Universidad Nacional de Mar del Plata - Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social

Repositorio Kimelü **http://kimelu.mdp.edu.ar/**

Licenciatura en Trabajo Social Tesis de Trabajo Social

2014

Intervención del Trabajador Social en situaciones de maltrato Infantil : Experiencia realizada durante el año 2012, en el sector de Pediatría Cuidados Moderados A del Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil “Victorio Tetamanti”

López Juno, Ana Clara

http://200.0.183.227:8080/xmlui/handle/123456789/107

Downloaded from DSpace Repository, DSpace Institution's institutional repository

Universidad Nacional de Mar del Plata

Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social

Departamento de Servicio Social

Licenciatura en Servicio Social

TESIS DE GRADO

Intervención del Trabajador Social en situaciones de Maltrato Infantil. Experiencia realizada durante el año 2012, en el Sector de Pediatría Cuidados Moderados A del Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil "Victorio Tetamanti"

Autora: López Juno, Ana Clara.

Mat. Estudiante: 10149/08.

Director: Lic. Epele, María Eugenia.

Co-Director: Lic. Abraham, Yasmin.

Año: 2014.

AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer a todos aquellos que estuvieron a mi lado durante el transcurso de mi carrera desde su inicio hasta el final del mismo, el cual concluye con la presentación de esta tesis.

Ante todo quiero agradecer el esfuerzo realizado por mis padres, Marita y Rodi, quienes me alentaron desde el primer día e hicieron lo posible para que yo estudiara, así como también a mis hermanas Celeste y Constanza que me apoyaron y contuvieron en todo momento.

También a mi novio Ezequiel quien me apoyo y acompaño durante toda mi carrera, siendo un gran sostén durante este proceso.

A mi abuela Nelly, tíos, primas y ahijado que siempre estuvieron y están en todo momento a mi lado, así como a mi grupo de amigas que siempre están a mi lado.

Quiero así mismo agradecer a mi directora de tesis Eugenia y co-directora Yasmin, quienes me alentaron y apoyaron tanto durante la realización de la práctica institucional como así también en la elaboración de la tesis, dejando en mí un gran aprendizaje del cual estoy muy agradecida.

A mis compañeras de trabajo quienes en el último periodo de este proceso me motivaron y alentaron.

Y finalmente agradecer a todos aquellos que siempre formaron parte de mi vida y me acompañan en todo momento.

INDICE

I) Tema……..4
II) Fundamentación……...4
III) Objetivos……6
A. Objetivo General……..6
B. Objetivos Específicos……6
IV) Metodología……..7
V) Marco Teórico……8
A. Primera parte
- Intervención profesional……8
- Modelos de intervención……17
- Evolución de la infancia…….....26
- Maltrato infantil…….....32
- Familia……..50
B. Segunda parte
- Metodología de intervención……55
- Sistematización…….....63
- Supervisión……..67
- Hospital……73
VI) Sistematización: Trabajo de campo……76

A.1- Encuadre institucional…….....76

A.2- Servicio social hospitalario…….....84

A.3- Intervención profesional del trabajador social en situaciones de Maltrato Infantil……94

A.4- Sistematización de las intervenciones realizadas durante la práctica institucional año 2012…….....99

A.5- Reflexiones sobre las situaciones abordadas……..123

VII) Conclusión……127
VIII) Bibliografía……128
IX) Anexo……133

I) TEMA

Intervención del Trabajador Social en situaciones de Maltrato Infantil. Experiencia realizada durante el año 2012, en el Sector de Pediatría Cuidados Moderados A del Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil “Victorio Tetamanti”.

II) FUNDAMENTACIÓN

La cátedra de Supervisión de la carrera de Licenciatura en Servicio Social de la Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social de la Universidad Nacional de Mar del Plata, propone como parte del proceso de aprendizaje la realización de una Práctica Pre-profesional Supervisada en los campos de Acción Social, Educación, Justica y Salud.

Las prácticas pre-profesionales articulan la formación académica y el ejercicio profesional. La supervisión de las prácticas posibilita a los estudiantes apropiarse gradualmente del rol profesional en los distintos campos de acción.

La práctica fue desempeñada en el campo de Salud, específicamente en el Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil “Victorio Tetamanti”, durante el periodo comprendido entre el 30 de mayo al 30 de noviembre del año 2012.

En este sentido, la tesis de grado estará basada en la sistematización del trabajo de campo institucional, realizando un enfoque especializado en la temática elegida.

El trabajo de campo institucional se inició con la inserción en el establecimiento y con el conocimiento de su estructura, organización y funciones; asumiendo las áreas con las que el Servicio Social trabaja cotidianamente.

Durante el proceso de aprendizaje, se logro trabajar en tres áreas del Hospital: Sector de Pediatría Cuidados Moderados A, Unidad de Terapia Intermedia y Equipo Interdisciplinario de Diabetes Tipo 1 Insulinodependiente.

En la elaboración de la tesis se realizará un especial enfoque en las situaciones problemáticas de maltrato infantil abordadas durante la experiencia de campo desarrollada en el periodo de tiempo anteriormente mencionado, en el Sector de Pediatría Cuidados Moderados A, a fin de dar cuenta la intervención del Trabajador Social.

El maltrato infantil se constituye como una problemática social cada vez más presente en nuestra sociedad, y sus consecuencias ponen en peligro a aquellos niños, niñas y adolescentes que lo padecen afectando su integridad y su adecuado desarrollo,

estableciéndose una vulneración de sus derechos. Es por ello que se visualiza una ampliación del marco jurídico que protege de manera integral a la infancia.

Hoy en día el maltrato infantil es considerado como un problema de salud pública no sólo por el creciente número de víctimas sino por las consecuencias que ello implica, involucrando formalmente a las entidades de salud pública y a todo el equipo de salud en la detección, prevención y tratamiento del problema.

El campo de la salud se establece como en un espacio clave para el abordaje de la problemática. Dentro del mismo, se trabaja en la detección e intervención de los casos de maltrato infantil así como también en el estudio de las diversas problemáticas que el mismo conlleva. En este sentido, el Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil "Victorio Tetamanti", dispone de un Comité de Maltrato Infantil para el cumplimiento de tal fin, donde se trabaja de manera interdisciplinaria. Así mismo, al momento de la intervención, se implementa un Protocolo de Maltrato con el objetivo de abordar la problemática de manera integral, y luego de realizadas las evaluaciones correspondientes, se procederá a informar la situación actual del paciente y su grupo familiar al Sistema de Protección.

Debido a esto, surge en mí la necesidad de comenzar a indagar sobre la problemática del maltrato infantil y conocer su abordaje desde el campo de la salud, específicamente en el ámbito hospitalario.

III) OBJETIVOS

A. Objetivo General:

- Conocer la intervención del Trabajador Social en situaciones de Maltrato Infantil, durante el año 2012, en el Sector de Pediatría Cuidados Moderados A del Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil “Victorio Tetamanti”.

B. Objetivos Específicos:

- Realizar una búsqueda bibliográfica que permita dar cuenta de las referencias teóricas apropiadas para la intervención en situaciones de Maltrato Infantil.
- Enunciar diferentes aspectos metodológicos apropiados para la intervención del Trabajador Social dentro del ámbito hospitalario en relación al Maltrato Infantil.
- Reflexionar sobre las situaciones problemáticas abordadas durante la experiencia de campo realizada en el Hospital.
- Sistematización de 3 casos sociales individuales que permitan dar cuenta de las intervenciones realizadas.

IV) METODOLOGÍA

La metodología de trabajo implementada se basa en la sistematización del trabajo de campo institucional realizado en el Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil “Don Victorio Tetamanti” durante el periodo comprendido entre el 30 de mayo al 30 de noviembre del año 2012.

La sistematización nos permite reconstruir la práctica pre profesional para entender mejor la intervención del Trabajador Social e identificar la similitud que tiene con la que realizan otros sujetos en otros contextos. Conocer el impacto de la acción y sus determinantes (Cadena, 1987: 50-60). Representa una articulación entre la teoría y la práctica y sirve a dos objetivos: mejorar la actuación profesional y enriquecer, confrontar y modificar el conocimiento teórico existente, contribuyendo a convertirlo en una herramienta útil para entender y transformar la realidad.

La elaboración de la sistematización pretende dar a conocer la intervención del Trabajador Social ante situaciones de Maltrato Infantil ocurridas en el ámbito hospitalario, durante el año 2012.

Técnicas de recolección de datos:

- Entrevista institucional y domiciliaria: se utilizó a fin de recabar los datos necesarios sobre las situaciones problemas.
- Observación documental y participante: empleada para ampliar la información recabada (por ejemplo: lectura de Historia Clínica y de bibliografía específica sobre maltrato infantil), así como durante el proceso de inserción en la institución.
- Crónicas sociales: utilizada durante el seguimiento cotidiano de las situaciones problemáticas abordadas.
- Presentación de situaciones problemáticas en ateneos disciplinarios e interdisciplinarios: empleada a fin de trabajar de manera conjunta con otras disciplinas en el abordaje de la problemática.
- Elaboración de informes sociales: empleado durante el proceso de aprendizaje a fin de dar cuenta de la intervención realizada.

V) MARCO TEÓRICO

A. PRIMERA PARTE

INTERVENCIÓN PROFESIONAL

Objeto de intervención en Trabajo Social

La determinación del objeto de intervención no es una construcción puramente racional o un producto de cierto ordenamiento empírico. En contraposición, Rozas Pagaza plantea esa construcción "como un proceso teórico-práctico en el sentido que toda intervención tiene una matriz teórica que la sustenta y un instrumental metodológico que le permite recrear dichos conceptos en la realidad social. Por lo tanto realidad y conceptos se relacionan dialécticamente como construcción de un saber especializado y mediados por una metodología".

Desde esta postura, se rescata el sentido de praxis como el compromiso de los actores (sujeto, institución y profesional) con las realizaciones practicas de los intereses, demandas y proyectos de dichos actores, donde la dimensión transformativa de esos actores constituye el eje central del significado social de la disciplina.

Por ello, "el objeto de intervención se construye desde la reproducción cotidiana de la vida social de los sujetos, explicitada a partir de múltiples necesidades que se expresan como demandas y carencias y que de esta forma llegan a las instituciones para ser canalizadas o no"[1].

Para la comprensión del objeto de intervención como campo problemático es necesario desarrollar un concepto de intervención profesional que dé cuenta de la naturaleza de dicha intervención, a fin de recuperar el sentido de la construcción del objeto de intervención como elaboración teórica-practica desde una matriz teórica y sustentada por el conocimiento de cómo proceder metodológicamente.

