



Sossa, Magalí

Violencia intrafamiliar en familias atendidas en los CAPs del partido de Pilar



Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Argentina.
Atribución - No Comercial - Sin Obra Derivada 2.5
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.5/ar/>

Documento descargado de RIDAA-UNQ Repositorio Institucional Digital de Acceso Abierto de la Universidad Nacional de Quilmes de la Universidad Nacional de Quilmes

Cita recomendada:

Sossa, M., De León, E. y Fretes, A. (2018). *Violencia intrafamiliar en familias atendidas en los CAPs del partido de Pilar. Territorios del cuidado*, 2(1), 48-58. Disponible en RIDAA-UNQ Repositorio Institucional Digital de Acceso Abierto de la Universidad Nacional de Quilmes <http://ridaa.unq.edu.ar/handle/20.500.11807/3530>

Puede encontrar éste y otros documentos en: <https://ridaa.unq.edu.ar>

Violencia intrafamiliar en familias atendidas en el CAPS del Partido de Pilar

RESUMEN

La temática de la violencia intrafamiliar hace referencia a un patrón de comportamiento agresivo y coercitivo que presentan los adultos hacia su compañero/a íntimo/a, e implica asimetría de poder (Jouriles, McDonald, Norwood, y Ezell, 2001).

En las últimas décadas el abordaje de la violencia intrafamiliar ha centrado el interés en las repercusiones de este comportamiento tiene sobre las mujeres dejando de alguna manera velado el impacto que produce sobre todo en los hijos hijos/as de éstas parejas.

En forma cotidiana los enfermeros atendemos este tipo de situaciones de violencia intrafamiliar donde cobran visibilidad las repercusiones de estos actos sobre las niñas y niños que generalmente, comparten estas situaciones de violencia directa o indirecta. Repercusiones que se manifiestan en todas y cada una de las esferas del desarrollo humano: físico, cognitivo, afecti-

vo, social y emocional y que se interrelacionan mutuamente para producir importantes problemas en los sujetos que las padecen.

Frente a este escenario, el presente trabajo se propone hacer visibles algunos aspectos relacionados con el impacto observado principalmente en la alimentación de los niños que experimentan situaciones de violencia entre sus progenitores en el Partido de Pilar, del conurbano bonaerense.

Fundamentalmente, se trata de compartir una experiencia de evaluación para la detección precoz de cualquiera de estas situaciones y para prevenir tempranamente estos problemas. También se trata de mostrar una experiencia de intervención en los niños expuestos a violencia de género que aborda sus problemas específicos tanto en el ámbito de la salud mental como en el legal.

Palabras clave: Donación de órganos, miedos, muerte encefálica, solidaridad, información, enfermería.

INTRODUCCIÓN

Diversos estudios señalan que la mayor parte de los problemas que se generan en el desarrollo de estas niñas y niños tienen su origen en las situaciones de negligencia y abandono a las que se ven sometidos por parte de sus progenitores, que son incapaces de satisfacer de manera adecuada sus necesidades básicas, y además porque en algunos casos, estos menores también son víctimas de maltrato activo –físico y/o emocional, de un tipo similar al que reciben sus madres o las figuras femeninas que ejercen dicho papel.

Un estudio realizado en el Hospital Clínico de Barcelona en 287 profesionales de la salud señala que el 87% de los encuestados consideró que era un problema importante, pero no lo consideraban un problema de salud. El 60% consideró que podía tener un papel relevante en la detección de esta situación. En general, valoraron como muy baja su preparación para atender a este tipo de pacientes. El personal de enfermería era más sensible al problema y se consideraba más preparado que el personal médico.

En forma frecuente se observa en la práctica profesional, situaciones de violencia intrafamiliar, fundamentalmente en las consultas del primer nivel de atención, lo que instala el problema no solo de la atención de las personas agredidas, sino también de las repercusiones de dicha agresión sobre todos los integrantes de la familia.

La violencia intrafamiliar es una situación frecuente que repercute gravemente sobre la salud de las personas afectadas (J. Plazaola-Castaño, I. Ruiz 2004) y es un importante problema de salud pública (P. Blanco, C. Ruiz-Jarabo, L. García de Vinuesa, M. Martín-García 2004), (I. Larizgoitia 2006). Aproximadamente un 20% de las mujeres que consultan en los servicios sanitarios padece esta situación (J. Plazaola-Castaño, I. Ruiz 2004);(N.K. Sugg, R.S. Thompson, D.C. Thompson, R. Maiuro, F.P. Rivara 1999) aun-

que el motivo por el cual consultan no siempre es una lesión directa de la agresión, sino que suele ser una manifestación subaguda o encubierta y, en muchas ocasiones, no es más que una vía involuntaria de pedir auxilio.

