

Cambios en el comportamiento de niños, niñas y adolescentes víctimas de violencia intrafamiliar

Emerson Piantino Dias¹

Universidad Federal de Uberlândia (Minas Gerais, Brasil)

Karinne Regis Duarte²

Universidad Federal de Catalão (Goiás, Brasil)

RESUMEN

La violencia intrafamiliar contra niños, niñas y adolescentes es un problema de salud pública que puede tener graves consecuencias para el desarrollo físico y emocional. El objetivo de la investigación es describir la tipificación de la violencia contra niños, niñas y adolescentes, así como conocer los recursos utilizados por los profesionales de la salud para identificar marcas físicas y psicológicas provocadas por la violencia en esta población. Se trata de una investigación cualitativa en la que se utilizó el análisis de contenido según la propuesta de Bardin. Fueron entrevistados 14 profesionales de la salud de dos equipos de la Estrategia de Salud de la Familia, en la ciudad de Uberlândia, Brasil. El estudio permitió comprender las experiencias de los profesionales en la detección de manifestaciones que evidencian la presencia de violencia intrafamiliar practicada contra niños, niñas y adolescentes.

Palabras clave: Violencia intrafamiliar, Estrategia de Salud de la Familia, Análisis de contenido.

Behavior changes in children and adolescents victims of intrafamily violence

ABSTRACT

Domestic violence against children and adolescents is a serious public health problem that can have serious consequences for physical and emotional development. The objective of the research is to describe the typification of violence against children and adolescents as well as to know the resources used by health professionals to identify physical and psychological marks caused by violence in this population. This is qualitative research using Content Analysis, according to Bardin's proposal. Fourteen health professionals from two teams of the Family Health Strategy were interviewed, in the city of Uberlândia, Brazil. The study made it possible to understand the experiences of professionals in the detection of manifestations that show the presence of domestic violence practiced against children and adolescents.

Keywords: Intrafamily violence, Family Health Strategy, Content analysis.

¹ Enfermero, Doctor en Psicología. Código ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1674-4023>. Correo electrónico: emersonpantino@ufu.br

² Psicóloga, Doctora en Psicología. Código ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4413-6498>. Correo electrónico: karinneduarte@ufcat.edu.br

INTRODUCCIÓN

Brasil, un país con muchas desigualdades económicas y sociales e históricamente adultocéntrico, sexista y racista, es extremadamente violento con los niños, niñas y adolescentes pobres, que son la mayoría de los usuarios del sistema público de salud. Esta es una violencia acumulativa y excluyente, que en sus diversas manifestaciones, física, psicológica, sexual, negligencia y abandono, les provoca problemas de salud, como dolores de cabeza, náuseas, trastornos del sueño, dificultad para respirar, depresión, apatía, irritabilidad, ansiedad, miedo, dificultades de aprendizaje, además de generar una mayor demanda de atención en los servicios de la red pública de salud (Oliveira, 2014).

Investigar la violencia intrafamiliar contra niños, niñas y adolescentes desde la perspectiva de la salud se justifica porque es una posibilidad de reconocer las agresiones ejercidas por las familias contra sus hijos. El Programa Salud de la Familia (PSF), creado por el Ministerio de Salud de Brasil en 1994 y denominado hoy Estrategia de Salud de la Familia (ESF), opera como la entrada a la red de protección. La ESF tiene los siguientes objetivos: a) asistencia a las familias en unidades de salud y domicilios; b) atención integral, continua y de buena calidad a las necesidades de salud de la población atendida, y c) intervenir sobre los factores de riesgo a los que está expuesta la población. Las unidades de salud de la familia están compuestas básicamente por un médico generalista, un enfermero, un técnico o auxiliar de enfermería y los agentes comunitarios de salud (ACS), además de otros profesionales que también pueden integrar los equipos, como psicólogos, trabajadores sociales y odontólogos, de acuerdo a las necesidades de las familias atendidas (Secretaria Municipal de Saúde de Uberlândia, 2014).

Conocer y saber identificar aquello que pone en evidencia las manifestaciones de violencia que más afectan a los niños, niñas y adolescentes es fundamental para ofrecer atención y protección social, especialmente en la red pública de salud. Los conceptos básicos de los principales tipos de violencia son: la *violencia física*, que puede practicarse mediante bofetadas, pellizcos, patadas y lanzamiento de objetos, y que provoca lesiones, traumatismos, quemaduras, mutilaciones y puede desembocar incluso en la muerte; la *violencia sexual*, que es todo acto o juego sexual con el propósito de estimular sexualmente a ese niño, niña o adolescente, o utilizarlos para obtener estimulación sexual; la *violencia psicológica*, que se refiere a cualquier acción que ponga en peligro o cause daño a la autoestima, la identidad o el desarrollo, y la *negligencia/abandono*, que representa una falta de atención a las necesidades físicas y emocionales de un niño, niña o adolescente (Ministério da Saúde, 2010).