Intervención profesional

- [1] **ROZAS PAGAZA, M.** (1998) "**Una perspectiva teórica-metodológica de la intervención en Trabajo social**". Ed. Espacio. Buenos Aires.

La comprensión del *sobre qué*, el *para qué*, y el *cómo* y *con quién* de la intervención profesional, solo pueden ser analizados en la medida en que estén sustentados teórica y prácticamente. Teóricamente, porque partimos del supuesto que toda intervención se fundamente en un conjunto de conceptos que guían el accionar del profesional. Prácticamente, porque el trabajador no piensa, sino también actúa; por ello, pensar y actuar son dos aspectos fundamentales de toda intervención llamada profesional.

"Es un proceso de construcción histórico-social que se genera en el desarrollo de la dinámica social de los actores que intervienen en el ejercicio profesional"[2]. Dicha dinámica social está referida a la relación sujeto-necesidad como expresión particular de la cuestión social. Es en esta dinámica generada por esa relación que se construye el objeto de intervención profesional. En este sentido, el objeto de intervención como campo problemático no aparece de inmediato en la realidad, es una construcción del pensamiento basado en datos que aportan a la comprensión de la relación sujeto-necesidad.

La ubicación de la intervención profesional en el marco de las problemáticas derivadas de la producción y reproducción de la vida social como expresión de la "cuestión social" permite a los trabajadores sociales revalorizar la capacidad trasformativa de los actores sociales.

Entonces, en la medida que existen distintas problemáticas que expresan los actores sociales, se constituye el objeto de intervención profesional. Así, "el contexto que determina el ámbito de estas situaciones problemáticas que los actores expresan, está dado por la reproducción cotidiana de la vida social que para el caso del trabajo social se entiende como la explicitación de la cuestión social, referida a la relación sujeto-necesidad, definiendo la reproducción cotidiana de la vida social como el conjunto de las actividades que los hombres realizan". [3]

En esta línea de análisis, la metodología de intervención entendida como proceso, construye y reconstruye el desarrollo de la práctica. En consecuencia, entendemos la

---

- [2] **ROZAS PAGAZA, M.** (1998) "**Una perspectiva teórica-metodológica de la intervención en Trabajo social**". Ed. Espacio. Buenos Aires.

- [3] **IDEM 2**

metodología de intervención en Trabajo Social como un conjunto de procedimientos que ordenan y dan sentido a la intervención, pero fundamentalmente como una estrategia flexible que articula la acción específica del trabajador social con el contexto. Una estrategia que permite una reflexión dialéctica y critica sobre las situaciones problemáticas sobre las cuales se establece la intervención profesional.

En este contexto, la metodología de intervención se constituye como una guía que se enriquece con los procesos particulares de la práctica de los actores sociales.

El involucramiento del profesional en un proceso de conocimiento con los demás sujetos humanos si bien implica incorporarlos a su interioridad, significa también que las personas son incorporadas a través de la comprensión de su pensamiento y en este sentido, conservan aun en esa interioridad su identidad a partir de la cual se hace posible la labor profesional.

No basta con que el profesional disponga de un acervo teórico y metodológico amplio, sino que se requiere un vínculo de comunicación en cuyo marco se pueda resolver un proceso de conocimiento de los actos humanos realizados.

En Trabajo Social se necesita elaborar la historia (pasada y reciente) del objeto de trabajo, reproduciendo sus contenidos de manera comprensible en la conciencia. Este conocimiento si bien es de los actos realizados por las personas involucradas, no puede serlo únicamente desde su exterioridad sino como contenidos de un comportamiento social realizado de acuerdo a un pensamiento que orientó a los sujetos humanos.

El conocimiento de esa historia que necesitamos recuperar, no puede ser una mera crónica de hechos sino esencialmente conocimiento del pensamiento generador de esos acontecimientos humanos.

El significado de los actos o acontecimientos humanos radica en la comprensión del pensamiento que los ejecutó, constituyéndose así en verdaderos testimonios que permiten reproducir la situación de trabajo social como verdad objetiva.

Esta situación de Trabajo Social es el objeto al cual se orienta la labor profesional, reconociendo la existencia de sujetos en ella como protagonistas esenciales de los acontecimientos realizados. Los acontecimientos que la integran, identificados a través

del relato de la comunicación con los sujetos. Son comprendidos en su significación a través de proceso de abstracción a que sometemos a esa situación humana, identificando sus nexos causales, procesos y relaciones. El objeto de Trabajo Social será entonces, una realidad humana concreta en proceso de conocimiento, en la cual los sujetos humanos han realizado acciones de acuerdo a un pensamiento que los orientó y el cual necesitamos recuperar de manera comprensible en nuestra conciencia profesional y de los sujetos como protagonistas.

O sea, en una relación entre el profesional de Trabajo Social y los sujetos de la situación, que es caracterizada por una comunicación racional de los relatos y procesos de análisis y síntesis, permitirán apropiar sus acontecimientos (significa conocer su significado) como conocimiento objetivo.

La comunicación racional como categoría del Trabajo Social representa, aunque no es la única, la forma de establecer el vínculo profesional con los sujetos de la situación específica. La relación entre sujetos ocurrirá entonces desde una relación más igualitaria donde el "nosotros" se refleja en una forma de comunicación para conocer con el otro; a través de un esfuerzo en común de objetivación de la realidad por el pensamiento.

"La comunicación racional como categoría metodológica del trabajo social significa una forma de relación profesional, sin la cual no es posible desarrollar un proceso de abstracción para conocer la realidad. El inicio de ese conocimiento se ubica en los actos humanos expuestos desde su exterioridad y caracterizados por su expresión subjetiva. Para lograrlo se requiere realizar el tránsito hacia esa objetividad, mediante el proceso de abstracción. Así, la transformación se refiere básicamente al tránsito del estado de pérdida de objetividad para resolver la realidad, al estado por el cual se realiza la recuperación de ésta a través del proceso de abstracción"[4].

El ejercicio del Trabajo Social representa la recuperación por los sujetos de su capacidad de objetivar la realidad, lo cual tiene que ver con la atención de necesidades inmediatas y la recuperación critica del pensamiento ejercido en la situación humana. Esto se realiza a través de un vínculo de comunicación racional entre los sujetos, a fin de que

- [4] **SAN GIÁCOMO, O.** (1997) "**Construcción del objeto y comunicación racional**", en Di Carlo, E. y Equipo, "Papeles Científicos de Trabajo Social. Trabajo Social profesional: el método de la comunicación racional". Ed. Humanitas. Buenos Aires.

éstos se apropien del conocimiento y se creen las condiciones de objetividad para realizar las soluciones que transformen definitivamente la situación.

"El conocimiento se apoya en el proceso lógico del pensar para reproducir los contenidos esenciales del objeto y reconstruir su desarrollo histórico, mediante el proceso de abstracción a que somete al objeto"[5]. Se debe realizar un proceso de abstracción lógica que permita la apropiación de sus contenidos esenciales, a través de lo cual identificar la sucesión de cambios realizados.

La dificultad para conocer la realidad que le plantea al trabajador social, "requiere desarrollar un vínculo de comunicación humana racional entre el sujeto profesional y los sujetos de la situación concreta, para desarrollar juntos el proceso lógico de conocimiento y acceder a los contenidos más esenciales de la realidad"[6].

Avanzar en este sentido de conocimiento, exige establecer ese vinculo profesional peculiar con las personas caracterizado como de comunicación racional, pero además reconociendo en éstas sujetos de conocimiento de su propia situación. El proceso de abstracción se inicia con el relato y la reflexión en común al efectuarse la atención de las personas, progresando hacia la apropiación de conceptos que permiten objetivar la realidad contando con la mediación del trabajador social.

Realizar el proceso de conocimiento del objeto exige en el Trabajo Social, que las personas se constituyen en sujetos de conocimiento a fin de reproducir la realidad en su conciencia. A su vez, para comprenderla se requiere superar la contradicción de que los sujetos formen parte del objeto, a fin de que se establezca la distancia necesaria para realizar ese conocimiento. La posibilidad de lograrlo es mediante el proceso de abstracción a que se somete a la situación humana, desde el vínculo de comunicación racional entre el profesional y los sujetos de la situación. Es decir, un vínculo entre sujetos que permite apropiarse del objeto en tanto acontecimientos humanos en proceso de conocimiento.

- [5] **SAN GIÁCOMO, O.** (1997) "**Construcción del objeto y comunicación racional**", en Di Carlo, E. y Equipo, "Papeles Científicos de Trabajo Social. Trabajo Social profesional: el método de la comunicación racional". Ed. Humanitas. Buenos Aires.

- [6] **IDEM 5**

El campo de la salud se constituye como unos de los ámbitos donde se desarrolla la intervención profesional del trabajador social. La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha marcado un cambio en la concepción de salud entendiéndola “como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo como la ausencia de afecciones o enfermedades”. Esta nueva concepción, permite comprender la salud no solamente desde los equilibrios biológicos, sino como un sistema de valores, como noción que la gente usa para interpretar sus relaciones con el orden social.

Estos conceptos han evolucionado y hoy se entiende la salud como un recurso para la vida y no el objetivo de la vida, en el cual, estar sano es la capacidad para mantener un estado de equilibrio apropiado a la edad y a las necesidades sociales. La salud es pues, más que un estado, un proceso continúo de restablecimiento del equilibrio. Esto implica que mantener ese equilibrio requiere de una serie de factores socioeconómicos, ambientales, biológicos, y asistenciales que se aúnen para sostener ese equilibrio, el cual se traduce en la capacidad de vivir como individuo, de producir, reproducir y recrear la cultura, entendida como la suma de producciones e instituciones que distancia la vida humana de la animal.

Se fue desarrollando una propuesta de salud como concepto integral, formado por aspectos biológicos, psicológicos y sociales, que progresivamente ha ido dando lugar a la aparición del “modelo biopsicosocial de la salud”, el cual insiste en que los factores biológicos son condiciones necesarias pero no suficientes en el inicio de una enfermedad.

Desde esta concepción de salud, el trabajador social desarrolla su intervención profesional dentro del ámbito hospitalario, teniendo en cuenta que se fue desarrollando una propuesta de salud como concepto integral, formado por la interacción de diferentes factores: biológicos, físicos, psicológicos, sociales, culturales y ambientales. A raíz de esta concepción desempeña su ejercicio profesional, consistente en aplicar los conocimientos adquiridos en los años de formación académica a actividades concretas que son de incumbencia profesional para el trabajador social.

Se posee una visión integral de la persona, considerando todos los aspectos que la atraviesan (no solo la salud), ubicándola en el contexto socio cultural dentro del cual actúa y se desarrolla en permanente interacción.