Son cada vez más los estudios que demuestran los efectos negativos de la violencia doméstica en el desarrollo de los hijos, como por ejemplo la aparición de dificultades en las relaciones sociales, utilización de estrategias agresivas de solución de problemas (Magen,1999) o disminución del rendimiento escolar y de la capacidad empática (Rossman, 1998).

La conducta violenta, entendida como el uso de la fuerza para la resolución de conflictos interpersonales, se hace posible en un contexto de desequilibrio de poder, permanente o momentáneo. (Attardo. C 2015)

El término violencia familiar, alude a todas las formas de abuso que tiene lugar en las relaciones entre miembros de la familia. La relación de abuso es aquella en la que una de las partes ocasiona un daño físico y/o psicológico u otra forma de violencia, a otro miembro, pudiendo darse este daño por acción o por omisión. (Ley de Violencia familiar 12.569).

Los/as hijos/as testigos de la violencia desarrollada por otros miembros de la familia sufren el mismo daño y sintomatología que quienes son maltratados/as directamente. Ser testigo es una forma de victimización y una de las categorías posibles del cuadro de Maltrato Infantil.

Kerig y Fedorowicz señalan que cuando el que ejerce la violencia es el padre, el niño/a puede entender la violencia como un instrumento normalizado para la resolución de conflictos, reproduciendo así el ciclo de violencia en su edad adulta; cuando se trata de la madre, los autores describen la presencia de dificultades en la vinculación y seguridad emocional del niño así como problemas de ansiedad, depresión y culpa

(Kerig y Fedorowicz, 1999).

Estas situaciones de violencia intrafamiliar también pueden acarrear negligencia y descuido de los hijos, que significa no darle los cuidados materiales y/o emocionales que requieren las niñas y niños.

Existe escasa investigación sobre el impacto directo de la violencia doméstica sobre la salud infantil durante el primer año de vida, aun cuando es ampliamente reconocida su importancia por las consecuencias biopsicosociales y económicas que implica (McFarlane J, Soeken K. 1999) (Campbell J. 2001).

La violencia intrafamiliar afecta el crecimiento antropométrico y desarrollo infantil desde etapas posteriores al nacimiento. La literatura consultada, reporta mayor riesgo de muerte antes de los cinco años de vida, riesgo de desnutrición y diarrea (Borowsky I, Ireland M). Un estudio de seguimiento de infantes, cuyas madres reconocieron experiencias de violencia doméstica, detectó un menor incremento de peso entre los 6 a 12 meses de vida en infantes cuyas madres informaron que habían sufrido maltrato en los últimos 12 meses (McFarlane J, Soeken K. 1999).

Existe evidencia de asociación entre violencia intrafamiliar y la alteración del crecimiento, del desarrollo y el maltrato infantil (Campbell J. 2001); (Borowsky I, Ireland 2002); (Dowd MD, Kennedy C, Knapp J, Stalbaumer-Rouyer J. 2002); (Chamberlain L. 2001). También se han relevado casos donde la negligencia materna y el ambiente familiar adverso puede interferir profundamente en el desarrollo socioemocional del niño, volviéndolo vulnerable a sufrir trastornos de personalidad (antisocial, limítrofe y narcisista), problemas escolares y trastornos psiquiátricos en el futuro (Florenzano R, Weil K, Cruz C, Acuña J, Fullerton C, Muñoz C et al. 2002); (Trucco M. 2002).

La comprensión de las experiencias de niñas y niños que conviven con la violencia, es todavía una cuestión pendiente que presenta múltiples denominaciones: hijas/os de mujeres maltratadas (children of batteredwomen), menores testigos de violencia

(children witnesses to violence), o menores expuestos a violencia doméstica o de pareja (children exposed to domestic/partner violence). (Jiménez 2009)

Cabe señalar que en un primer momento los investigadores se limitaron a situar a las niñas y niños en el escenario de la violencia como espectadores (Wolak y Finkelhor, 1998), o activos protectores de la figura materna (Rudo y Powell, 1996), dos perspectivas que no reflejaban toda la variabilidad posible.

En la actualidad, los menores expuestos a violencia contra la pareja tienden a ser visibilizarlos como sujetos de las dinámicas de la violencia y no como meros testigos.