De esta forma, el maltrato contra niños, niñas y adolescentes se relaciona con toda forma de agresión que pueda causar daño real o potencial a la salud, la supervivencia, el desarrollo y la dignidad humana. En busca de formas de prevención y protección para esta población, la dinámica del trabajo en red es fundamental, o sea, la articulación de diferentes sectores y áreas de conocimiento con el fin de obtener una interlocución que posibilite efectuar la integración entre asistencia social, educación, salud, deporte y ocio, defensa social y cultura y fortalecimiento de la protección social de la niñez y la adolescencia (Ministério da Saúde, 2010; Moreira, 2017). El trabajo interdisciplinario reúne diferentes disciplinas y niveles y permite intercambiar experiencias de manera integrada y coordinada, con un objetivo común (Dias y Nogueira, 2012).

La reflexión sobre la interdisciplinariedad y la multiprofesionalidad en el campo de la violencia y la salud no es una imposición externa, sino una exigencia epistemológica intrínseca y esencial. Sin pretender agotar esta reflexión metodológica, es necesario enfatizar que el principio de cooperación es central y debe prevalecer sobre la jerarquía de disciplinas, la competencia institucional y la oposición entre teoría y práctica. Abordar el tema de la violencia debe contemplar la argumentación en un coro polifónico y dialógico (Minayo y Souza, 1997).

Así, este trabajo busca describir la tipificación de la violencia contra niños, niñas y adolescentes y dar a conocer los recursos utilizados por los profesionales de la salud para identificar marcas físicas y psicológicas provocadas por la violencia en esta población.

La violencia contra los niños, niñas y adolescentes es una realidad mundial que perturba a los organismos gubernamentales y a la sociedad. Es responsable de altas tasas de morbilidad y mortalidad y requiere una respuesta urgente de la sociedad y los servicios de salud para enfrentar este problema que hoy forma parte de la agenda de salud pública y de la promoción de la salud en varios países (Barbosa et al., 2009, p. 25).

En Brasil, el maltrato, la violencia y el abandono han marcado la trayectoria de la infancia pobre. Los niños, niñas y adolescentes crecen insertos en un proceso sociopolítico de trabajo temprano, subordinación, control político, disciplina y obediencia tutelada, situación que, desde el punto de vista actual, parece totalmente inadecuada para el desarrollo de esta población.

Los datos más recientes del Ministerio de Salud revelan que en 2021 se denunciaron en Brasil 27.544 casos de violencia física contra niños, niñas y adolescentes y 20.251 casos de violencia sexual. En la ciudad de Uberlândia se registraron, durante ese mismo año, 181 casos de violencia física y 200 casos de violencia sexual. Este panorama puede ser aún más grave si se tiene en cuenta que muchos de estos delitos nunca son denunciados. El trabajo multidisciplinario desarrollado por la ESF en conjunto con la red de protección es una articulación indispensable no solo para identificar, notificar, prevenir y combatir los casos de violencia, sino para apoyar a los profesionales de la salud en sus prácticas en la red (Seger et al., 2010).

El conocimiento de las prácticas de estos profesionales es fundamental para fortalecer las políticas de combate a la violencia contra los niños, niñas y adolescentes y dar una respuesta más ética a las necesidades de las comunidades y a las posibilidades que la psicología puede ofrecer como una poderosa estrategia de atención.

En una investigación cualitativa realizada en una ciudad de la provincia de Río de Janeiro con profesionales que actúan en la ESF en relación con los desafíos de la atención a la violencia doméstica practicada contra niños, niñas y adolescentes, los resultados indicaron que la detección de la violencia se da a través de la comunicación con otras instituciones, principalmente con las escuelas, pero también por medio de las denuncias de los vecinos a los agentes comunitarios y de las observaciones realizadas durante las visitas domiciliarias. También se pudo percibir el reconocimiento al trabajo de la ACS en la detección de casos (Lobato et al., 2012).

El presente artículo utiliza en específico datos de la categoría Comportamiento en el marco de la investigación mencionada. Agradecemos a la Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) por el apoyo a este estudio, parte de la tesis doctoral titulada "RED SIN LAZOS: análisis psicosocial de la atención a la salud de niños y adolescentes víctimas de violencia en la ciudad de Uberlândia - MG" por la Universidad Católica de Minas Gerais - PUC-Minas.