El maltrato infantil se constituye como un problema de salud, debido a que atenta contra la integridad física y psíquica de la persona, así como también vulnera los derechos de los niños, niñas y adolescentes que atraviesan por esta situación, en tanto que sus consecuencias ponen en peligro a quienes lo padecen afectando su integridad y su adecuado desarrollo, estableciéndose una vulneración de sus derechos. Teniendo en cuenta que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo; y en tanto, la protección de la salud es de interés público, el maltrato infantil se constituye como un problema de salud pública que involucra a todos los profesionales de la salud cuyas actuaciones representan un elemento clave en la prevención y detección de este grave problema, en pos de lograr la protección de los niños. Cabe destacar la definición aportada por la OMS entorno a la salud pública entendida como la ciencia y el arte de promover la salud, prevenir la enfermedad y prolongar la vida mediante esfuerzos organizados de la sociedad; así como también engloba todas las actividades relacionadas con la salud y la enfermedad, el estado sanitario y ecológico del ambiente de vida, la organización y el funcionamiento de los servicios de salud, planificación, gestión y educación.

Trabajo social individualizado

"El trabajo social individualizado es un proceso empleado por algunas instituciones consagradas a fomentar el bienestar público para ayudar al individuo a afrontar con mayor eficacia sus problemas de ajuste social"[7].

El núcleo de la situación del Trabajo Social Individualizado consiste en:

La *persona*, puede ser un hombre, una mujer, un niño, que se encuentra, o del que se estima que está necesitado de auxilio en algunos aspectos de su vida socio-emocional.

El *problema* consiste en un obstáculo, una necesidad, o una acumulación de frustraciones o inadaptaciones y, a veces, en todos estos factores juntos que representan una amenaza o incluso impiden la adecuación vital de la persona, o restan eficacia a sus esfuerzos para conseguirla.

- [7] **PERLMAN, H.** (1980) "**El trabajo Social Individualizado**". Ed. Rialp. Madrid.

El *lugar* es una institución u oficina de asistencia social, donde se pretende ayudar al individuo a salvar los obstáculos que entorpecen la buena marcha de su vida familiar o personal y a resolver los problemas creados por deficiencias en las relaciones interpersonales, o entre la persona y el grupo, o la persona y su situación.

El proceso denominado trabajo social individualizado, introduce cambios y movimientos en las situaciones de la vida humana, y sólo lo podemos entender si conocemos la naturaleza de los materiales sobre y con los que trabaja, sus efectos sobre él y las de éste sobre ellos. Por tanto, el trabajador social "debe saber captar la naturaleza de la persona que se presenta como cliente, la naturaleza del problema que plantea, y la naturaleza del lugar en que se pueden hallar los medios de resolver el problema"[8]. Al mismo tiempo, podremos percibir y comprender la totalidad de estos tres elementos, totalidad que difiere de la suma de los elementos, porque entre ellos existe una constante interacción.

Cabe mencionar la definición que aporta Richmond, entendiendo el servicio social de casos individuales "como el conjunto de métodos que desarrollan la personalidad, reajustando consciente e individualmente al hombre a su medio social"[9].

La definición de Caso Social Individual desde el enfoque psicosocial, se refiere "a la atención de la demanda que presenta una persona en una situación concreta y a la que se le responde en consideración a su dimensión psicosocial, incluyendo la historia, las pautas culturales y valoraciones (propias y de su contexto)"[10].

El hombre es un organismo biosocial; el caso, el problema y el tratamiento deben ser considerados por el trabajo social como un proceso psicosocial. El caso social es un "acontecimiento vivo" que siempre incluye factores económicos, físicos, mentales, emocionales y sociales. El proceso psicosocial se compone de factores internos (psicológicos) y externos (económicos, culturales, sociales) relativos al medio ambiente. Se estudia a los individuos en todo lo que se relaciona con sus experiencias sociales, así como sus sentimientos sobre esas experiencias.

- [8] **PERLMAN, H.** (1980) "**El trabajo Social Individualizado**". Ed. Rialp. Madrid.
- [9] **RICHMOND, M.** (1962) "**Caso Social Individual**". Ed. Humanitas. Buenos Aires.
- [10] **HAMILTON, G.** (1982) "**Teoría y Práctica del Trabajo Social de Casos**". Ed. La Prensa Mexicana.

Proceso metodológico de intervención

En la práctica profesional, el trabajador social se ve enfrentado a una realidad dinámica y contradictoria, en constante movimiento. Su intervención apunta a producir, a suscitar o a reforzar cambios previamente definidos, en diferentes planos: en el plano de las relaciones interpersonales, de la situación material de las familias y de los grupos, de la utilización de recursos colectivos por los usuarios; en el plano de los organismos que se ocupan de los usuarios, etc. En estos diferentes niveles, los trabajadores sociales llevan a cabo acciones en función de objetivos precisos que quieren alcanzar. En este sentido, el trabajador social sigue una secuencia metódica.

Siguiendo a la autora De Robertis, pueden enumerarse en orden lógico las fases del método de intervención, de la siguiente manera:

- Localización del problema social o de la solicitud: el punto de partida de la acción del trabajador social es el encuentro con el sujeto. El mismo puede producirse de diversas maneras, puede tratarse de una solicitud directa formulada por la persona, de una solicitud del servicio empleador, de una solicitud formulada por otro servicio, puede tratarse de una orden legal (protección de la infancia, tribunales, etc.) o incluso de un problema social advertido por el trabajador social mismo o por un equipo de trabajadores sociales.
- Análisis de la situación: consiste en recoger informaciones acerca del sujeto, su situación, el contexto global, las instituciones y organismos sociales. El trabajador social ha de utilizar los conocimientos necesarios a fin de comprender y delimitar la realidad social en la que actúa.
- Evaluación preliminar y operativa: se trata de elaborar, a partir de los elementos recogidos en el análisis de situación, una síntesis y una interpretación de los datos, de formular hipótesis de trabajo. La evaluación es una síntesis explicativa; el trabajador social relaciona los diferentes elementos que ha encontrado, tanto en el plano particular como en el plano general; se dedica especialmente a sacar a la luz las interrelaciones entre los diversos factores (materiales, afectivos, sociales, físicos, intelectuales, de relación) y a comprenderlos en su dinámica.
- Elaboración de uno o varios proyectos de intervención por el trabajador social, confrontación de ese proyecto con los del sujeto y los del organismo empleador,

con lo que se confecciona el contrato: la evaluación desemboca en la elaboración de un proyecto de intervención. La elaboración del proyecto de intervención supone tres operaciones:

. Determinación de objetivos de intervención específicos, ya sea objetivos parciales, centrados en un aspecto o en un problema delimitado, o bien objetivos escalonados en el tiempo.

. Determinación del nivel de intervención, es decir, la definición del sujeto. Los trabajadores sociales pueden centrar su acción en una persona, una familia, un grupo, una comunidad. Implica determinar quién es el sujeto, y esta determinación es esencial para la selección de los medios ulteriores.

. La elección de los tipos de intervención o de las estrategias.

- Puesta en práctica del proyecto común y de las intervenciones escogidas: en su accionar, el trabajador social utiliza diferentes formas de intervención en función de los objetivos de cambio perseguidos y del tipo de intervención escogido. Las intervenciones puede dividirse en directas e indirectas.
- Evaluación de los resultados: consiste en medir el camino recorrido, evaluar los cambios que se produjeron en la situación, entre el comienzo y el final de la intervención. La evaluación de los resultados puede ser parcial, en el trascurso de la intervención, con el fin de hacer un balance y reajustar, eventualmente, los objetivos de trabajo, o final, cuando se trata de finalizar la intervención.
- Finalización de la acción: la intervención del trabajador social en una situación individual o familiar, o incluso de grupo, tiene que estar limitada en el tiempo. El fin de la acción está presente desde el primer contacto entre el trabajador social y la persona; existe de manera implícita, no dicha, no declarada.

MODELOS DE INTERVENCIÓN

Según la autora De Robertis, hablar de intervención equivale a “querer actuar”; intervenir en un asunto quiere decir “tomar parte voluntariamente, hacerse mediador, interponer su autoridad”. Consiste, pues, en acentuar la acción, lo que el trabajador social hace en forma consciente y voluntaria, con el fin de modificar la situación de la persona. En este sentido, hace una clasificación de las intervenciones:

- La intervención directa:

Son las que tienen lugar en la relación frente a frente entre el trabajador social y el sujeto; ambos están presentes y son actores. Ambos están comprometidos en un proceso que los modifica y que introducirá cambios, sin embargo, el trabajador social por su status rol, es el responsable de controlar las influencias que se ejercen, de analizar, explicar y escoger las intervenciones que se llevan a cabo. Las intervenciones directas se aplican a: individuos, familias y grupos pequeños, por lo tanto pueden ejercerse y aplicarse en situaciones diversas.

Tipos:

- Clarificar-apoyar: son esencialmente de relación, se trata de reactuar utilizando a sí mismo como instrumento en el intercambio con el asistido, el objetivo es permitir al asistido analizar los diversos aspectos de la situación (clarificación), restaurar o reafirmar su confianza en sí mismo, su autoestima (apoyo) y comprender mejor su propio funcionamiento en su relación con los otros. Utiliza la relación con el otro como un medio privilegiado, como medio de cambio. Se explica este medio de relación en tres formas:
  - Clarificación: el objetivo, es comprender de que se trata la naturaleza del problema, el contenido de la solicitud, la situación, las repercusiones sociales y afectivas. El trabajador social se esfuerza por comprender y por otro lado se induce al asistido a explorar por sí, los diferentes aspectos de la situación. Implica para el trabajador social tener que utilizar tres medios: escuchar (no es solamente oír, implica una concentración de la atención para percibir la significación del mensaje) observar (implica percibir los mensajes no verbales, gestuales y corporales, que expresan los sentimientos del asistido) e interrogar (es particularmente útil para ampliar la reflexión del asistido).

    Las intervenciones de clarificación realizadas por el trabajador social tienen un efecto calmante y tranquilizador para el asistido, quien las aprecia como un esfuerzo de comprensión y consideración real de sus problemas y de él mismo como persona.
  - El apoyo: tiene por objeto fortificar al sujeto en tanto persona, disminuir los efectos paralizantes de su ansiedad y liberar en él las fuerzas susceptibles de

movilizarlo para modificar su situación. Tratan de aliviar al sujeto, disminuyendo la ansiedad, el temor, la culpabilidad que pueden menoscabar su capacidad para encarar su situación presente. Se pone énfasis en los problemas de la realidad actual y tienden a restituirle al sujeto una mayor confianza en sí mismo y una autoimagen más positiva.