Es interesante señalar, que además del impacto directo de la violencia, estos niños viven el impacto indirecto, debido al estrés, la presencia de psicopatología materna o la poca comunicación que afecta la calidad de la disponibilidad emocional de las madres hacia sus hijos (Huth-Bocks, Levendosky, y Semel, 2001).

Parte de las consecuencias estudiadas en las mujeres a causa de la violencia doméstica es el hecho de que pueden llegar a pensar que son incapaces de cuidar a sus hijos (Matud et al., 2004).

El estudio de las consecuencias de la violencia doméstica sobre los niños implica entender el problema de la violencia como algo más que un acontecimiento entre dos personas. (Lieberman, van Horn, y Ozer, 2005).

La problemática aquí presentada resulta de suma complejidad en la medida que provoca un entrecruzamiento entre distintos “sujetos” de violencia: la que tiene que ver con la violencia de género principalmente involucra a la mujer y la relacionada con el maltrato infantil donde los “sujetos” “objetos” de la agresión son los niños todo esto en un espacio definido dentro del “ámbito doméstico”, entendido como un espacio perteneciente a la esfera “privada” de la vida de las personas lo que le otorga cierta “invisibilidad” pero que requiere, por los “riesgos” que plantea, la intervención estatal.

El presente trabajo es una experiencia de un dispositivo interdisciplinario donde enfermería, intervino en situaciones de violencia intrafamiliar, con mujeres con fuertes dificultades para ejercer la crianza.

Sobre todo, se trata de compartir nuestra experiencia de intervención en la re-vinculación de las madres con sus hijos, mostrando como con el apoyo de las políticas públicas que proveen diferentes recursos institucionales y comunitarios, la mujer logra reelaborar su situación de víctima alcanzando así su independencia para ejercer de manera autónoma el rol de crianza y cuidado en la alimentación, como así también en otras esferas de la vida.

Asimismo nos proponemos mostrar algunos dispositivos construidos especialmente para el relevamiento de la información y para la planificación de la intervención y los cuidados. Las actividades llevadas a cabo se realizan en un contexto de una red de acciones interdisciplinarias e interinstitucionales para la atención de las familias que acuden a consultar en el Centro de Atención Primaria del barrio Villa Verde, partido de Pilar.

Sobre el Barrio

Los Barrios que rodean el Centro de Atención Primaria de Salud (CAPS) de Villa Verde, se ubican en el peri-centro de la Ciudad Del Pilar, a unas quince cuadras, rodeadas por las vías del ferrocarril San Martín, Ruta Provincial N° 27 y Ruta Provincial N° 25, con accesibilidad para su ingreso y egreso.

El CAPS es un centro de referencia en la formación de pregrado y posgrado de distintas disciplinas como las residencias en medicina general, y prácticas pre profesionales de la carrera de enfermería.

El CAPS de Villa Verde atiende de lunes a sábado de 7 a 19 hs, y cuenta con las siguientes especialidades: Enfermería, medicina general, pediatría, obstetricia, psicología, servicio social, nutrición, odontología. También cuenta con personal de apoyo administrativo y servicio de limpieza.

En relación a las actividades de prevención, el CAPS, cuenta con un equipo que trabaja la problemática de “Género y prevención de violencia”. El equipo está conformado por una trabajadora social, psicólogo, pediatra o médico generalista, nutricionista y una enfermera que se han capacitado en la problemática y atienden aproximadamente 300 casos al año. El equipo viene trabajando en esta problemática desde el año 2004.

El área programática del Centro de salud de Villa Verde, está conformado por nueve barrios con una cobertura promedio de 4.000 consultas mensuales, para todas las personas con patologías prevalentes, agudos y crónicos. Se focaliza los grupos poblacionales de riesgo y sobre ellos se focalizan acciones interdisciplinarias, para lograr un grado de mejoría en los indicadores de cada familia afectada.

Los indicadores de salud en el 2016 señalan que el 36,9 % de los habitantes del barrio que se atienden en el CAPS poseen un promedio de tres consultas en el último año, sobre una población total de 20.000 habitantes.

- Población femenina 9.678 de las cuales:
 - menor a 12 meses 817,
 - menor de dos años 1055,
 - menores de 5 años: 1473
 - mujeres en Edad fértil 5600.
- Promedio de hijos por familia : 4
- Tasa de Natalidad 20,9%
- Tasa de Mortalidad.11, 82% (2011).

En general, se observa que las mujeres del barrio inician la maternidad a muy temprana edad, conformando vínculos familiares con más de una pareja en algunos casos sobre una matriz de trato violento. El trato violento se presenta como naturalizado en el barrio.

