

En la actualidad, se ha propuesto el término “alostasis” para explicar el mantenimiento de la estabilidad del organismo mediante la adaptación a los cambios impuestos por los estresores. Participan de dicha respuesta el sistema neuroendocrino, el sistema nervioso simpático y el sistema inmune. Los tres

mediadores por excelencia son los glucocorticoides de la corteza suprarrenal, la adrenalina de la médula suprarrenal y las citoquinas (factores proinflamatorios) producidos por las células del sistema inmune. Estos mediadores poseen receptores en tejidos que los reconocen y fijan fuertemente. Los mediadores conducen a una adaptación momentánea, pero pueden causar daño si no se apagan a tiempo por resultar innecesarios. En este último caso, se habla de “carga alostática” que implica el desarrollo de un proceso patológico debido a la sobreactivación o manejo ineficiente de los tres tipos de mediadores que juegan cada uno su papel en la respuesta alostática. En cambio, cuando el sistema reacciona favorablemente, minimizándose el daño al organismo, se habla de “resiliencia” o sea escape a los estresores. Si falla la resiliencia, entonces nos encontramos ante la presencia de vulnerabilidad (McEwen, 2012).

Teniendo en cuenta lo antedicho, juega un rol preponderante en esta respuesta el eje hipotálamo-hipófiso-suprarrenal dado que ante situaciones estresantes el hipotálamo reacciona segregando el factor de liberación de corticotropina, el cual llega a la glándula hipofisaria, estimulando la secreción de la la hormona corticotropa. Ésta llega a las glándulas suprarrenales, donde finalmente ocurre la liberación de glucocorticoides. El estrés crónico se traduce en un exceso de dichos glucocorticoides, incidiendo sobre un factor de vulnerabilidad común a todas las regiones que se ven afectadas por el maltrato infantil: su alta densidad de receptores para dichos corticoides. Adicionalmente, tal cronificación del estrés deviene en una adaptación alostática a largo plazo de dicho proceso, originando la hiperexcitabilidad de las neuronas del hipotálamo y la funcionalidad del eje HHA ante futuras situaciones estresantes. Esta mayor sensibilidad al estrés aumenta la probabilidad de desarrollar patologías relacionadas con los trastornos de ánimo, ansiedad o depresión, así como mayor percepción de estrés en estímulos poco estresantes e incluso neutros (Amores-Villalba & Mateos, 2017).

MODIFICACIONES EN LA NEUROANATOMÍA

Dado que dichas modificaciones neuroanatómicas impactan directamente y sientan las bases para los déficit cognitivos resulta de importancia poder conocerlas.

En niños y jóvenes víctimas de violencia se han observado fallos en los procesos de neurogénesis, mielinización, sinaptogénesis y poda neuronal, así como los posteriores daños en el hipocampo, amígdala, cerebelo, cuerpo caloso, hipotálamo y corteza cerebral (Amores-Villalba & Mateos, 2017). En concreto, los malos tratos tempranos originan inhibición de la neurogénesis, una pérdida acelerada de neuronas (disminución no deseada de la materia gris), retrasos en el proceso de mielinización (menor sustancia blanca, conectividad e hipofuncionalidad neuronal) y alteraciones del proceso natural de poda neuronal (posible causa de muerte de neuronas aptas o mantenimiento de neuronas que debieran ser podadas). (Spiteri & Galea, 2011).

Gracias a distintos estudios por neuroimagen realizados en personas víctimas de maltrato durante su infancia-adolescencia, se han observado alteraciones neurobiológicas en hipocampo, amígdala, cerebelo, cuerpo caloso, corteza prefrontal e hipotálamo y en el funcionamiento del sistema de liberación de neurotransmisores de tipo catecolaminas así como el eje de activación hipotalámico-hipofisario-adrenal. Se ha comprobado que dichas estructuras presentan características en común que los vuelve especialmente vulnerables a los factores ambientales adversos como ser su alta tasa de sinaptogénesis, su desarrollo en el periodo postnatal y la presencia de una alta densidad de receptores para glucocorticoides.

En relación al hipocampo, se han observado cambios estructurales vinculados con el estrés temprano que involucran un freno en la sinaptogénesis en las zonas CA1 y CA3 reduciendo el volumen del mismo (Mesa-Gresa & Moya-Albiol, 2011). En lo vinculado con la amígdala, se observa una hiperreactividad de la misma con alteración en sus proyecciones mediante la reducción de la densidad de receptores para benzodiazepinas y el aumento de receptores para GABA-A por el alto nivel de estrés. A su vez, este último ocasiona aumento de los niveles de dopamina y disminución de serotonina en el núcleo central amigdalino y núcleo accumbens lo que genera una hiperactivación del lóbulo temporal. Es de destacar que tanto la amígdala como el tálamo, la corteza prefrontal y el giro temporal superior constituyen un sistema neuronal que se ocupa del desarrollo de las capacidades de comportamiento social (fracasos en el procesamiento de la información social, el

desarrollo de la confianza en los demás y la propia sensación de control en interacción con los otros) (Mesa-Gresa & Moya-Albiol, 2011).

En relación al cerebelo, el mismo se ve vinculado con el funcionamiento de los procesos cognitivos superiores con lo que pacientes con lesiones en dicha región anatómica presentarían alteraciones generales en las funciones ejecutivas como ser la planificación, flexibilidad cognitiva, memoria operativa, atención e inhibición de los impulsos, errores perseverativos; en la fluidez verbal (producción y recuperación de palabras), en el razonamiento abstracto y en la organización visoespacial, así como dificultades en la expresión y el desarrollo afectivo, disminución de la capacidad de seguimiento de señales gestuales, posturales y verbales que resultan de vital importancia para la comunicación e interacción social. (Amores-Villalba & Mateos, 2017). Los daños en el cerebelo parecen ser mayores a menor edad se produce el maltrato y mayor es la duración del mismo.

En relación al cuerpo calloso, es sabido que el mismo permite la lateralización de las funciones cerebrales y contribuye a la maduración cortical. El proceso de mielinización posnatal es determinante para el desarrollo de su funcionalidad con lo que constituye una estructura especialmente vulnerable al estrés producto del maltrato. (Bénézit et al., 2015). Se ha visto reducción del volumen del mismo en personas víctimas de maltrato. Además se ha observado mediante estudios por imágenes diferencias en el tipo de lesiones en dicha estructura según el género de la y el tipo de maltrato. A este respecto, el cuerpo calloso de los varones parece ser más vulnerable a los efectos del maltrato por abandono y del emocional o psicológico, mientras que en las mujeres parecen ser más devastadores los efectos del abuso sexual y del maltrato físico (Mesa-Gresa & Moya-Albiol, 2011).

Con respecto a la corteza prefrontal, cuya mielinización ocurre en mayor medida durante la adolescencia, se ha descrito menor desarrollo de la misma en niños maltratados. El estrés en fases tempranas del desarrollo potencia la maduración precoz de esta región antes de que pueda desarrollar capacidades que permitan el avance madurativo e intelectual. A esto se adicionan los daños en las fibras del cuerpo calloso, como co-causantes del menor desarrollo de la corteza prefrontal y, por otro lado, la hiperactivación frontal causada por la hiperreactividad límbica. Al

tratarse de una región de asociación pilar para el desarrollo de las capacidades cognitivas superiores (funciones ejecutivas, optimización del rendimiento cognitivo, comportamiento social, control de impulsos, razonamiento lógico, manejo de emociones), se ha visto prevalencia de conductas impulsivas, alteración en funciones ejecutivas y dificultad en el manejo de las emociones en estos pacientes. (García-Molina et al., 2009)

CONSECUENCIAS PSICOPATOLÓGICAS

Teniendo en cuenta lo enunciado previamente, en función de las distintas modificaciones que se suceden en la neuroanatomía de personas maltratadas, resulta útil poder correlacionar dichas variables con el impacto en la psicopatología. Es así como cada modificación conlleva a la mayor probabilidad de distintos perfiles neuropsicológicos que se verán a su vez influidos por las características propias del individuo en función de su capacidad de adaptación al estrés y el medio ambiente que lo rodea.