- La comprensión de sí: tiene por objetivo permitir al usuario discernir y comprender su propio comportamiento afectivo y de relación, y volcar los afectos de su comportamiento sobre los demás. La comprensión de sí es un proceso dinámico que no se detiene jamás, que siempre debe completarse. Concierne a las emociones tanto como al intelecto.

- Informar-educar: el trabajador social utiliza prioritariamente sus conocimientos y su saber para responder a las necesidades del sujeto. Trata de llenar las eventuales carencias de la población correspondiente a su organismo empleador, aportándole conocimientos en diversos campos. Se establecen tres formas de intervención:
  - La información: tiene por objeto proveer al usuario de los conocimientos suficientes para que pueda escoger y hacer valer sus derechos con pleno conocimiento de causa. El trabajador social le aportará toda la información necesaria en relación con pedido y con el tipo de problema que afronta y que trata de resolver.

    La información es de dos órdenes; en primer lugar, legal y administrativa; después, concierne a los organismos sociales y los recursos a disposición de la población del sector.
  - La asistencia material: consiste en paliar momentáneamente una situación financiera precaria, o bien beneficiar al usuario con los servicios excepcionales reservados a personas y familias en dificultades.
  - La educación: todo sistema educativo (familia, escuela, formación profesional, etc.) se apoya en dos ejes interdependientes y complementarios: la adquisición de conocimientos o aptitudes y la socialización o adquisición de comportamientos conformes con las normas sociales admitidas en una sociedad determinada. Las intervenciones educativas tienen tres objetivos:

. Aportar conocimientos y favorecer el aprendizaje de comportamientos de roles sobre todo en adultos.

. Desarrollar actitudes latentes a través de actividades en niños y jóvenes debido al fracaso de la socialización.

. Reinsertar a los que encuentran controversia con las normas sociales y legales buscándole un ligar y haciéndoles adquirir comportamientos compatibles con los que se exige (sociedad).

- Persuadir-influir: durante las intervenciones se suele influir en el otro para llevarlo a cambiar su situación y direccionarlos.
  - El consejo: tiene por objeto influir sobre el sujeto a don de que organice su vida, sus actividades, de la forma más adecuada según la óptica y las referencias del trabajador social o de la sociedad a la que éste representa.
  - La confrontación: consiste en confrontar al asistido con la consecuencia de sus actos y, previamente, prevenirlo de las consecuencias que tal o cual tipo de comportamiento ocasionará. Experimenta así una fuerza disuasiva importante. El trabajador social intenta disuadirlo confrontándolo con las consecuencias futuras.
  - La persuasión: trata de influir en el sujeto en una grado más alto que las dos precedentes. Se trata de convencerlo de unirse a las propuestas del trabajador social. Éste utilizará, entonces, todo su poder de convicción; podrá apelar al razonamiento lógico, exponer los argumentos favorables a sus propuestas, sopesar el pro y el contra de las soluciones posibles, cuándo sus propias propuestas son ampliamente ventajosas, etc.

- Controlar-ejercer la autoridad: tienen por objetivo imponer al sujeto coacciones y limites, así como ejercer sobre él una cierta vigilancia. Implican el ejercicio de la autoridad por parte del trabajador social, originándose esta autoridad en la ley (mandato), en las instituciones sociales, en el organismo empleador, en el status y su rol. Se establecen los siguientes tipos de intervención:
  - El trabajo de seguimiento: se entiende a las entrevistas o las visitas con sujetos que ya no son seguidos regularmente por el trabajador social, pero cuya

situación inestable o frágil hace temer dificultades periódicas o periodos de crisis. Tiene por objetivo ejercer una vigilancia discreta sobre la situación del usuario y también prevenir eventualmente un nuevo deterioro de esa situación, interviniendo con rapidez en caso de dificultades.

- Imponer exigencias y límites: se utiliza con el fin de estimular y movilizar al usuario, de hacerlo actuar. Las exigencias que se le imponen debe ser realizable de acuerdo a la capacidad.
- El control: tienen por objetivo disuadir al usuario, y las que buscan rastrear rápidamente las dificultades. En general se ejercen por mandato legal, tratando que no se repitan conductas pasadas y de ejercer una fuerza disuasiva por medio de la presencia junto a aquel.

- Poner en relación-crear nuevas oportunidades: tienen por objetivo ampliar el horizonte relacional de los sujetos, ampliar sus marcos de vida y de referencias, y permitirles el acceso a nuevas expericencias que los enriquezcan y les produzcan satisfacción. El rol del trabajador social es facilitar y, por lo tanto, se dedica a estimular y motivar al usuario para que haga la experiencia de nuevas formas de vida social. Pueden utilizarse tres formas de intervención:
    - Poner en relación: se trata de facilitar al sujeto la ampliación de su marco relacional, de permitirle un aprendizaje progresivo (según sus necesidades y aptitudes) de la comunicación con otras personas y otras instituciones.
    - Apertura y descubrimiento: están destinadas a estimular al sujeto para que explore, en sí mismo y en du entorno, otras posibilidades; para que descubra en él y en su medio social otras fuerzas, otras personas y grupos, otras experiencias hasta entonces insospechadas o desconocidas.
    - Utilización y creación de estructuras del medio y participación en ellas: se trata de estimular la participación de él activamente, a ser parte destacada de la vida social y a utilizar las instalaciones que están a su disposición.

- Estructurar una relación de trabajo con el usuario: tiene como objetivo procurarse los medios necesarios para lograr con éxito el cambio que no se propone. Se trata de procurarse los medios para que pueda establecerse la relación con el sujeto y

para que puedan elaborarse, proseguirse y, si es posible, lograrse los objetivos de cambio. Se establecen tres formas de intervención:

- Estructuración en el tiempo: consiste en establecer con el asistido el ritmo de los encuentros, su duración y la duración total de la acción emprendida.
- Utilización del espacio: destinada a estructurar una relación de trabajo, la elección del lugar de encuentro con el usuario tiene una influencia directa en la relación que se establece entre él y el trabajador social.
- Focalización en objetivos de trabajo: se definen con el asistido en función de su situación y de sus deseos.

- Intervenciones indirectas:

Son las que realiza el trabajador social fuera de la relación personal con el sujeto. Se trata de acciones que el trabajador social lleva a cabo a fin de organizar su trabajo, planificar acciones que se realizarán más tarde con el asistido y, también, acciones en beneficio de éste, pero sin su participación activa y directa. El trabajador social es entonces actor para el asistido.

Tipos:

- Organización y documentación: tienen por objetivo administrar el tiempo, el espacio y los conocimientos del trabajador social para que esté en condiciones de ofrecer a la persona su mejor acogida y su mayor disponibilidad.
    - La organización del espacio: implica el arreglo de los locales del servicio y, particularmente, de la sala de espera y del lugar de consultas.
    - Organización del tiempo de trabajo: requiere especial atención del trabajador social para poder estar a disposición de la persona y ofrecerle un servicio de calidad.
    - La documentación: la organización de la documentación es una tarea indispensable para el ejercicio profesional.

- Programación y planificación de intervenciones indirectas: agrupa todas las acciones previas al comienzo de un proyecto de intervención con el asistido. Esta forma de intervención es poco usual.

- Intervenciones entorno al sujeto: implican un papel de mediador del trabajador social, de portavoz de los intereses de la persona para producir cambios en el entorno.

- Colaboración con otros profesionales: se trata de reunirse con colegas con objetivos diferentes que puede considerarse interdisciplina o personas que pertenecen a un mismo organismo, el fin puede ser de intercambio de información, evaluación, planificación.

Intervenir no es sinónimo de derivar, la intervención conlleva la implicación del profesional para reducir o evitar el daño, y en su caso, proteger al niño de una situación perjudicial para su salud física y emocional. En este sentido, el abordaje del maltrato infantil desde el ámbito sanitario requiere del trabajo en equipo o equipo de salud, concebido como un grupo de personas con saberes y funciones diferentes, que comparten un mismo objetivo y responden a una organización. Es definido por la OMS como una asociación no jerarquizada de personas, con diferentes disciplinas profesionales, pero con un objetivo común que es el de proveer en cualquier ámbito a los pacientes y familias la atención más integral de salud posible.

El trabajo en equipo posee una serie de características referidas a la autonomía relativa de cada profesional, interdependencia en la ejecución de acciones, horizontalidad, flexibilidad, creatividad, interacción comunitaria e interdisciplina. En este sentido, para que se constituya un equipo de trabajo en el campo de la salud, se requieren al menos dos condiciones: en el nivel objetivo, debe existir una organización del trabajo que implique que éste se realice conjunta y coordinadamente; y en el plano subjetivo, el trabajo en equipo implica el sentimiento de pertenencia y de apropiación del trabajo.

En la práctica concreta la concepción del trabajo en equipo, propone su aplicación en escenarios complejos con el objetivo de resolver problemas de alcance colectivos que requieren de la intervención de otras disciplinas y de la introducción de nuevas metodologías y estrategias de enseñanza-aprendizaje. La colaboración entre disciplinas es una característica del trabajo en equipo, la misma puede realizarse de múltiples maneras, destacándose:

- El enfoque multidisciplinario: cada disciplina individual se dedica a su área de especialidad sin que haya necesariamente coordinación de esfuerzos con otras disciplinas, ni tampoco evidencia alguna de modificaciones o trasformaciones en la misma. El trabajo puede ser realizado por individuos de disciplinas diferentes, trabajando en forma separada, no necesariamente en el mismo espacio, ni con mayores intercambios fuera de una derivación o interconsulta. Se trata de una yuxtaposición de disciplinas, en donde todas las disciplinas intervienen en el mismo caso, en donde el sujeto se fragmenta, en donde hay un parcelamiento de la intervención, sin conexión entre las diversas disciplinas
- El enfoque interdisciplinario: es la consecuencia de la demanda social, confrontada con problemas de complejidad creciente y la evolución interna de las ciencias. La colaboración interdisciplinaria básica ésta guiada por el problema y se realiza a nivel de la convergencia de problemas. Reconociendo el potencial de la integración y producción de conocimiento, es importante que el problema mismo, y no las disciplinas individuales, contribuyan el punto de partida.

  Se trata de buscar un marco común, para integrar saberes, se requiere de un dominio de saberes de las correspondientes disciplinas participantes, que conozcan los modos propios del lenguaje de los otros, con el fin de lograr un adecuado proceso comunicacional.

Específicamente para el abordaje del maltrato infantil, se plantea la necesidad de trabajar interdisciplinariamente a fin de realizar un abordaje integral de la situación, considerando a la interdisciplina como el diálogo entre diferentes, manteniendo y disfrutando a su vez, el poder creativo de la diferencia, enriqueciéndonos y nutriéndonos con ella, aportando cada disciplina su saber especifico.