El proceso de atención inicia cuando la mujer consulta para su control o el de los hijos. Este hecho resulta central en la medida que las mujeres maltratadas que acuden al centro de salud, lo hacen incluso como el único lugar donde pueden ir, ya que en muchos casos, la pareja controla todos sus movimientos.

El consultorio de enfermería del CAPs de Villa Verde, realiza la primera admisión y consulta, ya sea para el control pediátrico de los hijos menores, la vacunación, el control del embarazo, o la atención obstétrica.

En el caso que se detecte alguna situación relacionada con violencia dentro del núcleo familiar, se procede a la derivación hacia las áreas específicas que realizarán la atención y el seguimiento de la persona.

Cuando un niño está expuesto a violencia es necesario evaluar:

- las características de la exposición;
- los efectos de la exposición a violencia en su salud mental y en su funcionamiento cotidiano,
- los factores mediadores y protectores entre la exposición
- y las consecuencias, que pueden provenir tanto del propio niño (características individuales) como del ambiente familiar.

Las consecuencias varían en función de las características personales, tanto del niño como de la madre, pero también de la estructura y las características del entorno en el cual la violencia tiene lugar, así como de las características del acto violento en sí. Por ello se hace necesario conocer la situación familiar en profundidad así como también el entorno social en el cual el niño se desarrolla y las particularidades del hecho violento (Carter, Weithorn y Berhman, 1999).

Cook (2005), señala la relevancia de la utilización en forma paralela de diversos instrumentos para relevamiento de la información diseñados para cada uno de los integrantes de la familia como una forma de conocer las distintas miradas de cada uno acerca de la situación de violencia.

Aspectos a considerar para la detección de menores expuestos a situaciones de violencia

Jiménez (Jiménez 2009) plantea siete aspectos a tener presente como guía a la hora de evaluar y detectar situaciones de violencia intrafamiliar en menores.

1. La exposición a actos violentos contra la madre impacta directamente en los menores, con altas probabilidades de causarles daños severos, en su desarrollo a corto y largo plazo.

La historia del niño no es ajena a la historia de pareja. Por tanto, como parte de la evaluación, es necesario entrevistar a la madre, para disponer de toda la información posible sobre la violencia en la familia (por ejemplo, inicio y tipos de violencia, intensidad, frecuencia, formas de exposición de los menores, reacciones de los mismos a las agresiones). Según la edad de los niños se ha de explorar su recuerdo y percepción de sucesos violentos.

2. No todas las niñas y niños expuestos padecerán problemas clínicamente significativos, si bien desconocemos los factores protectores y moderadores que explican este hecho.

La evaluación debe ser especialmente cuidadosa, tener en cuenta el diagnóstico diferencial, incluir múltiples informantes, escalas de adaptación infantil, y cuestionarios específicos. Además de entrevistas individuales con madre, menor, y observaciones de la interacción de ambos, la información directamente aportada por la escuela y otros cuidadores es muy importante. Deben recogerse aspectos positivos, “fortalezas” del menor y su entorno, pero también

aspectos que puedan perjudicar de alguna manera , (por ejemplo, situación socioeconómica, problemas de salud de los principales cuidadores, relaciones entre hermanos).

3. La violencia contra la mujer, y la consiguiente exposición a ella, sucede durante la convivencia y tras la separación.

Para estas niñas y niños puede resultar muy difícil romper el secreto de la violencia en sus familias anteriores, pero no menos hablar sobre aspectos del régimen de visitas que pueden ser negativos. Las figuras paterna y materna deben ser abordadas respetando los sentimientos de los menores, y debemos estar atentos a signos que nos indiquen la posibilidad de manipulación de los niños, o la existencia de acoso, tras la ruptura de pareja.

4. Estas niñas y niños tienen un elevado riesgo de ser objeto de malos tratos físicos, psicológicos, sexuales y ser atendidos de forma negligente, en el contacto con el maltratador.

Por lo cual otro elemento importante de nuestra evaluación e intervención será la investigación de posibles indicadores de maltrato infantil.

5. Las consecuencias para la salud mental de niños y niñas abarcan principalmente los trastornos de conducta, ansiedad y miedos, depresión, agresividad, baja autoestima y signos de trauma y estrés post-traumático.

Existe un amplio espectro de dificultades por ejemplo, comportamientos regresivos, enuresis y encopresis, problemas del sueño, pero resultará útil disponer de experiencia en la evaluación e intervención en estos cuadros.

6. Puede haber dificultades en el desarrollo de habilidades sociales, y creencias sobre la aceptabilidad de la violencia en las relaciones.