El perfil neuropsicológico de niños maltratados se caracteriza por problemas de atención, memoria, lenguaje, desarrollo intelectual, fracaso escolar y elevada prevalencia de trastornos internalizantes y externalizantes. Con frecuencia se ha observado la presencia de un estado cognitivo de hipervigilancia, percepción de amenazas procedentes del entorno, excesiva identificación de emociones de miedo e intenciones agresivas en los otros, problemas de conducta, agresividad, dificultades para el aprendizaje, menor adaptación escolar y desarrollo intelectual, mayor comorbilidad psiquiátrica, patologías del estado anímico y peor ajuste social en la vida adulta.

Análisis del perfil neuropsicológico:

-Memoria y atención: La alteración de estas funciones en niños víctimas de maltrato se encuentra directamente relacionada con el desarrollo de estrés postraumático y fallas en las funciones ejecutivas. En un estudio realizado en Chile en 2015 acerca de la atención y memoria que constó de un grupo control de 15 niños (8 a 10 años) y un grupo experimental de 15 niños víctimas de abuso sexual con diagnóstico de

Trastorno de Estrés Posttraumático (8 a 10 años) se observó mayor alteración en la memoria y atención en niños víctimas de abuso vs el grupo control con resultados estadísticamente significativos, en especial en los procesos de atención selectiva y alternante así como en la memoria inmediata y lógica. La atención se evaluó con dos subpruebas del WISC-R y el Test de Percepción de Diferencias; la memoria se evaluó por medio de dos subpruebas del Diagnóstico Neuropsicológico Infantil de Luria. (*Website*, n.d.)

-Lenguaje: En relación al lenguaje, se ha visto que el tipo de alteración guarda relación con el tipo de maltrato empleado. Las mayores carencias lingüísticas se encuentran en casos de abandono (donde la interacción cuidador-menor es inexistente), seguido de la negligencia emocional (comunicaciones escasas) y maltrato emocional y físico (donde la comunicación es disfuncional, basada en gritos, amenazas, insultos y hostilidad) (*Moreno Manso, 2005*).

-Regulación emocional: Ante la respuesta agresiva de los cuidadores o la no respuesta en casos de negligencia a las emociones del niño, se ha visto que el mismo desarrolla un estilo cognitivo de afrontamiento desadaptativo al estrés. Este se caracteriza por una respuesta emocional exacerbada ante mínimos daños potenciales con estados emocionales disfóricos, respuestas pasivas y remoción de causas y consecuencias de los eventos negativos. Es así como esta dificultad en la regulación de emociones se traduce en la aparición de trastornos internalizantes y externalizantes. En el artículo “Childhood Maltreatment Exposure and Disruptions in Emotion Regulation: A Transdiagnostic Pathway to Adolescent Internalizing and Externalizing Psychopathology” (*Heleniak et al., 2016*) se realizaron dos estudios que permiten avalar lo anteriormente mencionado. El estudio 1 incluyó una muestra de 167 adolescentes con exposición al abuso físico, sexual o emocional mientras que el estudio 2 incluyó una muestra de 439 adolescentes en un estudio de cohorte basado en la comunidad seguido prospectivamente durante 5 años. En ambas muestras, el maltrato infantil se asoció con niveles más altos de psicopatología internalizante, reactividad emocional elevada y una mayor tendencia a la rumiación y respuestas impulsivas a la angustia. En el Estudio 2, la reactividad emocional y las respuestas desadaptativas a la angustia mediaron la asociación entre el maltrato infantil y la psicopatología tanto internalizante como externalizante.

-Comportamiento social: Las habilidades para interactuar socialmente surgen de la interacción entre la inteligencia emocional y la posibilidad de regulación de las emociones. Entendemos por inteligencia emocional a la capacidad de percibir y comprender las emociones propias y de los que nos rodean. Dicha inteligencia se correlaciona con el denominado “cerebro social” constituido por la amígdala, el hipocampo y la región ventromedial de la corteza prefrontal. Los niños víctimas de maltrato pueden tener menos comportamientos cooperativos, menos preocupación o atención hacia otros. A su vez, las interacciones sociales presentan mayor reactividad emocional (suelen identificar agresividad, violencia en situaciones sociales que carecen de estas características y a su vez se muestran hipervigilantes con mayor percepción de la amenaza en el comportamiento de los otros). A su vez, estas dificultades en el comportamiento social permiten explicar el llamado “ciclo de violencia” como parte de la transmisión intergeneracional de la misma. Diversos estudios reportan una similar configuración del cerebro de las víctimas de maltrato con el de las personas violentas. (DeGregorio, 2013).

-Desarrollo Intelectual: En relación al desarrollo intelectual, se observa una influencia directa en lo vinculado con el tipo y el tiempo de maltrato. Se describió menor coeficiente intelectual en niños víctimas de violencia crónica, continua y emocional. A su vez, también se vio descrito el bajo desarrollo intelectual asociado al síndrome de “Shaking Baby” en donde los niños víctimas de violencia física por parte de cuidadores se ven sometidos a bruscas sacudidas que generan la escisión de fibras nerviosas, anoxia y traumatismos craneoencefálicos.

-Funciones ejecutivas: En el artículo “Neuropsychology of Child Maltreatment and Implications for School Psychologists” se describen las principales alteraciones ejecutivas en niños maltratados. Entre las principales se encuentran la baja flexibilidad cognitiva, impulsividad, escasa planificación de la conducta y razonamiento a la hora de tomar decisiones.(Davis et al., 2015). De estas alteraciones, se ahondará en las dificultades para el control de la impulsividad producto de que la misma se explica por la falta de regulación emocional y la presencia de trastornos externalizantes previamente mencionada. Resulta difícil para las personas víctimas de maltrato poder adecuar su reacción a la situación ambiental real producto de las alteraciones en la percepción del medio ambiente que los rodea.

A continuación y a modo de resumen, se exponen de manera esquemática, las distintas variables neuroanatómicas y su correspondiente correlato con la psicopatología (Rick & Douglas, 2007).

ÁREA DEL CEREBRO	EFECTO DEL ESTRÉS	PSICOPATOLOGÍA
Hipocampo	Sobreproducción y poda de sinapsis neuronales que conduce a un déficit en la densidad sináptica. Posible reducción del volumen.	Trastorno por estrés postraumático. Trastorno disociativo. Trastorno de personalidad y abuso de sustancias.
Amígdala	Tendencia a la agresión y disminución del volumen amigdalino.	Trastorno por estrés postraumático. Comportamiento agresivo. Depresión mayor. Desorden disociativo y anomalías en el EEG.
Cuerpo Caloso	Menor comunicación entre hemisferios, mayor activación del hemisferio derecho durante recuerdos perturbadores, reducción en el tamaño del cuerpo caloso.	TEPT, desorden disociativo. Trastorno límite de personalidad.
Cerebelo	Reducción del flujo sanguíneo. Lesiones que llevan a deterioro funcional, conductual y emocional.	Trastorno bipolar, depresión, abuso de sustancias. Comportamiento agresivo. Trastorno de atención e hiperactividad. Esquizofrenia.
Corteza cerebral	Desarrollo cortical alterado con subdesarrollo del hemisferio izquierdo. Asimetría del lóbulo frontal y volumen cerebral reducido.	Trastorno por estrés postraumático.