METODOLOGÍA

Esta investigación cualitativa se realizó con profesionales de la ESF en la ciudad brasileña de Uberlândia, Minas Gerais, a través de entrevistas semiestructuradas. Las entrevistas fueron grabadas, transcritas y sometidas a análisis de contenido siguiendo la modalidad de análisis temático, que vincula el tema a un enunciado, el cual puede ser representado por palabras, frases o resúmenes. Su objetivo es revelar las categorías que aparecen en los mensajes, cuya frecuencia tiene alguna representación para el objeto estudiado (Minayo, 2010).

Como criterio para la elección de los entrevistados, se seleccionó como informante a un representante de cada una de las categorías profesionales que integran el sistema de atención del ESF considerando como criterio de heterogeneidad que formaran parte de un equipo más antiguo y de uno más reciente. La elección se justifica por la consideración de que el tiempo de trabajo y la experiencia vivida por los profesionales produciría abordajes diferentes en el tratamiento de los casos de violencia contra niños, niñas y adolescentes.

Fueron entrevistados 14 profesionales, entre asistentes sociales, enfermeros, odontólogos, logopedas, médicos, psicólogos, agentes comunitarios de salud (ACS) y técnicos de enfermería. Las entrevistas fueron grabadas digitalmente después de la autorización del entrevistado mediante la firma del Formulario de Consentimiento Libre e Informado (TCLE), en conformidad con la Resolución N° 466/2012 del Consejo Nacional de Salud. La aprobación del proyecto para la realización de este estudio fue dada por el

Comité de Ética en Investigación (CEP) de la Pontificia Universidad Católica de Minas Gerais (PUC Minas), bajo el dictamen número 1.481.780.

El análisis del material obtenido en las entrevistas se realizó en tres etapas, a saber: 1) ordenación de los datos con la transcripción de las grabaciones, relectura del material y organización de los relatos; 2) clasificación o exploración de los datos para la elaboración de categorías temáticas, y 3) análisis o tratamiento final de los resultados obtenidos estableciendo los vínculos entre datos y teorías³.

El presente artículo utiliza en específico datos de la categoría Comportamiento en el marco de la investigación mencionada. La categorización es una operación de clasificación de los elementos constitutivos de un conjunto, por diferenciación y luego por reagrupación, según el género (analogía), con criterios previamente definidos. Las categorías son rúbricas o clases que agrupan un grupo de elementos (unidades de registro, en el caso del análisis de contenido) bajo un título genérico, agrupación realizada a partir de los caracteres comunes de estos elementos (Bardin, 2011).

RESULTADOS

Los siguientes registros presentan datos sobre las experiencias cotidianas que los profesionales que actúan en la ESF tienen en relación con los niños, niñas y adolescentes víctimas de violencia doméstica. Cuando preguntamos a los profesionales sobre cómo percibían la violencia doméstica contra los niños en su actividad profesional, algunos la identificaron en el comportamiento que presentaban los niños en determinados momentos y también en el cambio de comportamiento de sus padres o tutores.

En la siguiente narración, podemos ver que cuando una niña fue atendida acompañada por sus padres, tanto la profesional del servicio social como los padres notaron cambios en el comportamiento de la niña:

Solo tuve un contacto muy rápido, luego, ayer, recibí la notificación del agravamiento, me di cuenta de que también había una relación con eso, el cambio de comportamiento, y el informe que me hicieron los padres ayer, fue su cambio de ser completamente activa y tal, y de repente comenzó a ponerse llorosa, irritada, nerviosa (A6 - asistente social)

Durante la atención a esta familia, la profesional observó cambios en el comportamiento habitual de la niña y lo relacionó con algún tipo de violencia en su entorno.

El proceso histórico permite visualizar cómo los niños y adolescentes fueron, a lo largo del tiempo, envueltos en relaciones de agresión y maltrato por parte de diversas instituciones sociales. Independientemente del tipo de violencia, ya sea física, psicológica

³ La clasificación para identificar las declaraciones de los entrevistados se hizo de la siguiente manera: A1 para el primer entrevistado del equipo más antiguo y R1 para el primer entrevistado del equipo más reciente; A2 para el segundo entrevistado del equipo más antiguo y R2 para el segundo entrevistado del equipo más reciente, y así sucesivamente hasta A7 y R7, siempre utilizando la categoría profesional de cada uno de los entrevistados.

o sexual, los estudios indican que el maltrato ocurre no solo en el ámbito doméstico, sino también en otros espacios donde vive el niño, como la escuela, por ejemplo. La intensidad de los problemas depende de la conjunción de varios factores, como el desarrollo psicológico y la capacidad intelectual del niño; el vínculo afectivo entre el agresor y la víctima; la representación del maltrato a niños, niñas y adolescentes; su duración; la naturaleza de la agresión o, incluso, las medidas en curso para la prevención de futuros abusos (Reichenheim et al., 1999).