Este es un aspecto importante no sólo de cara a futuras relaciones, sino también en tiempo presente, porque la relación con los iguales será fundamental, por ejemplo, para la recuperación de preadolescentes, adolescentes y jóvenes.

7. El vínculo materno filial es objeto de ataques directos por parte del agresor, y a la vez un elemento sustancial en la recuperación de los menores.

Parte importante de nuestros objetivos será la evaluación del vínculo entre madre e hijos, y el restablecimiento (y a veces, establecimiento) de una relación saludable entre ellos.

Las intervenciones con estas niñas y niños, en particular con los más pequeños, requieren de un contacto continuado con las madres, como co-terapeutas, pero prestando especial cuidado a nuestro vínculo terapéutico con los menores (por ejemplo, los límites de la confidencialidad deben quedar claros para ambas partes desde el primer día).

Las señales de alerta no prueban una situación de maltrato, ya que pueden aparecer como síntomas de otras circunstancias, pero sí que identifican la necesidad de intervenir.

Lo que sí nos indicaría la posibilidad de existencia de una situación de maltrato infantil es la actitud de los padres y/o responsables del niño ante la intervención de los profesionales de la salud.

Si ante una señal de alerta, la actitud de los padres no es de solicitud, de apoyo o de colaboración ante la propuesta de intervención sino de indiferencia, rechazo u omisión de las indicaciones de la intervención, podemos pensar en una posible situación de maltrato infantil.

La siguiente tabla muestra los tipos de señales de alerta ante las que el profesional debe reaccionar para descartar (o no) la existencia de una posible situación de maltrato:

LACTANTE Y PREESCOLAR	EN EDAD ESCOLAR
* Trastorno de la alimentación.	* Dificultades escolares.
* Trastorno del sueño.	* Trastornos de la comunicación y la relación.
* Trastorno de la conducta.	* Trastornos de la conducta.
* Miedo y fobias leves.	* Trastornos por ansiedad.
* Anomalías en el juego.	* Trastornos del estado de ánimo.
* Retraso del desarrollo psicomotor.	* Manifestaciones somáticas.
	* Trastornos del comportamiento alimentario.
	* Abuso de sustancias tóxicas en adolescentes.
	* Trastornos psicóticos.

La valoración de la gravedad de un maltrato se puede definir por:

1. La cercanía afectiva/familiar/ambiental del agresor/a que ha provocado el maltrato.
2. El tipo de lesiones y secuelas del maltrato en el niño/a.
3. Si se trata de un hecho aislado o de una situación repetida.
4. La posibilidad de autoprotección del propio niño/a o lo que es lo mismo, la existencia de factores de vulnerabilidad tales como:
 - La corta edad del niño/a.
 - Las limitaciones personales (discapacidad física y/o psíquica).
5. La inexistencia de factores protectores externos:
 - Inexistencia de adultos cercanos que puedan protegerlo o que tengan capacidad para ello.
 - Dificultad de acceso del niño a recursos sociales, bien por la limitación que implica su edad, bien por la prohibición de los cuidadores de acceder a ellos.

La atención del niño con pérdida de peso. La valoración de enfermería

Respecto de la Valoración de enfermería hacia los menores, el trabajo de enfermería destaca la aplicación las siguientes pautas respecto de la violencia de género que puede padecer la mujer y registrar los datos según figuran en el registro anexo, para dar continuidad a las otras disciplinas que intervendrán en la atención de mujeres víctimas de violencia de género.

También se complementa la entrevista de admisión, con información relacionada con las necesidades fundamentales, (NF10) Comunicación (NF2), Comer y beber de forma adecuada, (NF 5) Dormir y descansar, La consulta inicia cuando el niño es traído por su madre a la consulta pediátrica. Allí se evalúan los siguientes aspectos:

- Durante la entrevista se presta atención al vínculo de la madre con el niño.
- Se constata el grado de desarrollo físico y madurativo del menor a través de la antropometría y tabla de pautas madurativas.
- Se observa el aspecto físico del niño y el grado de higiene.
- Se controla el cumplimiento del esquema completo de vacunas.
- También se observa la actitud que presenta la madre frente a una situación de llanto del menor.
- Se indaga sobre la posibilidad de haber presentado la familia situaciones de violencia.

Se evalúan además actitudes extremas en cuanto a reacciones de actividad o pasividad tanto de movimientos como de expresión de afectos o de dolor, sumisión o rebeldía.