EL VALOR DE LAS VARIABLES PSICOLÓGICAS Y AMBIENTALES INDIVIDUALES EN LAS EXPERIENCIAS ADVERSAS TEMPRANAS

Algunas variables psicológicas (resiliencia afectiva, estilo atribucional, estadio del desarrollo cognitivo) y ambientales (figuras de apego no maltratantes o la temprana detección del maltrato) pueden ser factores de protección, compensadores de las experiencias adversas tempranas. Se ha descrito un rol fundamental en el

establecimiento de los distintos patrones de apego en niños maltratados que delimitaran las características de las futuras interacciones con un otro.

A partir de los aportes de Bowlby sobre la teoría del apego, sabemos que la calidad de las experiencias tempranas del niño con sus figuras de apego tiene consecuencias en el funcionamiento posterior a nivel social. Estudios realizados sobre la aplicación de la “Situación Extraña” (Crittenden & Ainsworth, 1989), mostraron que las familias maltratadoras tienden a establecer modelos de apego ansioso, y que los niños de 1 a 4 años tenían un patrón de apego ansioso-evitativo. También se encontraron otros patrones de apego que no encuadran en la clasificación inicial de Ainsworth (Apego seguro, Apego ansioso-evitativo y Apego ansioso-ambivalente). Uno de los apegos atípicos fue denominado “Apego evitativo-ambivalente”, en donde los niños se mostraban muy angustiados, con conductas estereotipadas como acurrucarse, rocking y orinarse en el momento de reencuentro con la madre. Los autores estimaron que la actitud rechazante o castigadora del adulto llevaba a la evitación del contacto por parte del niño, o a utilizar medios cautelosos para lograr la proximidad. Otro patrón de apego atípico encontrado en los niños maltratados, ha sido el “Apego desorganizado-desorientado”. En este caso se trataba de niños carentes de estrategias organizadas para manejar las separaciones estresantes con la madre y la posterior reunión con ella. Se encontraron también otros signos inusuales ante los cuidadores como interrupción de los movimientos y de las expresiones, por ejemplo quedarse paralizado ante el reencuentro, en vez de buscar la proximidad. El vínculo de los niños maltratados con sus cuidadores, en muchos casos se caracteriza por la inseguridad y la desorientación. Las expectativas negativas acerca del contacto con el otro lo llevan a la evitación, pero también lo mantiene en actitud de hipervigilancia como tratando de anticiparse a la respuesta violenta. Dicha hipervigilancia surge entonces como manera de controlar la posible agresión del otro. (A. F. Rodríguez et al., 2012).

Teniendo en cuenta los exponentes psicoanalíticos, resulta elemental para comprender la psicopatología del trauma vivenciado en situaciones de maltrato por la figura de apego, la teoría de Ronald Fairbairn (médico Escocés quien formó parte del grupo psicoanalítico anticartesiano, enunciando a partir de 1940 su propia teoría desde una perspectiva relacional). Fairbairn supone que el niño forma los objetos

internos como sustitutos de las relaciones insatisfactorias con los objetos externos reales. Lo primero que se introyecta es el objeto malo o insatisfactorio: “Estos objetos introyectados son compensatorios, no naturales, y poco determinados por la naturaleza buscadora de objetos de la libido. Mientras que la psicología es el estudio de la relación del individuo con sus objetos, la psicopatología es el estudio de la relación del “yo” con sus objetos internalizados” (Sutil, 2013, p. 75).

Fairbairn entiende como “objeto” a aquellos esquemas de acción en las relaciones interpersonales con todo su acompañamiento emocional, no los considera representaciones como otros autores psicoanalistas. Es así como Fairbairn afirma que la libido no busca la descarga sino el objeto. Desde la perspectiva relacional, el bebé no está gobernado por las pulsiones, sino que viene preparado para conectar con objetos y construir con ellos sistemas relacionales complejos para así obtener una adecuada regulación de las emociones. Para Fairbairn, el psiquismo se encuentra formado por los objetos introyectados. Es así como se introyecta el objeto malo porque el niño obtiene seguridad externa a costa de sacrificar la seguridad interna (desintegración del YO). La “defensa moral” es el mecanismo por el que el niño incorpora la maldad del objeto, evitando llegar a la conclusión de que los progenitores son “malos objetos”. El ser humano hace aquello a lo que está compelido por su naturaleza, es decir, busca amar y ser amado. En esa medida también busca ser reconocido. Es así como Fairbairn descubrió que los niños maltratados mantienen la lealtad a los padres que abusaban de ellos, dado que, mediante este mecanismo propuesto, el niño siente que el motivo del aparente rechazo de su cuidador en aceptar su amor es que su propio amor es malo y destructivo.

En circunstancias de privación, el niño no solo se siente él mismo vacío, sino que también interpreta la situación en el sentido de que ha “vaciado” a la madre, ya que la privación tiene el efecto no solo de intensificar su necesidad oral, sino también de impartir una cualidad agresiva. La ansiedad que experimenta ante la posibilidad de vaciar el pecho da así origen a la ansiedad de destruir su objeto libidinoso. En el estadio oral posterior aparece una diferenciación entre el amor oral (asociado con succionar) y el odio oral (asociado con morder), y el desarrollo de la ambivalencia es una consecuencia de esto. Entonces el niño, esencialmente ambivalente, interpreta la

situación en el sentido de que es su odio lo que ha destruido el afecto de su madre; lo que es más llevadero que sentir que es el amor el que destruye. El niño que ha vivido situaciones de privación está más falto de objetos buenos. Cuantos menos objetos buenos tenga el niño, más intensamente se va a agarrar a cualquier objeto, y su amor por los “objetos malos” persiste porque: tener objetos malos es mejor que no tener objetos. El niño no puede abandonar sus intentos de restablecer un vínculo afectivo con el cuidador que no lo quiere ni acepta. En sus intentos de amarlo desarrolla un mundo objetal interno en el que la relación con el cuidador queda preservada como objeto externo bueno gracias a la introyección de los aspectos malos de la experiencia con el objeto (Sutil, 2013).

CAPÍTULO III: ASPECTOS MEDICOLEGALES y SITUACIÓN EN ARGENTINA.

Hasta aquí hemos trazado un recorrido por los aspectos históricos, neurológicos y psicopatológicos potenciales que se ponen en juego al enfrentarnos con niños, niñas y adolescentes víctimas de maltrato infantil. Ahora bien: ¿Qué sucede cuando en la práctica diaria nos encontramos ante esta situación? ¿Cómo acompaña e interviene el sistema jurídico-legal ante los casos de maltrato en nuestro país y más específicamente en el gobierno de la ciudad de buenos aires?. Este capítulo permitirá trazar un recorrido en relación al sistema de promoción y protección integral de NNyA, al protocolo de acción para profesionales, finalizando con una breve reseña de la situación en Argentina según estadísticas recogidas de la OMS y Unicef a nivel local a miras de poder concientizar acerca de la problemática.

SISTEMA DE PROMOCIÓN Y PROTECCIÓN INTEGRAL DE NNYA.

RECORRIDO HISTÓRICO DEL ABORDAJE JURÍDICO DE NNYA

Para poder comprender el sistema de promoción y protección integral de niños, niñas y adolescentes con el que se cuenta en la actualidad en nuestro país resulta importante realizar cierto recorrido histórico acerca de la evolución del tratamiento jurídico de las infancias en Argentina y América Latina, influenciado por la legislatura que surge en países anglosajones, en especial EEUU, a raíz del cambio de concepción y la inclusión de derechos específicos para este sector de la población.