En otra entrevista, una enfermera informó que durante el servicio había notado cambios de comportamiento tanto en el niño en tratamiento como en la madre que lo acompañaba:

... muchas veces notamos esto a través del cuidado [...], podemos identificar algún cambio en el cuidado de este niño [...], en cuanto al cuidado que realmente hacemos, podemos ver algunas actitudes, ¿no? El niño hiperactivo, más agresivo, el comportamiento de la madre, nosotros observamos cómo ella trata al niño en ese momento, aquí (A1 - enfermera).

La experiencia de los profesionales durante el servicio muestra la importancia de estar siempre atentos, ya que muchas veces los cambios en el comportamiento de niños, niñas y adolescentes o padres pueden indicar casos de violencia en el ámbito intrafamiliar. En este sentido, Morales y Schramm (2002) señalan algunos efectos de la violencia psicológica, tales como: incapacidad para aprender, incapacidad para construir y mantener relaciones interpersonales satisfactorias, comportamiento y sentimientos inadecuados a las circunstancias normales, estado de ánimo infeliz y tendencia a desarrollar síntomas psicósomáticos. La violencia afecta el desarrollo emocional, conductual, social, sexual y cognitivo de las víctimas, interfiriendo de forma negativa en su bienestar y calidad de vida, y las consecuencias pueden persistir durante toda la edad adulta (Barros y Freitas, 2015; Garbin et al., 2012; Hohendorff et al., 2012).

Los ACS tienen un papel fundamental en la atención de los niños y adolescentes, en el sentido de que, por su trato cercano en los espacios familiares, pueden percibir cambios en su comportamiento, identificar casos de violencia intrafamiliar e incluso condiciones que indican que esta puede ocurrir. En los discursos de dos agentes notamos que la relación que tienen con las familias les permite este tipo de percepción. El primero indicó: “notamos, se nota, que el niño está más triste, [...] vemos más a ese niño, que está más acurrucado, más callado, vemos que no es así para adelante, no es normal para un niño” (A2 - ACS). El segundo, por su parte, compartió el siguiente relato:

... una niña pequeña que su madre aseguraba que tenía problemas mentales y depresión, y no llevó a la niña a la escuela, golpeó a la niña, le gritó a la niña, llamó animal a la niña, entonces, como lo que notamos. Es esto, al primer contacto lo que observamos es la casa, el ambiente en el que vive el niño, la forma en que el pariente trata a este niño, incluso [...] la forma en que habla del niño. Cuando llegamos a esta casa, su madre dijo, sí, ella la llamó “perra”. Entonces nos damos cuenta, inicialmente es eso, no hay forma de que podamos crear un vínculo con este paciente (R1 - ACS).

El comportamiento agresivo de los miembros de la familia, la falta de respeto en la relación entre padres e hijos son caracterizados como violencia psicológica. En este caso, los síntomas que pueden presentar los niños, niñas y adolescentes son crecientes y acumulativos, lo que provoca un mayor deterioro en el desarrollo. También notamos que se trata de un atravesamiento entre el profesional de la salud y la familia, y esto puede dificultar el abordaje del caso, como cuando la ACS dice que “no hay forma de que podamos crear un vínculo con este paciente” (R1 - ACS).

En este contexto podemos destacar la importancia de las ACS en la identificación de casos de violencia dada la posición estratégica que ocupan en la comunidad, pero es necesario el apoyo de otros profesionales de la ESF, e incluso de la Red de Atención a la Salud (RAS), para que el o la ACS pueda trabajar con las familias en situación de violencia de manera articulada. Un profesional de la psicología resalta que tanto los cambios en el comportamiento como en la educación y el aprendizaje pueden estar presentes en casos de violencia contra niños, niñas y adolescentes. También destaca que la escuela identifica y orienta a los niños para la asistencia y señala el papel de la ACS en el sentido de dar visibilidad en algunos casos:

Empieza muy velado, es algo que no nos queda muy expuesto, el paciente es difícil de buscar, pero la escuela se da cuenta y generalmente nos lo reenvía y muchas veces incluso con otros problemas en la educación, problemas de aprendizaje, problemas de comportamiento, y cuando los agentes van a investigar, nosotros notamos algunas cosas, así, e incluso los agentes de salud también, lo que nos genera muchos problemas (A7 - psicóloga).