"Es sabido que la simple yuxtaposición de disciplinas o su encuentro casual no es interdisciplina (Elichiry, 1987). La construcción conceptual común del problema que implica un abordaje interdisciplinario supone un marco de representaciones común entre disciplinas y una cuidadosa delimitación de los distintos niveles de análisis del mismo y su interacción".[11]

- [11] **STOLKINER, A.** (1999) "**La interdisciplina: entre la epistemología y las prácticas**". Revista Campo Psi-Revista de información especializada. Año 3, nº 10. Rosario.

Como bien lo plantea Alicia Stolkiner “la interdisciplina nace, para ser exactos, de la incontrolable indisciplina de los problemas que se nos presentan actualmente. De la dificultad de encasillarlos. Los problemas no se presentan como objetos, sino como demandas complejas y difusas que dan lugar a prácticas sociales inervadas de contradicciones, imbricadas con cuerpos conceptuales diversos"[12].

Alicia Stolkiner conceptualiza la interdisciplina “como un movimiento epistemológico dando cuenta de la importancia de la intersubjetividad para pensar la cuestión de la subjetividad en su producción en relación a otros”.[13]

Es importante aclarar que no se trata de un abordaje multidisciplinario que tendería a fragmentar el objeto de estudio, sino que es un movimiento interdisciplinario; que va estableciendo una estrategia y una construcción común del problema, es decir, un marco común. Dando lugar a una multireferencialidad teórica y práctica.

La posición interdisciplinaria tiene como objetivo tocar los límites del saber: el propio y el de la teoría, interrogando sus fundamentos y sus alcances. La brecha que se genera entre saberes permite la creación de nuevos modos de intervención.

La Lógica del Trabajo Interdisciplinario permite articular herramientas de diferentes saberes y disciplinas (arte, medicina, psicoanálisis, etc. El trabajo Interdisciplinario se consolida en los acuerdos básicos ideológicos entre los miembros del equipo y funciona como un marco referencial común; que permiten plantear el problema y desplegar las acciones necesarias para transformar los obstáculos institucionales en posibilidades de generar cambios.

La interdisciplina es el diálogo entre diferentes, manteniendo y disfrutando el poder creativo de la diferencia, enriqueciéndonos con ella. El cultivo de esta práctica implica el abandono del totalitarismo monológico, de la creencia en que una disciplina puede recubrir completamente un objeto que le es propio, que existe un solo método de interrogación.

- [12] www.pensamientocomplejo.com.ar “Interdisciplina. Artes y riesgos del Arte Dialógico”. Denise Najmanovich.

- [13] **IDEM 11.**

Una de las características básicas de la estructura hospitalaria con relación al tema que nos ocupa, la intervención del trabajador social en situaciones de maltrato infantil desde el ámbito hospitalario, es la limitación temporal que implica el abordaje de la temática y que queda acotada por la permanencia del paciente en la institución hospitalaria, teniendo en cuenta que se trabaja con el mismo durante el proceso de internación. En este sentido se hace necesario trabajar no solo interdisciplinariamente sino también interinstitucionalmente, a fin de realizar las derivaciones correspondientes luego de la externación del paciente, en función de que se trabaja desde lo agudo en el ámbito hospitalario, y con el objetivo de garantizar la protección de los niños así como también la restitución de sus derechos vulnerados, garantizando condiciones adecuadas que logren un desarrollo integral de la persona.

EVOLUCION DE LA INFANCIA

La Sociedad, con el correr de los tiempos, ha ubicado a los niños y los adolescentes en diferentes lugares, la sociedad "adulta" tenía diferentes visiones de lo que ellos "significaban".

Durante muchos siglos la infancia tuvo una dramática imagen; consideraba a los niños como un símbolo de la fuerza del mal y poseedor del estigma del pecado original. En pedagogía primaba este pensamiento, los cuales consideraban que la educación debía basarse en la frialdad y castigo.

Como señala deMause[14], la historia de la infancia se presenta llena de horrores, torturas, abandonos, abusos sexuales, comercio, esclavos, muerte violenta, entre otros terrores, donde sus progenitores y la sociedad misma mostraba claramente la casi inexistencia de intentar satisfacer las necesidades infantiles, y si aplicamos actualmente el criterio de las necesidades infantiles, sumado a sus derechos y garantías; y los criterios que se utilizan para definir el maltrato infantil, estaríamos con la certeza de que la mayoría de los niños eran maltratados.

- [14] **LLOYD DEMAUSE** (1974). **"La evolución de la infancia"**. New York. Fuente en español: antipsiquiatría.org

En la edad antigua, los niños han sido identificados siempre con sus excrementos; a los recién nacidos se los llamaba ecreme y la palabra latina Merda dio origen a la francesa Merdeux; niño pequeño.

En la Edad Media no existía el concepto de infancia, ya que el niño es visualizado como un hombre en menor escala; considerándolo un adulto en miniatura.

Hasta el siglo XVIII los medios principales para relacionarse con el interior del cuerpo de los niños eran el enema y la purga, tanto si estaban enfermos como sanos. Bien conocida es la utilización de figuras fantasmales para asustar a los niños que abundaron a lo largo de la historia y se continúan incluso hasta hoy.

Por otro lado, el infanticidio de hijos legítimos e ilegítimos se practicaba normalmente en la antigüedad. El de hijos legítimos se redujo ligeramente en la Edad Media y se siguió asesinando a los ilegítimos hasta entrado el s. XIX. Los niños eran arrojados a los ríos, echados en zanjas, “envasados” en vasijas para que se murieran de hambre y abandonados en cerros y caminos.

En Grecia y Roma, ni la Ley ni la opinión pública, ni tampoco los grandes filósofos veían nada malo en el infanticidio; tampoco era infrecuente que los jóvenes fueran utilizados como objetos sexuales por hombres mayores.

El primer signo del rechazo del niño reside en la negativa maternal a darle el pecho. Negativa que podría deberse a motivos diferentes, pero tenía como resultado la misma necesidad: recurrir a una nodriza mercenaria: según los recursos económicos se enfrentaba una nueva opción: la nodriza venía a la casa o se le hacía llegar el niño. Otro por ejemplo, era concebirlo como un juguete o como una máquina, es un juguete divertido para sus padres el cual quieren para su propio placer y no por su bien. Es una especie de criatura sin personalidad, cuando deja de divertir también deja de interesar.

El desinterés del médico es otro fundamento que explica en gran parte la ausencia de una medicina infantil; la ausencia en la literatura; el sitio que el niño en la literatura ocupa hasta la primera mitad del siglo XVII es la tercera señal de su insignificancia.

En cuanto al maltrato físico dispensado a los niños, el abuso sexual, tanto de pequeños como de jóvenes, ha sido moneda corriente en el transcurso de los siglos. Algunas mejoras en el trato a los niños comienzan a notarse a partir de los siglos XVII y XVIII, en lo que respecta al castigo corporal.

A mediados del siglo XIX, surgió en Francia la idea de ofrecer protección especial a los niños, permitiendo el desarrollo progresivo de los derechos de los menores. A partir de 1841, las leyes comenzaron a proteger a los niños en su lugar de trabajo y luego en 1881 las leyes francesas garantizaron el derecho de los niños a una educación.

A principios del siglo XX comenzó a implementarse la protección de los niños, incluso en el área social, jurídica y sanitaria, lo que había comenzado en un principio en Francia; luego se extendería por toda Europa.

Desde 1919, tras la creación de la Liga de las Naciones (que luego se convertiría en la ONU), la comunidad internacional comenzó a otorgarle más importancia a este tema, por lo que elaboró el Comité para la Protección de los Niños y en 1924, la Liga de las Naciones aprobó la Declaración de los Derechos del Niño (también llamada la Declaración de Ginebra), el primer tratado internacional sobre los Derechos de los Niños. A lo largo de cinco capítulos la Declaración otorga derechos específicos a los niños, así también responsabilidades a los adultos.

Como consecuencia de la Segunda Guerra Mundial en 1947 se creó el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (conocido como UNICEF) al cual se le concedió el estatus de organización internacional permanente en 1953, durante sus inicios esta organización se centró particularmente en ayudar a los jóvenes y niños víctimas de la Segunda Guerra Mundial. Sin embargo en 1953 su mandato alcanzó una dimensión internacional y comenzó a auxiliar a niños en países en vías de desarrollo. La Organización luego estableció una serie de programas para que los niños tuvieran acceso a una educación, buena salud, agua potable y alimentos.

Y desde el 10 de diciembre de 1948 la Declaración Universal de los Derechos Humanos reconoce que la maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales, motivo por el cual en el año 1959 la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó la Declaración de los Derechos del Niño. En medio de la Guerra Fría y tras arduas negociones la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó en Nueva York dos textos complementarios a la Declaración Universal de los Derechos Humanos:

- El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, que reconoce el derecho a la protección contra la explotación económica y el derecho a la educación y a la asistencia médica.

- El Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, que establece el derecho a poseer un nombre y una nacionalidad.

De ésta manera el 20 de noviembre de 1989, la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó la Convención sobre los Derechos del Niño y en 54 artículos el documento establece los derechos económicos, sociales y culturales de los niños.

Se adoptó en el año 1999 la Convención sobre las peores formas de trabajo infantil y en mayo de 2000, se ratificó el Protocolo facultativo de la Carta Internacional sobre los Derechos del Niño, que trata la participación de los niños en conflictos armados.

Desde la reforma constitucional en 1994, la Constitución Nacional y la Provincial reconocen a los niños en todos los derechos dispuestos por la Convención sobre los Derechos del Niño, los Tratados y Organizaciones Internacionales de Derechos Humanos, ratificados oportunamente por la República Argentina.

En nuestro país se sancionó la Ley 26.062 de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes, el 28 de septiembre de 2005, luego de 15 años de haberse aprobado en nuestra Nación la Convención sobre los Derechos del Niño.[15]

En la provincia de Buenos Aires, se ha sancionado la Ley Provincial de Promoción y Protección Integral de los Derechos de Niños/as y adolescentes, Ley 13.298. Esta ley fue promulgada en enero de 2005 (Decreto 66/05) y reglamentada mediante el Decreto Provincial n° 300/05 en marzo del mismo año. La puesta en vigencia de esta ley marca el fin del antiguo Régimen del Patronato de Menores (Ley 10.903 dictada en el año 1919, sustentada posteriormente por el Decreto Ley n° 10.067/83).

En general, lo que caracterizó a la niñez fue “la condición de sujetos en la historia social”. Su participación activa como personas a las que es preciso escuchar y respetar no figura en las vertientes de la historia. Fue necesario el sello de la Convención de los Derechos del Niño para que se comience a desnaturalizar esta posición.