Hasta el siglo XII, a nivel mundial, la niñez era considerada una etapa sin importancia y bastante breve, hasta que el niño estuviera en condiciones de empezar a trabajar. El aprendizaje se suscitaba en el seno del hogar en relación a los oficios que demandara su clan familiar. La infancia como tal, recién saldrá a la luz, entre los siglos XVII y XVIII, comenzando a constituirse como un objeto de interés y de estudio. Con la creación de los estados modernos se desplaza al niño del ámbito privado al público, mediante la creación de la escuela como estructura organizativa intentando brindar un sistema de enseñanza sistematizada y uniforme que garantice su correcta formación. La escuela moderna marcó la distinción entre aquellas personas que se identificaban por el término niñez o infancia, en contraposición con

los niños infractores o en situación de calle, a los que se los denominaba “menores”, hallándose fuera del sistema educativo formal.

Este nuevo concepto de niñez, llevó a la necesidad de crear instituciones administrativas y judiciales específicas que amparen a este grupo etario ya que hasta entonces, por ejemplo, a los niños en conflicto con la ley se les aplicaba el mismo sistema que regía para los adultos. Es así como en 1889 surgió el primer tribunal de menores en EEUU (Illinois), como consecuencia de un movimiento social que exigía el distinto tratamiento y amparo para las infancias. Este tribunal funcionaba bajo las pautas del denominada “Positivismo Criminológico” que respondía al modelo industrial de la época y buscaba escindir la infancia abarcando a los niños que habían cometido un delito y también a aquellos que sin haberlo cometido, desde el punto de vista jurídico penal, eran pasibles de hacerlo.

Ahora bien, ¿cómo impactó este movimiento en la República Argentina?

En el siglo XIX con la fuerte oleada inmigratoria surge en Argentina una transformación económica, social y cultural que obligó a realizar modificaciones y relevamientos poblacionales y epidemiológicos. Gracias a esto, se empieza a observar que tanto el andamiaje jurídico como institucional resultaba insuficiente para suplir las demandas de una población en aumento exponencial.

En un primer momento, la responsabilidad del respaldo de los menores en situación de desprotección recayó sobre la Sociedad de Beneficencia, el Patronato de la Infancia y las Defensorías de Menores. Estas “sociedades” tenían a su cargo la estructura preventiva y organizativa estando los recursos provistos a través del Estado. En un segundo período, es el propio Estado el que asume la función tutelar y de protección de los menores al encontrarse más consolidado. Es así como nace una nueva perspectiva sobre la infancia apoyada por profesionales e intelectuales.

La fuerte oleada inmigratoria trajo consigo una escisión de la sociedad entre sectores de alto poder adquisitivo y sectores inmigrantes, de bajo poder adquisitivo. Esta división, que también involucró a los niños, generó levantamientos sociales con un alto nivel de violencia de los cuales también eran partícipes personas menores de edad.

Dichos levantamientos sociales motivaron al Dr. Luis Agote a sancionar la ley de Patronato (Ley 10903) en 1919 en donde se plasma el concepto del “Menor como objeto de tutela” adjudicando que el estado tiene el derecho de secuestrar a los

menores cuya conducta sea manifiestamente antisocial, peligrosa, antes de que cometan delitos. De esta manera se trataba de sustituir la patria potestad por la tutela del Estado. De esta manera, esta ley mezclaba aquellos menores con procesos judiciales y penales con los menores sin familia, considerándolos a todos potenciales criminales. No obstante, el primer tribunal de menores en Argentina no se creó con esta ley, sino que surgió en 1921. La Ley de Patronato de Menores con las premisas previamente explicadas funcionó durante los años subsiguientes, pero a medida que el tiempo transcurría tanto la sociología como la psicología demostraban que el castigo como corrección y el encierro como metodología no resolvían el problema del delito. (Massimino, n.d.-a, pp. 10–12)

En la década del 70 con el gobierno de facto se sucede un recorte en el campo de las políticas sociales básicas y del gasto público. Los más afectados fueron los sectores más vulnerables, provocando un crecimiento desmesurado del universo de los “menores”. En este contexto, el 25/08/80 se sanciona y promulga el decreto-ley n° 22.278. Esta ley instaura un régimen penal sobre la minoridad, separado lo penal de lo civil. Establece a partir de qué edad son punibles los jóvenes y continúa con el paradigma de intervención tutelar de menores. Los niños y jóvenes aparecían como objetos de protección, por lo tanto no eran reconocidos como sujetos de derecho sino como incapaces o faltos de juicio que requerían un abordaje especial y sin reconocimiento de su autonomía. La opinión de éstos era irrelevante.

A nivel mundial, en la década del ‘60 empieza a entrar en decadencia la concepción del menor como objeto de tutela, haciendo hincapié en la carencia de derechos que estos tenían ante la ley. En 1964 un caso en Arizona, EEUU, en donde se acusa a un adolescente de 15 años de realizar llamadas indecentes a una vecina y se lo detiene sin informarle sus derechos ni avisarle a sus padres, funciona como caso líder para el inicio de cambio de paradigma hacia la concepción de derechos del menor.

En América Latina, en un primer momento comenzaron a surgir grupos reivindicativos de los derechos de los niños, desde una óptica de corte popular en respuesta a los sucesivos gobiernos dictatoriales durante las décadas del 60 y 70. Luego, ante el advenimiento de los gobiernos democráticos en los años 80’, la presión internacional instaba a que se crearan leyes que tiendan a la promoción y protección de los derechos del niño, ya que el modelo tutelar del Patronato de Menores había quedado desfasado en relación a los avances internacionales en lo

referido a la niñez, comenzando varios debates en torno a la figura del menor. (Massimino, n.d.-b, pp. 16–17).

Es así como el 20 de noviembre de 1989 se crea la “Convención sobre los Derechos del Niño” en asamblea general de la Organización de las Naciones Unidas que se incorporó al derecho argentino el 27/09/90 a través de la sanción de la ley 23849. Pero fue con la reforma constitucional del año 1994 cuando pasa a formar parte de unos de los Tratados Internacionales de Derechos Humanos que gozan de jerarquía constitucional.

En la Convención Nacional de los derechos del niño de 1994 se define al niño como todo ser humano menor de 18 años con derecho al disfrute más alto posible de su salud. De esta manera se plantea un cambio de paradigma hacia el niño, niña y adolescente como “Sujeto de Derechos” cuyos principios rectores son: La Autonomía Progresiva, la participación directiva, la igualdad y la no discriminación. Sin embargo, no es hasta el 2005, con la sanción de la Ley 26061 de Protección Integral de NNyA en donde se declara el derecho a la atención integral de la salud, a recibir asistencia médica y acceder a igualdad de oportunidades a los servicios y acciones de prevención, promoción, protección, diagnóstico y tratamiento de todos los menores de edad. Queda finalmente planteado con esta ley el cambio de paradigma poniendo el eje en el niño como sujeto de derecho dando importancia fundamental a las familias e intentando desjudicializar las intervenciones.

La familia pasa a ser el eje de la vida del niño formando parte de su historia y de su identidad. En casos muy graves y agotando todos los extremos legales el menor puede ser separado de su entorno familiar. Se jerarquiza a su vez la función judicial, volviendo a tener su misión específica de dirimir conflictos de naturaleza jurídica, ya sean de derecho público (penal) o privado (familia). En su intervención estará limitado por garantías. (Massimino, n.d.-a, pp. 20–21).