Enfermería observa:

1. Dificultades para jugar, para relacionarse, para concentrarse
2. Miedos y desconfianza, sobresaltos y celos.
3. Baja autoestima, no reacciona a los elogios, inhibi-

- ciones, busca exageradamente la aprobación y aceptación.
4. Insuficientes hábitos de aseo, apariencia descuidada
 5. Vestimenta inadecuada según el clima
 6. Presenta lastimaduras, infecciones o síntomas sin atender y que perduran o se complican, problemas con la alimentación.
 7. Desnutrición, peso insuficiente, retrasos en el desarrollo físico, emocional e intelectual, cansancio, resfríos crónicos, vómitos, trastornos gástricos
 8. Moretones, heridas, mordeduras, quemaduras, dislocaciones fracturas, inflamaciones, conmociones, estado de shock.
 9. Horas de sueño, inicio y fin. Rituales para dormir, lugar para descansar. Medicamentos para dormir.

En el caso que la madre refiera situaciones de violencia en el núcleo familiar se da inicio al protocolo para situaciones de violencia intrafamiliar. Este protocolo propone:

- Evaluar la disponibilidad y actitud al tratamiento de la mujer y su núcleo familiar (familia extensa presente)
- Realizar un seguimiento semanal para valorar antropometría y pautas de crecimiento y desarrollo del o la menor.
- Establecer contacto con el progenitor a través de una citación, en el caso que no medie denuncia por violencia. De ser así la trabajadora social define el momento adecuado para involucrarlo en el tratamiento.
- Según el nivel de riesgo o daño, puede haber intervención judicial del caso.
- Realizar informes y registros semanales para la evaluación del alta.

Atención de la Mujer:

- Admisión de enfermería. Entrevista con Trabajadora social, atención con Psicóloga y Médico generalista.
- Incorporación a terapia grupal semanal coordinada por Trabajadora social, Psicóloga y Enfermera.

- Según el nivel de riesgo o daño, puede haber intervención judicial del caso.
- Seguimiento para asesoramiento de los derechos que tiene frente a medidas y garantías dadas por el juzgado.
- Seguimiento semanal con un perfil humanista con énfasis en la empatía a fin de logara la adhesión al tratamiento.

Reflexiones finales

Desde el 2004 al 2015, el dispositivo de cuidado en violencia intrafamiliar atendió a cientos de mujeres que padecieron violencia intrafamiliar ya sea por derivación judicial, médica, gabinete de escuela, o de forma espontánea. Muchas de ellas pudieron superar la situación y hoy forman parte de alguna organización que trabaja para que esta enfermedad social, pueda modificarse. El número de menores afectados por la violencia, en su mayoría fueron derivados por pediatría o medicina general. Creemos que los resultados ponen de manifiesto que es necesario aumentar la formación del personal médico y de enfermería sobre cómo identificar y tratar los casos de violencia intrafamiliar.

Es responsabilidad de todos/das mejorar la salud de quien está padeciendo malos tratos, actuando tanto desde el punto de vista preventivo como curativo.

A la luz de la evidencia científica, es difícil sostener la idea de que las niñas y niños que viven en hogares donde hay violencia contra sus madres puedan estar al margen de la misma. Sin embargo, no es infrecuente encontrar en profesiones afines, y a veces, entre nuestras propias filas, quienes sostienen que no habiendo existido una victimización directa (en forma de maltrato físico, psicológico, sexual o negligencia), la calidad del vínculo entre el padre y los menores no puede ser cuestionado. Parece que esa identificación de la violencia en la pareja como un hecho relativo al ámbito privado, que tanto esfuerzo ha costado derribar, sigue vigente cuando se trata de situar a las niñas y niños en el escenario, frenando la protección a favor de un proteccionismo de la relación paterno filial, por desconoci-

miento del (o por encima del) impacto que las agresiones a la madre tienen en el desarrollo, y sus consecuencias a corto y largo plazo.

La percepción de la violencia contra la mujer como un hecho relativo a la pareja, en lugar de a la familia, no sólo deja a los niños sin la parcela de protección que les corresponde, sino que también invisibiliza el sufrimiento de los familiares de la mujer maltratada (padres, hermanos), colectivos sin intervención ni apoyos específicos en nuestro país, pese a ser el primer asidero para ella, y recibir buena parte del impacto de las tácticas que los agresores ponen en marcha cuando la relación se rompe.