En el caso de las consultas realizadas por profesionales de la odontología, además de la percepción del cambio de comportamiento relacionado con el miedo que los niños tienen de sus padres, uno de los profesionales entrevistados refiere la falta de atención, que se puede caracterizar como negligencia, y señales aparentemente causadas por violencia física que son visibles:

Por el comportamiento del niño, cuando es un niño que le tiene mucho miedo a sus padres, como cuando intentas acercarte a ese niño para que venga a la silla, para ser atendido, mira al padre con mucho miedo, su comportamiento aparece, así, como muy asustado, y el padre tiene una voz más incisiva, ¿no? El padre o la madre, la voz más incisiva, entonces, tratamos de acercarnos al niño, al principio, con la voz más dulce, ¿no?, abrazando a ese niño, y muchas veces, cuando el niño ya está asqueado por el odontólogo, y ya tiene miedo de todo allí [...] ya te das cuenta que ya hay algo más ligado ahí, así que, como más por el comportamiento, ¿sabes? (R5 - odontóloga).

... hoy atendí a dos niños, un niño y un adolescente, que son menores de edad. La madre les dice que vengan y ni siquiera está, ¿no? Aquí nunca he visto a nadie con una marca en el cuerpo, tratamos de observar, pero ya ves que no hay tanto cuidado, ¿no? Pero en Romaria, que es una ciudad cercana, atendí a una niña que tenía marcas púrpuras en el cuerpo y todo, pero aquí nunca lo he visto (A4 - odontóloga).

Se puede observar que, aún identificando señales de que algo no anda bien con el niño, como el hecho mismo de que los padres no acompañen a sus hijos, el profesional parece temer levantar sospechas, ya que no notó marcas físicas o no tenía evidencia material.

Los odontólogos tienen un papel importante en el reconocimiento de niños y adolescentes víctimas de violencia, especialmente en casos de violencia física y negligencia. Algunos tipos de maltrato pueden percibirse en el momento de la atención odontológica, cuando el niño o adolescente presenta lesiones faciales, dentales o de tejidos blandos sin una explicación coherente y con un informe incompatible con el cuadro clínico. Los odontólogos asumen una posición estratégica en la reducción del impacto de cualquier tipo de abuso o negligencia que pueda comprometer el desarrollo físico, emocional y social del niño abusado (Alves et al., 2016). En este sentido, destacamos que

La identificación inmediata y la denuncia del maltrato dental infantil y la negligencia por parte del odontólogo es esencial para la protección de los niños. Por lo tanto, es fundamental que estos profesionales actúen más, a través de la observación, en el registro y la notificación de casos sospechosos a los sectores de protección de la infancia, para evitar que se repitan otras agresiones. Se sabe que denunciar el abuso no es fácil, pero garantizar la seguridad del niño debe ser una prioridad. Además, informar significa contribuir y asumir la responsabilidad profesional inherente a la profesión odontológica (Massoni et al., 2010, p. 408).

Independientemente de la formación profesional, quienes trabajan con niños y adolescentes necesitan necesariamente una formación que les permita reconocer las señales de violencia. Los cambios de comportamiento que presentan los niños pueden estar relacionados con la intimidación que el agresor puede causar en las víctimas. Este tipo de alteración puede estar relacionada con la violencia psicológica, como podemos ver en la siguiente entrevista:

Me doy cuenta de que... un volumen muy grande de violencia, que muchas veces no es violencia física. Entonces, no es solo en familias de alto riesgo o familias de bajos recursos, con una estructura un poco más precaria, es en familias de varios niveles. La mayoría de los niños sufren algún tipo de violencia psicológica, ya sea simple o mucho más articulada, ya sea consciente o inconsciente, y esto generará una perturbación en esos niños, en diferentes grupos de edad, tanto por parte de los padres como de los alumnos, dependiendo del comportamiento que se me presente, es como una cadena (R4 - psicóloga).