La decisión que tome el órgano jurisdiccional que implique el alojamiento del niño en una institución pública, semipública o privada, y/u otro nombre que se le asigne a la medida, aunque sea provisional, deberá tener carácter excepcional.

SISTEMA DE PROMOCION Y PROTECCION INTEGRAL DE NNYA (LEY 26061/05)

Luego de trazar el recorrido histórico a través del cual se llega a la Ley de Protección Integral de la infancia en nuestro país, se procederá a brindar de forma sintética y comprensible las principales características de la misma, haciendo especial énfasis en las medidas ordinarias y extraordinarias que la ley plantean y la aplicación en el ámbito de la ciudad autónoma de Buenos Aires. Se considera de gran importancia que el profesional tenga conocimiento de la existencia de dichas medidas para así poder obrar con responsabilidad ante los posibles casos que se le planteen durante su ejercicio profesional.

La ley 26061 sancionada en el año 2005 se define como una ley de intervención mixta, esto significa que involucra tanto al ámbito administrativo como judicial, cuando este último sea requerido. La ley promueve la creación de equipos interdisciplinarios conformados por profesionales de la salud (psicólogos, trabajadores sociales, psiquiatras) así como abogados que operan para el cumplimiento de los derechos de NNyA en ámbitos administrativos, constituyendo la primer línea de acción cuando se considera que los derechos de un niño se encuentran vulnerados. Dichos órganos administrativos los constituyen en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires: El Consejo de Derechos de NNyA que regula las Defensorías de NNyA que se encuentran en cada comuna de la ciudad conformando los órganos locales de protección.

Dichos órganos administrativos intervienen ante un caso de vulneración de derechos como ser los casos de maltrato infantil y tienen como eje de dicha intervención el fortalecimiento de la función familiar. Esto lo realizan a través del seguimiento del caso y la impartición de políticas públicas específicas que permiten remover los inconvenientes y dificultades que pudieran presentar las familias en su función originaria de crianza y desarrollo de la niñez.

En el artículo el Art. 33 de la ley 26061 “se disponen las funciones del organo administrativo (defensorias) informando que las medidas de protección integral de derechos son aquéllas emanadas del órgano administrativo competente local ante la amenaza o violación de los derechos o garantías de uno o varias niñas, niños o adolescentes individualmente considerados, con el objeto de preservarlos, restituirlos o reparar sus consecuencias. Esta amenaza o violación puede provenir de la acción u

omisión del Estado, la Sociedad, los particulares, los padres, la familia, representantes legales, o responsables, o de la propia conducta de la niña, niño o adolescente”. Es decir, que el nuevo paradigma trasladó esta función proteccional del estado y la impuso al órgano administrativo local, quien ahora debe actuar en protección de la niña, niño o adolescente, sin que medie un proceso judicial.

Según el Art. 44 de la presente ley, en caso de ser necesaria la separación del niño de su núcleo familiar, a instancia del órgano técnico administrativo, se implementarán las medidas extraordinarias de protección de derechos, que son de carácter mixto (administrativo y judicial) . No obstante, según dicha ley, la decisión de la aplicación de la medida excepcional parece estar a cargo del órgano administrativo dado que sólo exige se informe al órgano judicial en el plazo de 24 hs desde la toma de la medida. (*Interés Superior Del Niño Protección de Los Derechos de Las Niñas, Niños Y Adolescentes*, 2022, pp. 96–103)

Se dará inicio entonces a lo conocido como “medida de abrigo o medida excepcional”, la cual es de carácter excepcional, y siempre en resguardo del interés superior del niño, es decir, se deberán privilegiar los derechos del niño por sobre otros derechos e intereses. Esa medida adoptada deberá ser comunicada al Asesor de Incapaces y al Juez de Familia competente quien deberá resolver sobre la legalidad de la medida. Primero se buscará que el niño quede bajo el resguardo de ámbitos familiares alternativos o algún miembro de la comunidad vinculado a él y en último caso la permanencia en ámbito de atención social y/o salud. Se fija un plazo máximo de duración de la medida de abrigo, y en caso que fracasen las medidas de protección de derechos adoptadas, ya sea por incumplimiento imputable a los progenitores, tutores o familiar a cargo, o se esté ante la presencia de cualquier situación que coloque al niño, niña o adolescente en un estado de vulnerabilidad, el órgano técnico-administrativo informará tal circunstancia al Juez de Familia, y requerirá, si lo estimare correspondiente, la declaración de estado de adoptabilidad. (*LEY 26061*, n.d., pp. 8–14).

Cabe aclarar que dicha ley nacional comprende una base legislativa sobre la cual se asientan las distintas leyes provinciales y del gobierno de la ciudad de Buenos Aires. Siendo en la provincia de Buenos Aires la ley 13298 aquella que enumera los pilares para la protección de derechos de NNyA y en la ciudad de Buenos Aires la ley 114, cada una con distintas particularidades que exceden al contenido de este trabajo.

PROTOCOLO DE ACCIÓN PARA PROFESIONALES FRENTE A CASOS DE MALTRATO INFANTIL.

Habiendo revisado previamente la legislatura vigente en nuestro país en torno a la protección integral de niños, niñas y adolescentes. A continuación, retomando el tema principal del trabajo, se procede a revisar los protocolos de acción recomendados para profesionales según la bibliografía.

Según la “Guía de detección temprana para centros de desarrollo infantil acerca de la violencia familiar y sexual en la primera infancia” elaborada por colaboradores de distintas provincias de nuestro país para UNICEF Argentina en el año 2021, se plantean múltiples lineamientos a seguir ante la detección de un caso de maltrato en el seno familiar de un niño, niña o adolescente.

Dicha guía plantea tres momentos a tener en cuenta por el equipo de profesionales, teniendo en cuenta la variedad y urgencia de las distintas situaciones de violencia que puedan ser identificadas en el marco de la asistencia de niños y niñas a dichos centros.

Cabe aclarar que el criterio que debe prevalecer en todas las acciones profesionales debe tener en cuenta el interés superior del niño, niña o adolescente, evitando su revictimización y preservando su intimidad.

1. SOSPECHA O DETECCIÓN DE UNA SITUACIÓN DE VIOLENCIA CONTRA UNA NIÑA O UN NIÑO.

Se reconocen varias maneras de identificar una situación de violencia en la población infantojuvenil, la misma puede provenir de la información proporcionada por algún miembro de la familia o ajena a ella, el examen físico, el interrogatorio o incluso algunos signos indirectos que puede mostrar el niño durante el juego o incluso en su grafismo. El papel del profesional en todo momento es BRINDAR CONTENCIÓN, no constituye su rol el determinar lo que pasó o establecer medidas, con excepción de garantizar que el niño o niña no continúe expuesto a dicha situación de violencia. Esto muchas veces genera dificultades en especial en casos donde la violencia no es explícita y constituye una forma de crianza. A partir de la consulta pueden existir signos de sospecha o evidencia (indicadores específicos visibles o a través del relato del menor). Cabe aclarar que cuando existe sospecha el profesional nunca debe

actuar solo y resulta de buena práctica poder comunicar a su coordinador/supervisor o a algún colega. En la tarea de identificar y acompañar resulta de vital importancia no oficiar de modo indagatorio con el niño, niña y adolescente para así evitar potenciales situaciones de revictimización. Al realizar la valoración preliminar, se pueden distinguir:

Casos no urgentes: situaciones que constituyen hechos aislados y por las que no corre riesgo la integridad de la niña o del niño.

Casos urgentes: situaciones de violencia física, psíquica, emocional o sexual grave que precisan de una intervención inmediata.