Puede definirse a la infancia desde distintos puntos de vista:

- Legal: Periodo que abarca desde el nacimiento hasta cumplir los 18 años de edad o alcanzar la emancipación. La Convención sobre los Derechos del Niño, en vigor desde el 2 de septiembre de 1990, señala que “se entiende por niño todo ser

- [15] http://www.unicef.org/argentina/spanish/Cuadernillo_Ley_13298.pdf

humano menor de dieciocho años de edad, salvo que, en virtud de la ley que le sea aplicable, haya alcanzado antes la mayoría de edad". Esta convención recoge los principales derechos de niños y niñas a lo largo del mundo.

- Desde la evolución psicoafectiva: Se entiende por niño o niña aquella persona que aún no ha alcanzado un grado de madurez suficiente para tener autonomía.
- Desarrollo físico: Es la denominación utilizada para referirse a toda criatura humana que no ha alcanzado la pubertad.
- Sociocultural: Según las condiciones económicas, las costumbres y las creencias de cada cultura el concepto de infancia puede variar, así como la forma de aprender o vivir. La definición de niño/a también ha variado considerablemente a lo largo de la historia y en las diversas sociedades y culturas.

A los efectos de la presente Ley de Protección Integral de los derechos de niños, niñas y adolescentes 26.061 se abandona la Ley de Patronato donde concebía al niño como un "objeto", y pasa a ser reconocido como un "sujeto pleno de derecho" priorizando el interés superior de la niña, niño y adolescente entendido éste como la máxima satisfacción, integral y simultánea de los derechos y garantías reconocidos en esta ley. Debiéndose respetar:

- a) Su condición de sujeto de derecho;
- b) El derecho de las niñas, niños y adolescentes a ser oídos y que su opinión sea tenida en cuenta;
- c) El respeto al pleno desarrollo personal de sus derechos en su medio familiar, social y cultural; d) Su edad, grado de madurez, capacidad de discernimiento y demás condiciones personales;
- e) El equilibrio entre los derechos y garantías de las niñas, niños y adolescentes y las exigencias del bien común;
- f) Su centro de vida. Se entiende por centro de vida el lugar donde las niñas, niños y adolescentes hubiesen transcurrido en condiciones legítimas la mayor parte de su existencia. Este principio rige en materia de patria potestad, pautas a las que se ajustarán el ejercicio de la misma, filiación, restitución del niño, la niña o el adolescente, adopción, emancipación y toda circunstancia vinculada a las anteriores cualquiera sea el ámbito donde deba desempeñarse. Cuando exista conflicto entre los derechos e intereses de las niñas, niños y adolescentes frente a otros derechos e intereses igualmente legítimos, prevalecerán los primeros.

Además de existir razones sociales y éticas que nos hacen responsables a todos los ciudadanos en la protección infantil, existen razones legales que establecen el deber y la obligación de detectar y comunicar cualquier situación que afecte al bienestar de las niñas, niños y adolescentes. Tanto la Declaración de los Derechos del Niño de 1959, como la Convención de los Derechos del Niño de 1989, mencionadas anteriormente, contemplan el derecho de los niños a ser protegidos contra toda forma de abandono, crueldad y explotación, reafirmando la necesidad de proporcionarles cuidado y asistencia especiales por razón de su vulnerabilidad.

Cabe destacar lo planteado por Volnovich al expresar "nuestra sociedad denominada posmoderna y globalizada, se nos muestra como más humana, civilizada y más bárbara al mismo tiempo, a juzgar por los efectos que ha producido en la infancia, especialmente, al transformar a los niños tanto en consumidores pertinaces como en objetos de ese consumo"[16]. Se ha transitado de una sociedad que estaba dominada por un intenso patriarcado asistencialista y benefactor a una sociedad cuya hegemonía está ejercida por la tecnología y el reinado del consumo. Ante la expuesta apreciación, los niños y adolescentes, en cuanto fetiches (se inscribe en la concepción marxista del fetichismo de la mercancía, ya que el cuerpo del niño adquiere esa significación en el registro del consumo) ingresaron en el campo de las mercancías cuyo aprovechamiento, consumo y goce debían tener un costo.

Entonces, la mayor visibilización de los malos tratos contra niños, niñas y adolescentes refleja el avance en la moral social de una sociedad, que ha transitado principios patriarcales y androcéntricos hegemónicos, para luego transformarse en una sociedad de consumo, donde los niños además de ser consumidores, también son consumidos por ella.

"El maltrato, visibiliza el carácter de objeto de consumo que tiene el niño-fetiche de los padres convertido en niño-fetiche de los medios de comunicación. En realidad, si el primero es el correlato del patriarcado y el segundo es el correlato del mercado, puede decirse que ambas representaciones conviven en el imaginario institucional"[17]. Resulta aun más relevante no sólo el carácter pasivo que tiene el niño como objeto de goce, sino

- [16] **VOLNOVICH, J.** (2006) "**Abuso sexual en la infancia 2: campo de análisis e intervención**". Ed. Lumen/Humanitas.

[17] **IDEM 16.**

el lugar activo que pasa a ocupar, perceptible en la violencia real y el abuso que niños practican sobre otros niños y aun sobre adultos.

MALTRATO INFANTIL

Aproximación histórica del maltrato infantil

El maltrato infantil se constituye como una problemática actual cada vez más presente en la sociedad, sin embargo hablamos de un fenómeno histórico que durante siglos ha justificado la agresión al menor de diversas formas.

Graciela Tonon [18] realiza una descripción de las formas en que se solía abusar de los niños en la historia.

En la Edad Antigua, los derechos a la vida y a la seguridad de niños y niñas no eran reconocidos como tal, siendo el infanticidio una práctica común durante los primeros siglos de la historia de la humanidad. En china, los recién nacidos podían ser ofrecidos como sacrificio purificador de las distintas divinidades, al igual que en el antiguo Egipto. Eran épocas en donde los padres gozaban de poder plenipotenciario sobre sus hijos e hijas, pudiendo disponer tanto de su vida como de su muerte. También algunos pasajes de la Biblia muestran escenas de sacrificios de niños o niñas, como el caso de Moisés salvado de un infanticidio masivo.

En Roma, el derecho a la vida era otorgado por el padre en un ritual, donde el niño recién nacido era depositado a sus pies, pudiendo éste optar por levantarlo en brazos y de esta manera reconocer públicamente que era su hijo/a o no hacerlo. En este último caso, el bebe era dejado en la calle, expuesto al hambre, al frio, o al ataque de animales, pudiendo ser recogido por quien quisiera convertirlo con posterioridad en esclavo.

Estos ejemplos dan cuenta de que el infanticidio fue una práctica habitual que perduro hasta el siglo IV d.C. Se lo practicaba con los hijos e hijas legítimos/as e ilegítimos/as, ya sea por razones personales, familiares y/o institucionales. Es así que cualquier niño o niña que naciera diferente o que inclusive llorara mucho corría el riesgo de ser exterminado/a.

- [18] **TONON, G.** (2001) "**Maltrato infantil intrafamiliar. Una propuesta de intervención**". Ed. Espacio. Buenos Aires.

Las formas de infanticidio más comunes eran:

. Asfixia: el adulto yacía sobre el/la niño/a hasta su muerte.

. Ahogamiento: en letrinas o cisternas.

. Entierro: en los cimientos de puentes.

Durante la Edad Media el/la niño/a no tenía un lugar reconocido en la estructura social. Al no tener conciencia de las necesidades y de las particularidades del proceso de crecimiento y maduración, niños y niñas llegaban a ser manipulados como mercancías. Esta idea no diferenciaba clases sociales a tal punto que el rey Ivan IV de Rusia llegó a matar a su propio hijo de un bastonazo en un ataque de ira.

Existía una forma disimulada de infanticidio que era la muerte por sofocación, al dormir niños y niñas de corta edad con sus padres. Otra práctica reiterada era el abandono de hijos e hijas a la puerta de algún monasterio.

En el siglo XVII, comienzan a darse ciertos cambios positivos en relación a la condición de niños y niñas. En este sentido, se puede observar un descenso de la mortalidad infantil, no porque mejoren las condiciones de higiene y cuidado de los niños/as, sino porque disminuye el número de infanticidios.

Así mismo, se implementa la institucionalización como respuesta a la resolución de casos de abandono infantil y orfandad.

En el siglo XIX se inician tres procesos de particular interés para el tema de Maltrato Infantil:

- La fundación de los primeros hospitales infantiles.
- La fundación de las primeras sociedades dedicadas a la prevención de la crueldad contra niños/as.
- El estudio de los primeros casos de maltrato infantil.

En 1852 el médico Tolmuche, pionero en el estudio del tema, identifico algunas lesiones correspondientes a los malos tratos. Así mismo, en 1860 el médico Tardieu describió por primera vez el denominado “síndrome del niño maltratado”. El siglo concluye con el establecimiento del primer Tribunal de Menores en 1899 en la ciudad de Chicago.

El siglo XX llega con la aparición de los Rayos X, técnica que permite avanzar en el diagnostico diferencial de los casos de maltrato infantil. En 1955 comienzan a valorarse los factores ambientales y familiares como condicionantes de los traumatismos de niños y niñas que tienen lugar en el ámbito hogareño. En 1959 la ONU (Organización de las Naciones Unidas) aprueba la declaración de los derechos del niño y simultáneamente los pediatras Kempe y Silver comienzan a alertar acerca de la responsabilidad que le cabe a los padres en este tipo de casos.

Finalmente en 1962, Kempe, Silverman, Steele, Droegemuller y Silver publican un artículo con 302 casos de niños maltratados, conceptualizándose por primera vez el síndrome de niño apaleado.

Concepción del maltrato infantil

Hay conceptos muy arraigados en nuestra cultura y que surgen a diario cuando se trata el problema del maltrato infantil.

En 1962 luego de una larga lucha, pudo Kempe lograr que se aceptara el concepto de niño apaleado, que representaba una realidad difícil de aceptar, definido por éste como “el uso de la fuerza física no accidental, dirigida a herir o lesionar a un niño, por parte de sus padres o parientes”.

Para Wolfe es “la presencia de una lesión no accidental, resultado de actos de perpetración (agresión física) o de omisión (falta de atención por parte de quienes están a cargo del niño y que requiere de atención medica o intervención legal)”.

La Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH) define al maltrato infantil “como todo acto u omisión encaminado hacer daño aun sin esta intención pero que justifique el desarrollo normal del menor”.

A su vez, el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) define a los niños maltratados como: “los menores de edad que enfrentan y sufren ocasional o habitualmente, violencia física, emocional o ambas, ejecutadas por actos de acción u omisión, pero siempre en forma intencional, no accidental, por padres, tutores, custodios o personas responsables de ellos”.