La violencia psicológica ha mostrado ser muy frecuente y requiere una mayor atención por parte de los profesionales de la salud, ya que su manifestación, a veces sutil, puede pasar desapercibida. La violencia psicológica, a pesar de su gran frecuencia, es la menos identificada debido al alto grado de tolerancia existente hacia ella en la sociedad brasileña. Hay padres que solo tocan a sus hijos cuando les pegan. Prácticamente nadie denuncia o culpabiliza a los padres, familiares, maestros, policías, profesionales de la salud, entre otros, que descalifican o humillan a niños, niñas y adolescentes. La violencia psicológica, a diferencia de la violencia física, no deja señales inmediatamente visibles en el cuerpo,

pero destruye la propia imagen y se manifiesta en el comportamiento de los niños, niñas y adolescentes. Así, es común ver a niños que golpean, maldicen, gritan dentro y fuera de la casa, ya que aprenden a comportarse de esta manera. Ello explica la importancia de los profesionales en la detección y la denuncia de casos probados o incluso sospechosos ante los órganos competentes (Garbin et al., 2011).

Para ilustrar mejor los cambios de comportamiento que pueden ocurrir con los niños, niñas y adolescentes, el Ministerio de Salud lanzó en 2010 la “Línea de cuidados para la atención integral en salud de los niños, niñas, adolescentes y sus familias en situación de violencia: orientación para gestores y profesionales de la salud”. En este material encontramos un esquema de posibles cambios que pueden ocurrir en determinados grupos de edad, lo que puede servir de modelo para identificar comportamientos en vínculo con situaciones de violencia que, muchas veces, representan una demanda de atención en los servicios de salud, recordando que deben ser comprendidos como de valor genérico y siempre acumulativo.

Los cambios en el comportamiento de los niños, niñas y adolescentes son destacados por todos los profesionales, lo que da cuenta de que tienen una concepción sobre cuál debe ser el comportamiento más adecuado de los niños en determinadas edades. Además, deja translucir el hecho de que, como profesionales de la ESF, establecen una estrecha relación con esas familias, por lo tanto, que los niños no son ajenos a los profesionales y que estos son capaces de establecer puntos de comparación entre diferentes manifestaciones de comportamiento de los mismos en diferentes días de atención.

Es competencia de los profesionales de la salud elaborar un diagnóstico de los casos de violencia, así como conocer el camino a seguir en los casos de sospecha y/o confirmación de la ocurrencia. Sin embargo, muchos profesionales no están preparados para actuar adecuadamente ante tales situaciones o simplemente no saben reconocer lesiones y/o comportamientos característicos de las víctimas, lo que podría explicar el bajo número de notificaciones. Las denuncias de casos sospechosos o confirmados de violencia infantil son de fundamental importancia, ya que es a través del conocimiento epidemiológico de esas situaciones que se pueden desarrollar políticas públicas dirigidas a la intervención y la prevención (Almeida et al., 2012).

En ese sentido, notamos la dificultad que experimenta un médico en el trato con padres que no quieren denunciar al agresor de su hija por haber sido amenazados y su preocupación ante el cambio de comportamiento de la víctima:

En el caso de este niño que fue agredido sexualmente, un niño de tres años es..., los padres no quieren hablar, el niño está muy acorralado [...] Era así, por ejemplo: era una niña que llegó a la unidad, era muy expansiva, hablaba, ahora no, es una niña que siempre tiene miedo, la miras y siempre está tranquila en su rincón, y ella no era así, ¿sabes? Y así es... los padres no quieren hablar porque ella fue amenazada por el agresor, entonces parece que ella dijo no, esto no pasó y se va a olvidar (A3 - médica).

Generalmente, los casos omitidos en relación con hechos violentos pueden estar relacionados con el miedo tanto de los profesionales como de las familias víctimas. Otras de las razones para no notificar, puede ser la falta de confianza en el sistema de protección a las víctimas. La notificación obligatoria está directamente ligada a la visibilidad de los casos, lo que puede contribuir a la revictimización de los afectados e incluso a nuevos incidentes de violencia contra niños, niñas y adolescentes.

CONCLUSIONES

El estudio permitió acercarse a las experiencias de los profesionales en la detección de manifestaciones que evidencian la presencia de casos de violencia contra niños, niñas y adolescentes dentro de la familia. Así, se da cuenta de la aparición de cambios en el comportamiento de estos niños, niñas y adolescentes, relacionados con la forma de desenvolverse de acuerdo con su edad. Las manifestaciones que presentaban las víctimas estaban asociadas a dificultades de aprendizaje, hiperactividad, agresividad y apatía. También notamos que algunos profesionales ven en el comportamiento de los padres o tutores de los niños, niñas y adolescentes afectadas conductas sospechosas, como miradas amenazantes, aumento del tono de voz, maldecir e incluso negligencia. Este tipo de experiencia es importante porque, a través de estas manifestaciones conductuales, se pueden sospechar casos de violencia y dar pie a investigaciones con el fin de confirmar estas suposiciones.