Las definiciones de malos tratos que sólo describan los incidentes violentos, generan una imagen incompleta. La violencia no es sólo el golpe o el insulto, la agresión sexual o el aislamiento de la víctima y sus hijos. La violencia es la disparidad misma en las relaciones intrafamiliares, el ejercicio despótico y arbitrario de la autoridad, por encima de las necesidades de los otros. Y ese aspecto, que se entreteteje en todo el funcionamiento familiar, abarca a los niños.

Son necesarias estadísticas de calidad, relativas a la exposición a violencia en la pareja en nuestro país, concurrencia de malos tratos infantiles, menores que quedan huérfanos tras los feminicidios, y cifras de menores heridos o asesinados en el escenario de la violencia de pareja.

Uno de los principales retos en este campo, parece ser identificar los factores protectores, pero también los de riesgo, que puedan explicar las diferencias en el impacto de la exposición en los menores (Fowler, y Chanmugam, 2007). Como factores más destacables se han mencionado las dificultades en el ejercicio de la parentalidad, las estrategias de afrontamiento y la aparición de reacciones traumáticas en niñas y niños, la frecuencia y severidad de la violencia, la edad, el género, la existencia o no de redes de apoyo, y la propia victimización de los menores (Peled y Davies, 1995; Carlson, 2000; Spilsbury et al. 2008). La tipología del maltrato infantil recoge el maltrato físico, el psicológico, la negligencia (física, emocional) y el abuso sexual (Arruabarrena y de Paúl, 1998).

BIBLIOGRAFÍA

1. ABRIL, MJ y MIRANDA, MJ (1978). La liberación posible. Madrid, Akal Editores.
2. ADDIS, E; CHEJTER, S; CHANETON, J; LOS, M; DE LAURENTIS, T; MARCUS, S; VANCE, J (1994) Violencia sexual. cuerpos y palabras en lucha. TRAVESIAS, AÑO II N^a 2 - Temas del Debate Feminista Contemporáneo. CECYM - (Centro de Encuentros Cultura y Mujer) Argentina.
3. ALBERDI, I y MATAS, N. (2002) La violencia doméstica. Informe sobre los malos tratos a mujeres en España. Colección Estudios Sociales -Fundación La Caixa. (PDF)
4. ALCALÉ SÁNCHEZ, M. (2000). El delito de malos tratos físicos y psíquicos en el ámbito familiar Tirant lo Blanch, Valencia.
5. ÁLVAREZ A. (1998). Guía para mujeres maltratadas. Consejo de la Mujer de la Comunidad de Madrid, Madrid.
6. AMORÓS C. (1990). Violencia contra las mujeres y pactos patriarcales, en Maqueira y Sánchez, comp., Violencia y sociedad patriarcal. Ed. Pablo Iglesias, Madrid.
7. ANDERSON B. Y ZINISFR (2000). Historia de las mujeres, una historia propia. Crítica. Madrid.
8. ARRUABARRENA, María Ignacia y de PAUL, Joaquín. (1996). "Maltrato a los niños en la familia". Evaluación y tratamiento. Madrid. Ediciones Pirámide, S.A.
9. BERLINGUER, G. (2009). Ética en salud. Buenos Aires: Lugar Editorial.
10. BRINGIOTTI, María Inés. (1999). "Maltrato Infantil". Factores de riesgo para el maltrato físico en la población infantil. Madrid. Miño y Dávila Editores.
11. BUTLER, J (1990) Variaciones sobre sexo y género. Beauvoir, Witting y Foucault en Benhabid, S. y Cornella, D. (Eds). Teoría feminista y teoría crítica. Alfons el Magánim, Valencia pp-193-211
12. COLLIERE M.F. (1993). Promover la Vida. De la práctica de las mujeres cuidadoras a los cuidados de enfermería. Barcelona: McGraw-Hill Interamericana.
13. CONVENCION SOBRE LOS DERECHOS DEL NIÑO Asamblea General de las Naciones Unidas en Nueva York, Estados Unidos de América, el 20 de noviembre de 1989.
14. MARRINER TOMEY, A. Teorías y Modelos. Barcelona: McGraw-Hill Interamericana. (2002)
15. Compilado de artículos periodísticos elaborado por el Consejo Nacional de la Mujer en el marco de la Campaña Vivir sin Violencia. Podrá acceder a artículos de medios locales e internacionales. En el desarrollo de los mismos se exponen, en casi todos los casos desde un enfoque adecuado de la violencia hacia las mujeres, distintas situaciones de violencia, cifras globales, entre otras: <http://www.vivirsinviolencia.gov.ar/periodisticos.html>
16. Ley Nacional 26.485 - De Protección Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres en los Ámbitos en que Desarrollen sus Relaciones Interpersonales, Artículo 9, sobre Registros de Violencia.
17. Arroyo Rodríguez, A. y Cols. "Formación en Género en la profesión de Enfermería". Revista Género y Salud en Cifras. Revista Oficial del Centro Nacional de Equidad de Género y salud Reproductiva. Vol 13 Num 1. Enero-Abril 2015
18. Attardo, C. "Psicólogas y Psicólogos por el Cambio. Promoción de la Salud con Perspectiva de Género. Revista Género y Salud en cifras. Revista Oficial del Centro Nacional de Equidad de Género y salud Reproductiva. Vol 13 Num 1. Enero-Abril 2015.
19. Gutiérrez María Alicia (2013): "La imagen del cuerpo. Una aproximación a las representaciones y prácticas en el cuidado y la atención de la salud. En Berkins y Fernández (comp.) La gesta del nombre propio. Buenos Aires. Ed. Madres de Plaza de Mayo. pp 71-9
20. Identidades Diversas, los mismos derechos. Primera Jornada Nacional de Diagnóstico Participativo. Serie Diversidad sexual y Derechos Sexuales y Reproductivos. En <http://www.unc.edu.ar/extension-unc/vinculacion/genero/legislacion-vigente-sobre-genero/cartillas/identidades-diversas.pdf>
21. Ley de Identidad de Género. En http://aulavirtual.derecho.proed.unc.edu.ar/pluginfile.php/33584/mod_resource/content/0/Ley_26.743_IDENTIDAD_DE_GyyNERO.pdf
22. LEY 25.673 Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación
23. Responsable. En Educación sexual integral para charlar en familia. En [pdf.http://www.msal.gov.ar/images/stories/publicaciones/pdf/educacionsexual-en-familia.pdf](http://www.msal.gov.ar/images/stories/publicaciones/pdf/educacionsexual-en-familia.pdf).
24. LeimingerMadelein, "Teoría del Cuidado Intercultural", teoriasdeenfermeriauns.blogspot.com.ar
25. Mujeres Organizadas por el Derecho a la Salud. Diagnóstico participativo Nacional sobre Salud Sexual y prevención del Cáncer de Cuello de Útero. En <http://www.msal.gov.ar/images/stories/ryc/graficos/0000000393ent-06-Mujeres%20Organizadas%20po%20el%20derecho%20a%20la%20salud.pdf>. RSMLAC, Popayán , Colombia. pp. 27-39