La UNICEF lo define como: “niños que ocasional o habitualmente actos de violencia física, sexual o emocional, sea en el grupo familiar o en el entorno social. El maltrato puede ser ejecutado por omisión, supresión o transgresión de los derechos individuales o colectivos e incluye el abandono completo y parcial”.

Así mismo, Arruabarrena y De Paul Ochotorena (1994)[19] señalan tres criterios que deben tenerse en cuenta en la definición del maltrato infantil: la perspectiva evolutiva, que permite determinar cuándo una conducta es o no inadecuada en función de la edad del niño; la presencia de factores de vulnerabilidad en el niño, ya que cierto comportamiento puede no resultar dañino para un niño sano y ser perjudicial para aquel que presenta alguna deficiencia en su desarrollo biopsíquico; la existencia de un daño real o potencial (el daño potencial se incluye para establecer una predicción acerca del impacto que en el futuro los comportamientos parentales pueden tener sobre el niño, y si éstos serán dañinos en un determinado nivel de severidad).

Las definiciones planteadas, presentan varianzas en su explicación, pero se recalca que el Maltrato Infantil es un fenómeno donde el abuso hacia el menor es perpetuado por los responsables de su desarrollo. Puede ser llevado a cabo premeditadamente con la intención de dañar al menor, o por el contrario solamente dejar de proveer el cuidado necesario al niño. Sin importar la forma en que se maltrate a un niño, las consecuencias se hacen siempre latentes, ya que pueden afectar su desarrollo físico, psicológico y emocional.

Por último, cabe mencionar la definición tomada por Bringiotti sobre el maltrato infantil, entendido éste como “cualquier daño físico o psicológico no accidental contra un menor, ocasionado por sus padres o cuidadores, que ocurre como resultado de acciones físicas, sexuales o emocionales de omisión o comisión y que amenazan el desarrollo normal, tanto físico como psicológico del niño." (Gracia Fuster y Musitu Ochoa, 1993)[20].

Formas que adopta el maltrato infantil:

- [19] **BRINGIOTTI, M.I.** (2000) Cap. 2 “**Maltrato infantil. Representaciones. Formas que adopta. Factores de riesgo. El problema a nivel mundial” en “La escuela ante los niños maltratados**”. Ed. Paidos. Buenos Aires.

- [20] **IDEM 19.**

- Maltrato físico: cualquier acción no accidental por parte de los padres o los cuidadores que provoque daño físico o enfermedad en el niño o lo coloque en grave riesgo de padecerlo.

  Indicadores: golpes o moretones, quemaduras, torceduras o dislocaciones fracturas, cortes o pinchazos, lesiones internas, asfixia o ahogamiento, fractura de cráneo o daño cerebral.
- Abandono físico: aquella situación en la que las necesidades físicas del menor (alimentación, vestido, higiene, protección y vigilancia en situaciones potencialmente peligrosas y/o cuidados médicos) no son atendidas temporal o permanentemente por ningún miembro del grupo que convive con el niño.

  Indicadores (déficit en la atención de las siguientes situaciones): alimentación, vestimenta, higiene, cuidados médicos, supervisión en situaciones potencialmente peligrosas, condiciones higiénicas y de seguridad del hogar, área educativa: ausencias e incompetencia en el rendimiento, estimulación cognitiva.
- Maltrato emocional: hostilidad verbal crónica en forma de insulto, burla, desprecio, critica y amenaza de abandono, y constante bloqueo de las iniciativas de interacción infantiles (desde la evitación hasta el encierro) por parte de cualquier miembro adulto del grupo familiar.

  Indicadores: rechazo a las iniciativas de apego en los más pequeños; exclusión de las actividades familiares, trasmisión casi habitual de una valorización negativa del niño; negación de autonomía en los más grandes; conductas de amenaza e intimidación; conductas ambivalentes e impredecibles; situaciones ambiguas en la comunicación (doble mensaje); aislamiento o evitación de contactos sociales; prohibición de participar de actividades con sus pares.
- Abandono emocional: la falta persistente de respuestas a las señales (llanto, sonrisas), expresiones emocionales y conductas procuradoras de proximidad e interacción iniciadas por el niño y la falta de iniciativa de interacción y contacto por parte de alguna figura adulta estable.

  Indicadores: ignorar al niño de diferentes maneras según su estadio evolutivo; no responder a las conductas sociales espontaneas del niño; no participar en las actividades diarias del niño; no apoyarlo o defenderlo frente a los problemas escolares o sociales; renuncia por parte de los padres a asumir las responsabilidades parentales en todos sus aspectos.

- Abuso sexual: cualquier clase de contacto sexual en un niño menor de 18 años por parte de un familiar o tutor adulto desde una posición de poder o autoridad sobre el niño. Constituyen formas de abuso sexual:

  . Incesto: en caso de que se trate de parientes con consanguinidad lineal o adultos que desempeñan el rol de figura parental, como nuevas parejas del padre o madre o padres adoptivos.

  . Violación: realizada por personas no incluidas en el ítem anterior.

  . Vejación sexual: el contacto sexual se produce por manoseo, toqueteos al niño o provocar los del niño al adulto.

  . Abuso sexual sin contacto físico: se incluye los casos de seducción verbal explicita de un niño; la exposición de los órganos sexuales con el objeto de obtener gratificación o excitación sexual con ello, y la masturbación o realización intencionada del acto sexual en presencia del niño con el objeto de buscar gratificación sexual.
- Explotación laboral o mendicidad: los padres o tutores asignan al niño con carácter obligatorio la realización continuada de trabajos (domésticos o no) que exceden los límites de lo habitual, que deberían ser realizados por adultos y que interfieren de manera clara en las actividades y necesidades sociales y/o escolares de los niños y, por último, que son asignadas con el objetivo fundamental de obtener un beneficio económico o similar para los padres o la estructura familiar.

  Indicadores: realización de actividades domesticas excesivas para la edad del menor; tienen un carácter habitual en la relación familiar y no responden a una circunstancia especifica y justificable; actividades en el ámbito extradoméstico, en la calle, estaciones, trenes, que colocan al niño en situaciones de riesgo de ser abusados o tener accidentes; exigir “remuneraciones”, so pena de recibir castigos.
- Corrupción: conductas que impiden la normal integración del niño y refuerzan pautas de conducta antisociales o desviadas, especialmente en las áreas de agresividad, sexualidad, drogas o alcohol.

  Indicadores: se fomenta el desarrollo de hábitos adictivos (drogas y/o alcohol); alentar a contactos sexuales de diverso tipo; estimular la agresividad y la respuesta violenta ante situaciones conflictivas de la vida diaria, sobre todo entre pares; iniciación e incitación a la prostitución; alentar el tráfico y/o comercio de drogas.

- Síndrome de Munchaussen: simulación por parte del padre, madre o tutor (especialmente por parte de la madre) de síntomas físicos patológicos, mediante la administración de sustancias o manipulación de excreciones o sugerencias de sintomatologías difíciles de demostrar, que llevan a internaciones o estudios complementarios innecesarios.

  Indicadores: visitas reiteradas a médicos y guardias hospitalarias; cambio constante de lugares de atención; ausencia de un medico estable que controle al niño; consultas en fines de semana o en horarios de guardia o nocturnos; aplicación de todo tipo de remedios y/o recursos técnicos que agreden al niño; conocimiento bastante completo por parte del adulto de síntomas, manifestaciones clínicas y abordajes terapéuticos; nivel educativo medio(como mínimo) del adulto, para poder persuadir con un lenguaje apropiado a profesionales médicos.
- Incapacidad parental de controlar la conducta del niño: los padres o tutores manifiestan o demuestran claramente su total incapacidad para controlar y manejar de manera adaptativa el comportamiento de su/s hijo/s.

  Indicadores: manifiesta ignorancia de los pasos del niño, dónde y con quién está o en qué actividades está participando; justificación de tal abandono por supuestos “problemas” presentados por el niño, los padres “no saben qué hacer”; renuncia implícita y a veces explícita a solicitar ayuda especializada ante tales circunstancias.
- Abandono: dejar literalmente al niño abandonado en una puerta, plaza, tacho de basura, etc., sin intención aparente de volver.
- Maltrato prenatal: consumo de drogas durante el embarazo que provoque que el niño nazca con un crecimiento anormal, patrones neurológicos anormales o con síntomas de dependencia física a las drogas.
- Intoxicación: implica la ingestión de compuestos o sustancias químicas por acción de los padres. Suelen reconocerse los siguientes tipos: intoxicación intrauterina, intoxicación a través de la lactancia, intoxicación por descuido o negligencia e intoxicación violenta.
- Formas raras y graves del maltrato infantil: son cuadros confusos que pueden llevar a suponer que se trata de lesiones accidentales: quemaduras por microondas y quemaduras por secadores de pelo; intoxicación por sal común (cuyo exceso produce, entre otros efectos, deshidratación); aspiración de pimienta (oclusión de

laringe, tráquea y bronquios, afecta también al esófago y estómago, la mayoría de los casos son fatales); síndrome de oreja de coliflor (golpe en el oído, torcedura de vértebras y asfixia); ritualismo (ceremonias o prácticas "religiosas" donde se somete a los niños a diferentes formas de abuso); déficit de vitamina B12, debido a madres vegetarianas estrictas que alimentan sólo a pecho a sus hijos, sin ningún tipo de complemento.

En nuestro país, los sucesos ocurridos durante la pasada dictadura militar han llevado ha incluido:

- Secuestro y sustitución de identidad: se refiere a todos aquellos casos en los que el menor fue separado de su madre al nacer, para ser entregado a personal policial o personas relacionadas con los secuestradores, negando su identidad y la posibilidad de vuelta a su familia de origen. Así mismo incluye a los menores secuestrados con sus padres y entregados a otros sujetos no familiares. En este caso no se trataría de una forma de maltrato intrafamiliar sino social/institucional.

Debido a que se realizará la sistematización de una situación de abuso sexual infantil se definirá y describirán los principales puntos a tener en cuenta.

Sanz y Molina plantean al abuso sexual como "el o los actos de naturaleza sexual impuestos por un adulto sobre un niño que, por su condición de tal, carece del desarrollo maduracional, emocional y cognitivo como para dar un consentimiento acerca del o los actos en cuestión"[21]. La habilidad para enredar al niño en una vinculación de tipo sexual está basada en la posición dominante y de poder, que tiene el adulto sobre el niño, y que contrasta con los aspectos de vulnerabilidad y dependencia que éste tiene.