2. COMUNICACIÓN AL ORGANISMO PROTECTOR DE DERECHOS o DENUNCIA AL ORGANISMO JUDICIAL.

Ante la detección de una situación de maltrato resulta importante que la institución que tome conocimiento, o el profesional, comunique la situación al organismo protector de derechos correspondiente.

Si nos encontramos ante un caso de violencia sexual, por tratarse de un delito, se deberá realizar la denuncia ante el organismo judicial (fiscalía, defensoría, juzgado) o dependencia policial (comisaría de la mujer o de la familia o comisaría), según corresponda de acuerdo con la jurisdicción local. Se recomienda que la denuncia se realice en articulación con el organismo de protección de derechos.

En ambos casos, se recomienda que la comunicación y/o la denuncia se realicen de forma institucional. La institución debería ser quien comunique o denuncie, más allá de quién detectó la situación de violencia. Tal como lo establece la legislación vigente, los agentes públicos tienen el deber de comunicar y denunciar si toman conocimiento de una situación de violencia contra una niña o un niño. Es una obligación legal, ética y ciudadana y una condición necesaria para poder realizar una intervención adecuada y para restituir el derecho de la niña o el niño vulnerado.

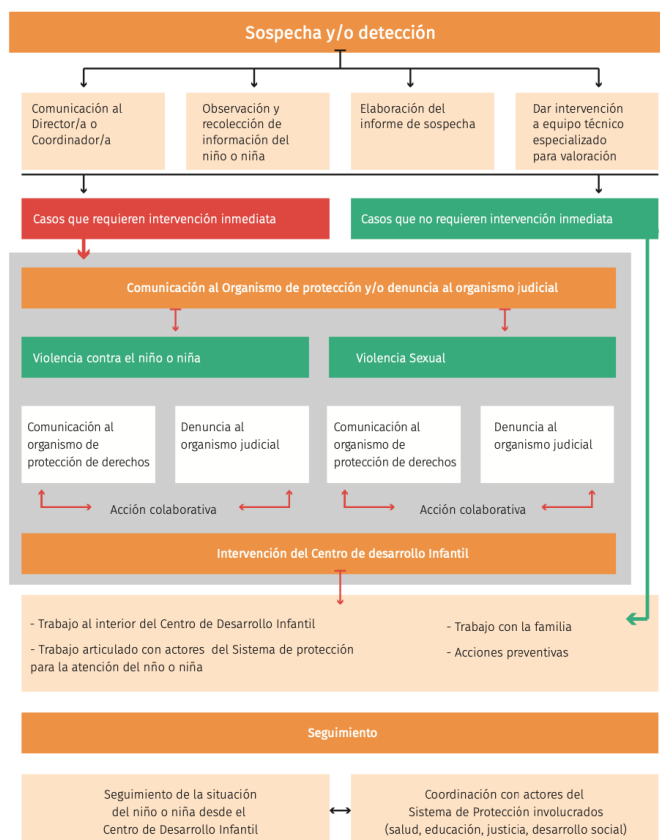
3. SEGUIMIENTO DEL CASO.

La comunicación o denuncia de una situación de violencia contra una niña o un niño no implica la desvinculación o la delegación de las responsabilidades. Según se remarco en el párrafo anterior,, es tarea de todas las instituciones y de los actores involucrados en una situación de vulneración de derechos intervenir desde el lugar

que le corresponde a cada uno y cumplir con las responsabilidades específicas del rol que desempeña como parte del Sistema de Protección Integral de Derechos.

Si bien en la primera infancia casi siempre la violencia ejercida contra una niña o un niño parte de alguno de los integrantes de la propia familia, resulta importante que la institución o el profesional interviniente comunique a algún familiar no involucrado con la situación. Si bien, el seguimiento de la situación de violencia será competencia del organismo de protección de derechos, es muy importante que la institución de salud o desarrollo mantenga una comunicación fluida con las otras instituciones intervinientes de manera de recibir información y brindarla y mantenerse informado de las medidas implementadas y del estado de situación del proceso judicial, si este existiera.

Habiendo enumerado las distintas líneas de acción ante una situación de maltrato por parte de equipos de salud y centros de desarrollo, a continuación se resumen en el protocolo realizado por UNICEF (“Guía de detección temprana para centros de desarrollo infantil acerca de la violencia familiar y sexual en la primera infancia”, p.46).



SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA A NIVEL MUNDIAL, EN AMÉRICA LATINA Y ARGENTINA.

Para finalizar, en esta sección del capítulo III se procederá a revisar algunos datos epidemiológicos recabados por la Organización Mundial de la Salud y Unicef en relación al maltrato infantil en nuestro país y latinoamérica. El objetivo es poder visualizar la problemática en términos de datos estadísticos y poder generar concientización en los profesionales de salud acerca de la importancia de poder contar con registros a nivel de las distintas instituciones que trabajan con población infanto juvenil para poder brindar herramientas en el ámbito de la prevención, tratando de contribuir al descenso de esta problemática y la morbimortalidad que el maltrato trae aparejado. Múltiples estudios realizados a nivel mundial han demostrado que el maltrato se puede prevenir.

A nivel mundial, en el año 2014 se realizó un informe por la Organización Mundial de la Salud junto con UNICEF, denominado “Ocultos a plena Luz” que se basó en datos recabados de 190 países y documenta la violencia que se produce en lugares donde los niños deberían estar seguros: sus comunidades, escuelas y sobre todo sus hogares. Este informe arrojó que 6 de cada 10 niños entre 2 y 14 años de edad (aproximadamente 1.000 millones) sufren de manera periódica castigos físicos por parte de sus cuidadores. (*Ocultos a Plena Luz*, n.d.). A su vez, la OMS reveló que en América Latina y el Caribe, alrededor de 6 millones de NNyA se enfrentan a la violencia, el abuso y el abandono. A este panorama se suma que 80.000 mueren al año como resultado de la violencia que ejercen sobre ellos sus padres y madres. (*Violencia Contra Niños, Niñas Y Adolescentes En América Latina Y El Caribe 2015-2021: Una Revisión Sistemática – Resumen Ejecutivo*, n.d.).

Los resultados de diversos estudios sobre prevalencia de maltrato infantil en la región estiman que al menos el 51% de los niños y las niñas dicen haber sido víctimas de maltrato en el hogar y hasta un 82% de adultos admiten haber usado alguna forma de violencia física o psicológica contra los NNyA en el hogar. (Cepal & UNICEF, 2009).

A nivel nacional, el ministerio de desarrollo social junto con UNICEF realizó en nuestro país la “Encuesta acerca de las condiciones de vida (ECOVNA)” que fue publicada en 2016 y realizada en el 2011 y 2012. Dicha encuesta aportó datos oficiales, recabando información sobre hogares, mujeres de entre 15 y 49 años,

NNyA de 5 a 17 años, y niños y niñas menores de 5 años utilizando un universo de 23.791 hogares urbanos. La encuesta cubrió temas como nutrición, salud materna y de los niños, desarrollo infantil, educación, salud reproductiva, protección de la niñez, VIH/SIDA y actitudes frente a la violencia doméstica. En esta última área contó con un módulo, en el cual nos centraremos y que denominaron de “disciplina infantil” en donde se preguntó a los cuidadores de niños y adolescentes entre 2-17 años, si se aplicaba algún método de disciplina tanto físico como verbal. Dicho módulo se podrá visualizar en el anexo del presente trabajo.

Los datos arrojados por esta encuesta resaltan que en Argentina, el 42% de los hogares utiliza la violencia física, entre los cuales, el 6,6% emplea castigos físicos severos en las prácticas de crianza (Ministerio de Desarrollo Social-UNICEF, 2021). Surje además, que más del 51,7% de los hogares emplea agresiones verbales, como gritos e insultos, en sus prácticas de crianza (Ministerio de Desarrollo Social-UNICEF, 2021).