Otro factor que llama nuestra atención es el subregistro de la violencia psicológica, que también es perjudicial para la vida de los niños, niñas y adolescentes. En este sentido, es necesaria la educación permanente de los profesionales y la mejora del sistema de notificación para que esta pueda ser visibilizada y puedan diseñarse estrategias de prevención y enfrentamiento de tales situaciones.

La violencia intrafamiliar puede ocurrir en cualquier tipo de configuración familiar. Además, la violencia contra niños, niñas y adolescentes, aunque ocurre con mayor frecuencia en el ámbito doméstico o cercano, no se restringe a este espacio. La violencia también puede darse en espacios públicos, como las escuelas, los hospitales, la asistencia social, y puede ser interpretada como una relación interpersonal de poder, asimétrica, jerárquica, cuyo fin es el dominio del otro, a quien se le coloca en una posición de desigualdad, ya sea por su edad o su género. La institución del Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) en 1990 en Brasil contribuyó decisivamente a mostrar los intrincados problemas de las relaciones de género y a la visibilización de los casos de violencia intrafamiliar cometidos contra niños, niñas y adolescentes, en los que tanto hombres como mujeres aparecen como agresores (Dias, 2019; Sarti, 2004; Sousa y Moreira, 2013).

Se concluye que es necesario ampliar las miradas sobre la atención a los niños, niñas y adolescentes que sufren violencia intrafamiliar, ya sea a través de acciones

interdisciplinarias e intersectoriales o de prevención, así como capacitar a los profesionales y dar mayor difusión al flujo de atención y seguimiento de las situaciones de violencia, además de hacer más efectivo el sistema de notificación obligatoria, ya que este es un instrumento capaz de actuar como factor de protección cuando se asocia a otras estrategias.

Por lo tanto, es necesario también ofrecer a los profesionales de la salud que trabajan cotidianamente con la violencia intrafamiliar, además de capacitación y educación permanente, apoyo psicosocial para que puedan expresar y elaborar sus experiencias de trabajo en el sentido de fortalecerlos para que puedan actuar en la acogida de niños, niñas y adolescentes en situación de violencia, así como para enfrentar y combatir este tipo de situaciones.

Es importante que otras instituciones, como las escuelas, formen parte de la red de atención a la salud de los niños, niñas y adolescentes, ya que son espacios clave para la identificación de casos de violencia. La ciudad de Uberlândia tiene un organigrama específico para el tratamiento de estos casos, pero el área de educación no forma parte de él.

El trabajo de fortalecimiento de las redes (de salud, educación, protección) es una estrategia que debe ser considerada para un trabajo articulado y efectivo. A partir de esta investigación, se plantean, además, otros aspectos, como la pertinencia de las acciones interdisciplinarias e intersectoriales en la prevención y el combate de la violencia contra niños, niñas y adolescentes, así como la importancia de la formación de los profesionales de la salud y del sistema de notificación obligatoria como instrumento de protección..

REFERENCIAS

Almeida, A. H. V., Silva, M. L. C. A., Musse, J. O. y Marques, J. A. M. (2012). A responsabilidade dos profissionais de saúde na notificação dos casos de violência contra crianças e adolescentes de acordo com seus códigos de ética. *Arquivos em Odontologia*, 48(2), 102-115. <http://revodonto.bvsalud.org/pdf/aodo/v48n2/a08v48n2.pdf>

Alves, M. A., Fonseca, B. A., Soares, T. R. C., França, A. K. A., Azevedo, R. N. y Tinoco, R. L. R. (2016). Importância do cirurgião-dentista no diagnóstico de abuso sexual infantil: Revisão de literatura. *Revista Brasileira de Odontologia Legal*, 3(2), 92-99. <https://doi.org/10.21117/rbol.v3i2.9>

Barbosa, I. L. et al. (2009). Conhecimento da equipe básica de Saúde da Família sobre notificação de maus tratos contra crianças e adolescentes no município de Pacajus, CE. *Cadernos ESP*, 3(1), 24-32. <https://cadernos.esp.ce.gov.br/index.php/cadernos/article/view/25>

Bardin, L. (2011). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.