26. Paneuf Margaret "Cuidados de Enfermería", Interamericana 1999.
27. N.K. Sugg, R.S. Thompson, D.C. Thompson, R. Maiuro, F.P. Rivara Domestic violence and primary care: attitudes, practices and beliefs. *Arch Fam Med*, 8 (1999), pp. 301-306
28. McFarlane J, Soeken K. Weight change of infants, age birth to 12 months, born to abused women. *PediatrNurs*1999; 25: 19-23.
29. Campbell J. Abuse during pregnancy: a quintessential threat to maternal and child health, so when do we start to act? *JAMC* 2001; 164: 1578-9.
30. Borowsky I, Ireland M. Parental screening for intimate partner violence by pediatricians and family physicians. *Pediatrics* 2002; 110: 509-16.
31. Dowd MD, Kennedy C, Knapp J, Stalbaumer-Rouyer J. Mothers' and health care providers' perspectives on screening for intimate partner violence in a pediatric emergency department. *Arch PediatrAdolesc Med* 2002; 156: 794.
32. Chamberlain L. Domestic violence and child abuse: Ten lessons learned in rural Alaska *Policy & Practice of Public Human Services* 2001; 59: 32-8.
33. Florenzano R, Weil K, Cruz C, Acuña J, Fullerton C, Muñiz C et al. Personalidad limítrofe, somatización, trauma y violencia infantil: un estudio empírico. *RevChilNeuro-Psiquiatr*2002; 40: 335-40.
34. Trucco M. Estrés y trastornos mentales: aspectos neurobiológicos y psicosociales. *RevChilNeuro-Psiquiatr*2002; Suppl 2: 8-19.
35. Chatoor I, Schaeffer S, Dickson L, Egan J. Non-organic failure to thrive: A developmental perspective. *Pediatr Ann* 1984; 13: 829-843
36. Lobo ML, Barnard KE, Coombs JB. Failure to thrive: a parent-infant interaction perspective. *J PediatrNurs* 1992; 7: 251-261.
37. Farrell MK. Difficult feeders: Intervene or watch?. *J PediatrGastroenterolNutr* 1995; 20:2-3.