En relación al “Programa Víctimas contra las Violencias” programa del gobierno nacional creado en el 2006, que incluye una línea (137) para denuncias de episodios de violencia para NNyA o un formulario confidencial. Se recabaron datos acerca de los casos atendidos entre 2020-2021. El 58% de dichos casos corresponde a niñas, niños y adolescentes, de los cuales más del 77% son de género femenino. El 36% de los casos sucedió en el hogar de la niña o niño, y más del 74% fue cometido por alguien del entorno familiar o cercano. También se observó que más del 65% de las niñas, niños y adolescentes víctimas recibieron exclusivamente violencia psicológica. Un 31,1%, en cambio, padeció violencia física y psicológica. también se observó que dentro del ámbito familiar, más del 62% de los agresores eran de género masculino y alrededor del 25% de las agresoras, de género femenino y por último, teniendo en cuenta el grado de parentesco, parece importante destacar que el 90% de las víctimas de violencia familiar fueron violentadas por su padre, madre y/o padrastro (*Serie violencia contra niñas, niños y adolescentes*, n.d., pp. 8–12).

Por último y en relación la situación vinculada con el aislamiento social preventivo y obligatorio producto del virus del SARS COV 2, según los datos registrados por e por el Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación publicado en la serie “Conceptos: Revisión acerca de la Violencia intrafamiliar” los llamados a la línea 137 por violencias intrafamiliares y/o sexuales aumentaron un 20% durante la

cuarentena, respecto del mismo período de 2019. La cantidad total de niñas y niños que sufrieron estos tipos de violencias se incrementó un 23%: específicamente, aumento del 28% en violencia familiar y del 13% en violencia sexual. (*Reflexiones Acerca de La Violencia Intrafamiliar*, n.d., pp. 9–10).

CONCLUSIONES

A partir de lo investigado en este trabajo, se concluye que la violencia en cualquiera de sus formas constituye una vulneración de derechos que implica múltiples consecuencias negativas en el bienestar presente y futuro de los niños, niñas y adolescentes, perjudicando su salud física y emocional, su desarrollo cognitivo, su autoestima y sus relaciones interpersonales. A corto plazo o incluso durante la edad adulta, el maltrato experimentado durante la niñez se asocia con múltiples modificaciones en la neurobiología que traen como consecuencias desarrollo de múltiples trastornos psiquiátricos de manera potencial, como ser: la depresión, el consumo problemático de sustancias, esquizofrenia, trastorno bipolar, trastorno límite de la personalidad y en su mayor medida, trastorno por estrés posttraumático. La potencialidad de padecimiento de un trastorno mental en niños maltratados se han atribuido a factores individuales, ambientales y tipos de violencia sufrida, siendo múltiples las contribuciones desde el psicoanálisis en esta línea en donde se destaca la teoría del apego, enunciada por John Bowlby y la teoría de las relaciones objetales de Ronald Fairbairn que permite describir la replicación de un aparato psíquico con tendencia a la violencia de forma transgeneracional (“El ciclo de la violencia”). En sus formas más extremas, la violencia puede provocar discapacidades, lesiones físicas graves o incluso la muerte.

Una gran parte de la violencia que sufren los NNyA ocurre en el ámbito del hogar y la familia, razón por la que en general aún se carece de datos y documentación, y no se denuncia en la medida en que se debería. Es decir, muchas veces queda invisibilizada. El recorrido histórico en el tratamiento jurídico de las infancias ha permitido poder transitar desde una concepción del “menor como objeto de tutela” que se ve plasmado en la Ley Agote 10903/19 hasta una concepción del “niño como sujeto de derechos” con la Convención internacional de los derechos del niño y la ley nacional 26061/05 de “Promoción y Protección Integral de NNyA”. A su vez se plantea la importancia de “desjudicializar” la infancia en relación al sistema de promoción y protección integral, confiriendo gran importancia a los órganos administrativos con equipos interdisciplinarios que son quienes toman intervención ante casos de vulneración de derechos para intentar establecer medidas ordinarias

que permitan la restitución del niño o adolescente a su núcleo familiar cuando esto es posible.

Sin embargo, a raíz de la práctica clínica y el acompañamiento de la infancia y su familia, muchas veces como profesionales nos vemos enfrentados a los dilemas éticos que surgen en relación a un sistema de salud precarizado, un incorrecto funcionamiento de los organismos de protección de menores y los vacíos legales que se generan ante la toma de decisiones en la puja entre los órganos administrativos y judiciales.

Partiendo de la premisa de que ninguna forma de violencia contra los niños y las niñas es justificable y toda la violencia es prevenible. Resulta importante comprender la fisiopatología, neurobiología y abordaje clínico-jurídico, así como las estadísticas a nivel mundial y local para así poder desarrollar programas de prevención y acompañamiento en el trabajo con niños, adolescentes y sus familias.

ANEXO

MÓDULO DE DISCIPLINA INFANTIL – CUESTIONARIO

CD10. Las personas adultas tienen ciertas formas de enseñar a los niños(as) o adolescentes la forma correcta de comportarse o cómo afrontar un problema de comportamiento. Le voy a leer varios métodos que se usan y quiero que me diga si ud. o alguien más del hogar ha usado estos métodos con (nombre) en el transcurso del último mes.	1. Sí 2. No
CD11. ¿Le quitó algún privilegio, no le permitió salir con sus amigos, le prohibió algo que a (nombre) le gusta? (ejemplo: no dejarlo mirar tv)	1. Sí 2. No
CD12. ¿Le explicó a (nombre) por qué su comportamiento estuvo mal?	1. Sí 2. No
CD13. ¿Lo/la zamarreó o sacudió?	1. Sí 2. No
CD14. ¿Le gritó?	1. Sí 2. No
CD15. ¿Le dio otra cosa para hacer (para distraerlo)?	1. Sí 2. No
CD16. ¿Le dio un chirlo (lo/la palmeó en la parte trasera con la palma de la mano)?	1. Sí 2. No
CD17. ¿Le pegó con un cinturón, cepillo u otro objeto?	1. Sí 2. No
CD18. ¿Lo/la llamó tonto/a, estúpido/a, o alguna otra cosa parecida?	1. Sí 2. No
CD19. ¿Le dio una cachetada o lo golpeó en la cabeza o en las orejas?	1. Sí 2. No
CD20. ¿Lo/la golpeó o le dio una palmada en la mano, en el brazo o en la pierna?	1. Sí 2. No
CD21. ¿Le dio una paliza?	1. Sí 2. No
CD22. ¿Cree usted que para criar o educar a (un niño)/(una niña), él/ella debe ser castigado físicamente?	1. Sí 2. No
CD23. ¿Cree usted que para criar o educar a (un niño)/(una niña), él/ella debe ser castigado de alguna forma?	1. Sí 2. No

(De Paula Helga Fourcade Claudia Giacometti Agustina Pérez, 2016, p. 50)