Barros, A. S. y Freitas, M. F. Q. (2015). Violência doméstica contra crianças e adolescentes: Consequências e estratégias de prevenção com pais agressores. *Pensando Famílias*, 19(2), 102-114. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/penf/v19n2/v19n2a09.pdf>

Dias, E. P. (2019). *Rede sem laços: análise psicossocial da atenção em saúde prestada às crianças e adolescentes vítimas de violência no município de Uberlândia, MG*. Tesis de Doctorado. Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. http://www.biblioteca.pucminas.br/teses/Psicologia_DiasEP_1.pdf

Dias, R. B. y Nogueira, F. P. S. (2012). Trabalho em equipe. En G. Gustavo y M. C. L. José, *Tratado de medicina de família e comunidade: Princípios, formação e prática* (Vol. 2). Porto Alegre: Artmed.

Garbin, C. A. S., Queiroz, A. P. D. G., Rovida, T. A. S. y Saliba, O. (2012). A violência familiar sofrida na infância: Uma investigação com adolescentes. *Psicologia em Revista*, 18(1), 107-118. <http://dx.doi.org/10.5752/P.1678-9563.2012v18n1p107>

Garbin, C. A. S., Rovida, T. A. S., Joaquim, R. C., Paula, A. M. y Queiroz, A. P. D. G. (2011). Violência denunciada: Ocorrências de maus tratos contra crianças e adolescentes registradas em uma unidade policial. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 64(4), 665-670. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672011000400006>

Hohendorff, J. V., Habigzang, L. F. y Koller, S. H. (2012). Violência sexual contra meninos: Dados epidemiológicos, características e consequências. *Psicologia USP*, 23(2), 395-416. <https://doi.org/10.1590/S0103-65642012005000007>

Lobato, G. R., Moraes, C. L. y Nascimento, M. C. (2012). Desafios da atenção à violência doméstica contra crianças e adolescentes no Programa Saúde da Família em cidade de

médio porte do estado do Rio de Janeiro, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 28(9), 1749-1758. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2012000900013>

Massoni, A. C. L. T., Ferreira, A. M. B., Aragão, A. K. R., Menezes, V. A. y Colares, V. (2010). Aspectos orofaciais dos maus-tratos infantis e da negligência odontológica. *Ciência Saúde Coletiva*, 15(2), 403-410. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000200016>

Minayo, M. C. (2010). *Pesquisa social: Teoria, método e criatividade*. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes.

Minayo, M. C. S. y Souza, E. R. (1997). Violência e saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva. *História Ciências, Saúde-Manguinhos*, 4(3), 513-531. <https://doi.org/10.1590/S0104-59701997000300006>

Ministério da Saúde (2010). Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências: Orientação para gestores e profissionais de saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_crianças_famílias_violências.pdf

Morales, Á. E. y Schramm, F. R. (2002). A moralidade do abuso sexual intrafamiliar em menores. *Ciência Saúde Coletiva*, 7(2), 265-273. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232002000200007>

Moreira, T. S. (2017). *Núcleo de atendimento virtual em saúde do adolescente: Uma possibilidade de intervenção no ambiente escolar*. Disertación, Universidade do Estado da Bahia.

<http://www.saberaberto.uneb.br/bitstream/20.500.11896/1132/1/TATIANA%20DOS%20SANTOS%20MOREIRA%20-%20%20GESTEC%20%202015.1.pdf>

Oliveira, B. A. C. S. (2014). Sem palmada. *Psique*, 8(103), 24-30.

Reichenheim, M. E., Hasselmann, M. H. y Moraes, C. L. M. (1999). Conseqüências da violência familiar na saúde da criança e do adolescente: Contribuições para a elaboração de propostas de ação. *Ciência Saúde Coletiva*, 4(1), 109-121. <https://doi.org/10.1590/S1413-81231999000100009>

Sarti, C. A. (2004). O feminismo brasileiro desde os anos 1970: Revisitando uma trajetória. *Estudos Feministas*, 12(2), 35-50. <https://doi.org/10.1590/S0104-026X2004000200003>

Seger, Â. C. B. P., Caldart, P. y Grossi, P. K. (2010). Desvelando a violência contra as crianças em um hospital universitário: Desafios para o Serviço Social. *Textos & Contextos*, 9(1), 118-131. <https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/view/7286>

Sousa, S. M. G. y Moreira, M. I. C. (2013). *Quebrando o silêncio: Disque 100: Estudo sobre a denúncia de violência sexual contra crianças e adolescentes no Brasil*. Goiânia: Secretaria de Direitos Humanos-SDH/PR, Cãnone.

Secretaria Municipal de Saúde de Uberlândia (2014). Unidades básicas de saúde da Família. http://www.uberlandia.mg.gov.br/2014/_secretaria/65/saude