BIBLIOGRAFÍA

- Amores-Villalba, A., & Mateos, R. M. (2017). Revisión de la neuropsicología del maltrato infantil: la neurobiología y el perfil neuropsicológico de las víctimas de abusos en la infancia. *Educational Psychology, 23*(2), 81–88.
- Arruabarrena, M. (2011). Maltrato Psicológico a los Niños, Niñas y Adolescentes en la Familia: Definición y Valoración de su Gravedad. *Psychosocial Intervention, 20*(1), 25–44.
- Bénézit, A., Hertz-Pannier, L., Dehaene-Lambertz, G., Monzalvo, K., Germanaud, D., Duclap, D., Guevara, P., Mangin, J.-F., Poupon, C., Moutard, M.-L., & Dubois, J. (2015). Organising white matter in a brain without corpus callosum fibres. *Cortex; a Journal Devoted to the Study of the Nervous System and Behavior, 63*, 155–171.
- Cepal, N. U., & UNICEF. (2009). *Maltrato infantil: una dolorosa realidad puertas adentro*. <http://hdl.handle.net/11362/35986>
- Crittenden, P. M., & Ainsworth, M. D. S. (1989). Child maltreatment and attachment theory. In *Child Maltreatment* (pp. 432–463). <https://doi.org/10.1017/cbo9780511665707.015>
- Davis, A. S., Moss, L. E., Nogin, M. M., & Webb, N. E. (2015). NEUROPSYCHOLOGY OF CHILD MALTREATMENT AND IMPLICATIONS FOR SCHOOL PSYCHOLOGISTS. In *Psychology in the Schools* (Vol. 52, Issue 1, pp. 77–91). <https://doi.org/10.1002/pits.21806>
- DeGregorio, L. J. (2013). Intergenerational transmission of abuse: Implications for parenting interventions from a neuropsychological perspective. *Traumatology, 19*(2), 158–166.
- De Paula Helga Fourcade Claudia Giacometti Agustina Pérez, M. L. A. L. B. F. A. B. M. (2016). *LA VIOLENCIA CONTRA NINOS, NINAS Y ADOLESCENTES EN EL AMBITO DEL HOGAR* (G. Rodríguez (ed.)). UNICEF.
- García-Molina, A., Enseñat-Cantallops, A., Tirapu-Ustárroz, J., & Roig-Rovira, T. (2009). [Maturation of the prefrontal cortex and development of the executive functions during

- the first five years of life]. *Revista de neurologia*, 48(8), 435–440.
- Heleniak, C., Jenness, J. L., Stoep, A. V., McCauley, E., & McLaughlin, K. A. (2016). Childhood Maltreatment Exposure and Disruptions in Emotion Regulation: A Transdiagnostic Pathway to Adolescent Internalizing and Externalizing Psychopathology. *Cognitive Therapy and Research*, 40(3), 394–415.
- Informe sobre la situación mundial de la prevención de la violencia contra los niños 2020: resumen de orientación.* (2020). World Health Organization.
- Interés Superior del Niño Protección de los derechos de las niñas, niños y adolescentes.* (2022). Corte Suprema de Justicia de la Nación, Corte Suprema de Justicia.
<https://sj.csjn.gov.ar/homeSJ/suplementos/suplemento/1/documento>
- LEY 26061.* (n.d.). Retrieved August 28, 2022, from
https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/ley_de_proteccion_integral_0.pdf
- Massimino, M. R. (n.d.-a). *El tratamiento de la niñez en la república argentina a partir de fines del siglo xix hasta la fecha y la influencia de la escuela criminológica positivista.* Retrieved August 27, 2022, from
<https://www.terragnijurista.com.ar/doctrina/tratamiento.htm>
- Massimino, M. R. (n.d.-b). *El tratamiento de la niñez en la república argentina a partir de fines del siglo xix hasta la fecha y la influencia de la escuela criminológica positivista.* Retrieved August 27, 2022, from
<https://www.terragnijurista.com.ar/doctrina/tratamiento.htm>
- McEwen, B. S. (2012). Brain on stress: how the social environment gets under the skin. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 109 Suppl 2, 17180–17185.
- Mesa-Gresa, P., & Moya-Albiol, L. (2011). [Neurobiology of child abuse: the “cycle of violence”]. *Revista de neurologia*, 52(8), 489–503.
- Nicola, D., & Federico, A. (2015). Mecanismos neuroendocrinos de respuesta durante el estrés y la carga alostática. *de Nicola, Alejandro Federico; Mecanismos*

- neuroendocrinos de respuesta durante el estrés y la carga alostática; Asociación Argentina para el Progreso de las Ciencias; Ciencia e Investigación, 65, 1; 2.*
- Ocultos a Plena Luz.* (n.d.).
https://www.unicef.org/lac/VR_Exec_Summary__8_29_SP%283%29.pdf
- Reflexiones Acerca de la Violencia Intrafamiliar.* (n.d.). Retrieved September 11, 2022, from
<https://www.umsa.edu.ar/wp-content/uploads/2022/02/L-0696-e.pdf>
- Rick, S., & Douglas, D. H. (2007). Neurobiological effects of childhood abuse. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services, 45*(4), 47–54.
- Rodríguez, A. F., Contreras, R. S., & Castro, T. R. (2012). Maltrato infantil y representaciones de apego: defensas, memoria y estrategias, una revisión. In *Universitas Psychologica* (Vol. 11, Issue 3, p. 838).
<https://doi.org/10.11144/javeriana.upsy11-3.mira>
- Rodríguez González, M., & Loredo Abdalá, A. (2019). Negligencia: modalidad subestimada del maltrato al infante. *Acta Pediátrica de México, 40*(2), 85.
- Seldes, J. J., Ziperovich, V., Viota, A., & Leiva, F. (2008). Maltrato infantil: Experiencia de un abordaje interdisciplinario. *Archivos Argentinos de Pediatría, 106*(6), 499–504.
- Serie violencia contra niñas, niños y adolescentes.* (n.d.). Retrieved August 29, 2022, from
<https://www.unicef.org/argentina/informes/serie-violencia-contra-ninas-ninos-y-adolescentes>
- Spiteri, Y., & Galea, E. M. (2011). *Psychology of Neglect*. Nova Science Pub Incorporated.
- Sutil, C. R. (2013). *Introducción a la obra de Ronald Fairbairn: los orígenes del psicoanálisis relacional.*
- Violencia contra los niños.* (n.d.). Retrieved August 24, 2022, from
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-children>
- Violencia contra niños, niñas y adolescentes en América Latina y el Caribe 2015-2021: Una revisión sistemática – Resumen ejecutivo.* (n.d.). Retrieved August 29, 2022, from
<https://www.unicef.org/lac/media/29031/file/Violencia-contra-ninos-ninas-y-adolescent>

es-en-America-Latina-y-el-Caribe-2015-2021.pdf

Violencia familiar y sexual en la primera infancia. (n.d.). Retrieved August 23, 2022, from

<https://www.unicef.org/argentina/informes/violencia-familiar-sexual-primera-infancia>

Website. (n.d.). Bernate-Navarro, Mara, & Soto-Pérez, Felipe, & Baquero-Vargas, María

Paula (2009). Diferencias en los Procesos de Atención y Memoria en Niños con y sin

Estrés Postraumático. *Cuadernos de Neuropsicología / Panamerican Journal of*

Neuropsychology, 3(1),104-115.[fecha de Consulta 25 de Agosto de 2022]. ISSN: .

Disponibile en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=439642483005>

Bernate-Navarro, Mara, & Soto-Pérez, Felipe, & Baquero-Vargas, María Paula (2009).

Diferencias en los Procesos de Atención y Memoria en Niños con y sin Estrés

Postraumático. *Cuadernos de Neuropsicología / Panamerican Journal of*

Neuropsychology, 3(1),104-115.[fecha de Consulta 25 de Agosto de 2022]. ISSN: .

Disponibile en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=439642483005>

Moreno Manso, J. M. (2005). Estudio sobre las consecuencias del maltrato infantil en el

desarrollo del lenguaje. *Anales de Psicología / Annals of Psychology*, 21(2), 224–230.

Recuperado a partir de <https://revistas.um.es/analesps/article/view/26821>.