Teniendo en cuenta que existen numerosas definiciones de abuso sexual, se destaca que en la mayoría de ellas se establecen dos criterios para hablar de abuso:

- **Coerción**. El agresor utiliza la situación de poder que tiene para interactuar sexualmente con el menor.
- **Asimetría de edad**. El agresor es significativamente mayor que la víctima, no necesariamente mayor de edad.

- [21] **SANZ, D. Y MOLINA, A.** (1999) "**Violencia y abuso en la familia**". Ed. Lumen/Humanitas. Buenos Aires.

Es fundamental no concebir el abuso sexual como una cuestión únicamente concerniente a la sexualidad del individuo, sino como un abuso de poder fruto de esa asimetría. Una persona tiene poder sobre otra cuando le obliga a realizar algo que ésta no desea, sea cual sea el medio que utilice para ello: la amenaza, la fuerza física, el chantaje. La persona con poder está en una situación de superioridad sobre la víctima que impide a ésta el uso y disfrute de su libertad, con el propósito de satisfacer sus propios deseos y sentimientos sin importarle los deseos y sentimientos del niño/a o adolescente.

El abuso sexual es un delito que no deja huellas (en el sentido de huellas físicas que se puedan detectar u observar a primera impresión), porque por lo general no se utiliza la fuerza física (está basada en la seducción y el engaño). Generalmente no hay testigos, por eso una de sus características es la invisibilidad. Los métodos persuasivos utilizados por el perpetrador terminan por hacer sentir avergonzadas, con culpas y responsables a las víctimas de lo que está sucediendo; por ello se habla que es un delito basado en la complicidad. Es fácil caer en la maraña que ofrece el abusador, porque los mismos métodos persuasivos que usa con la victima los pone en práctica ante jueces, funcionarios y/o en la comunidad; por eso se dice que es un delito tramposo para desentrañar. Es un delito que tiene atravesamientos múltiples, que necesita de la intervención de saberes interdisciplinarios: legal, médico, social, psicológico, sociológico, antropológico, etc., por eso se habla de su complejidad y de la necesidad de este tipo de abordaje.

Así como se tienen en cuenta los dos criterios mencionados anteriormente, cabe destacar la presencia de indicadores tanto específicos como inespecíficos en torno al abuso sexual infantil abordados por Irene Intebi.

Aunque uno de los principales indicadores del abuso es el relato que hace la víctima, pocas veces es tomado en cuenta, tanto por las personas que lo escuchan por primera vez, como por las autoridades que intervienen.

Validar un diagnóstico de abuso sexual es una cuestión no solo complicada sino también delicada. Por lo tanto la precisión diagnostica será mayor en la medida en que los profesionales intervinientes puedan reconocer la presencia de signos y síntomas (físicos y emocionales) asociados al abuso que corroboren una sospecha. Cabe destacar que

raramente la confirmación del abuso se basa en la presencia de sólo uno de los indicadores.

Los indicadores tanto físicos como emocionales ponen en evidencia las consecuencias que el hecho traumático produce, tanto en el cuerpo como en el psiquismo. Tomando la clasificación de indicadores que menciona Irene Intebi[22] entre ellos se encuentran:

- Indicadores altamente específicos (a cualquier edad):

_ Indicadores físicos:

- lesiones en las zonas genitales y/o anales;
- sangrado por la vagina o el ano;
- infección genital no preexistente;
- embarazo;
- cualquiera de los indicadores anteriores, junto con síntomas de maltrato físico (hematomas, escoriaciones, etc.).

_ Indicadores psicológicos:

- Relato de la víctima.

- Indicadores de sospecha según periodo evolutivo:

_ Preescolares:

- conductas hipersexualizadas;
- trastornos del sueño;
- conductas regresivas;
- enuresis, encopresis;
- retracción social;
- temores inexplicables frente a personas o situaciones determinadas;
- fenómenos disociativos.

_ Latentes:

- [22] **INTEBI, V. I.** (1998) "**Abuso sexual infantil: En las mejores familias**". Ediciones Granica S.A.

- modificaciones bruscas en el rendimiento escolar;
- problemas con figuras de autoridad;
- huidas del hogar;
- conductas delincuenciales;
- coerción sexual a otros niños;
- excesiva sumisión frente al adulto;
- fobias;
- quejas somáticas (cefaleas, dolores abdominales, etc.);
- sobreadaptación.

_ Adolescentes:

- promiscuidad;
- coerción sexual a otros niños;
- drogadicción;
- conductas delincuenciales;
- conductas autoagresivas;
- tentativas de suicidio;
- excesiva inhibición sexual;
- trastornos disociativos;
- anorexia, bulimia.

_ Adultos:

- trastornos psiquiátricos graves;
- disfunciones sexuales;
- trastornos de la alimentación.

Siguiendo con la temática planteada, históricamente se han descripto tres niveles o áreas donde se ejerce el maltrato infantil:

. El ámbito domestico o intrafamiliar

. El ámbito institucional (salud, educación, justicia)

. El ámbito social (políticas públicas inadecuadas que mantienen a sectores de la infancia con sus necesidades básicas de alimentación, salud, educación, defensa de sus derechos, en general por debajo de la satisfacción de las mismas).

Haciendo énfasis en la forma de maltrato que se ejerce en el ámbito domestico, es decir en la esfera familiar donde se desenvuelve y desarrolla el niño, se puede citar a Graciela Tonon quien define al maltrato infantil intrafamiliar como “los actos y carencias producidas por los padres o las personas encargadas de su cuidado y que dañan gravemente al niño/a, atentando contra su integridad corporal, desarrollo físico, afectivo, intelectual y moral y cuyas manifestaciones son el descuido y/o lesiones de orden físico y/o psíquico, y/o sexual. Esta definición reconoce y categoriza tanto a las acciones como a las omisiones cometidas por los adultos responsables del cuidado cotidiano de niños y niñas en el ámbito familiar”.[23]

La violencia familiar alude a todas las formas de abuso que tienen lugar en las relaciones entre los miembros de una familia. Afecta a todos los niveles de una sociedad sin distinción de grado de educación, desarrollo económico, etc., aunque aparezca más expuesta la que se genera en los estratos inferiores del tejido social.

La violencia implica siempre el uso de la fuerza para producir un daño; son vividos como violencia “aquellos actos que tienden a la destrucción de algo de nosotros, como vehículo para conseguir el disciplinamiento a la obediencia”[24]. Es necesario subrayar que, para poder definir una situación familiar como un caso de violencia familiar, la relación de abuso debe ser crónica, permanente o periódica. Por lo tanto, no están incluidas en la definición las situaciones de maltrato aisladas, que constituyen la excepción y no la regla dentro de las relaciones familiares.

La Ley n° 12.569 de Violencia Familiar entiende por violencia familiar “toda acción, omisión, abuso que afecte la integridad física, psíquica, moral, sexual y/o libertad de una persona en el ámbito del grupo familiar, aunque no configure delito”. La violencia familiar se refiere entonces a las distintas formas de relación abusiva que caracterizan de modo permanente o cíclica al vinculo intrafamiliar, denominándose relación de abuso a aquella forma de interacción que, enmarcada en un contexto de desequilibrio de poder, incluye

- [23] **TONON, G.** (2001) “**Maltrato infantil intrafamiliar. Una propuesta de intervención**”. Ed. Espacio. Buenos Aires.

- [24] **LAMBERTI - SÁNCHEZ - VIAR (COMPILADORES**). (1998) "**Violencia familiar y abuso sexual**". Ed. Universidad. Buenos Aires.

conductas de una de las partes que, por acción o por omisión, ocasionan daño físico y/o psicológico a otro miembro de la relación.

En referencia a esta forma de maltrato que se ejerce, se establecen factores de riesgo (conjunto de indicadores-físicos, conductuales y sociales- tanto del niño/a como de los/as adultos/as y del grupo familiar que, sumados a las características del incidente y de las eventuales lesiones e incluso la reacción frente a la detención y/o intervención, contribuye a elaborar una predicción sobre: la probabilidad de que el niño/a sufra un daño y que ese daño sea severo) de las familias maltratadoras de sus hijos. Cabe destacar que cuando se habla de factores de riesgo no hay que considerar de ninguna manera que eso es causalidad, es por eso que para explicar el maltrato infantil hay una multicausalidad de factores.[25]

El concepto de factor de riesgo reemplaza de alguna manera al de causalidad. Ya no se habla de causa y menos de una causa, sino de un conjunto de factores de riesgo presentes en cada familia, en interjuego con factores compensatorios que se potencian entre sí, desencadenando la situación de maltrato.

. <u>Son factores de riesgo desde el punto de vista socioeconómico</u>:

- pertenencia a grupos sociales marginados, aislados,
- tener problemas económicos, como desempleo, subocupación o marcada insatisfacción/maltrato laboral,
- tipo de familia, monoparental, alto número de hijos, espacio intergenésico inadecuado entre los hijos,
- altos niveles de estrés,
- déficit de apoyo social/comunitario.

. <u>Son factores de riesgo desde el punto de vista psicológico/individual</u>:

- niveles más alto de depresión y/o ansiedad,
- alto grado de impulsividad,
- déficit en las estrategias de enfrentamiento de problemas,
- déficit en la capacidad empática,
- haber tenido una historia de crianza con negligencia/malos tratos y ausencia de modelos parentales adecuados,

---

- [25] **BRINGIOTTI, M.I.** (2005) "**Las familias en "situación de riesgo" en los casos de violencia familiar y maltrato infantil**". Número especial Familias en Situación de Riesgo. Volumen 14.

- conflictos de pareja, relaciones violentas.

. Son factores de riesgo desde el punto de vista de las características del niño:

- en los embarazos no deseados, madres solas, hijos nacidos luego de la separación de la pareja, hijos de abusos;
- niños “atípicos”, con problemas físicos, discapacidades, problemas en el desarrollo, con enfermedades frecuentes y severas;
- niños “difíciles” de acuerdo a la percepción subjetiva de los padres, que se presentan características para ellos difíciles de manejar aun estando dentro de la normalidad.

. Son factores de riesgo desde el punto de vista de las concepciones culturales:

- los roles estereotipados de género,
- el rol masculino definido como potente, proveedor, directivo, controlador;
- el rol femenino considerado como pasivo, contenedor, familia, emotivo;
- la transmisión de los mismos a los niños en la educación,
- el nivel de tolerancia al castigo en la educación,
- el nivel de aceptación a la violencia social.

Estos factores no constituyen la causa del maltrato en el sentido de un esquema lineal de causa y efecto, sino más bien son factores asociados al riesgo de aparición y mantención del maltrato.

Otros estudios realizados se han detenido en una serie de situaciones vitales que influyen directamente en la etiología del maltrato. En referencia a estos, se mencionan los siguientes[26]:

- La trasmisión intergeneracional: se refiere a la repitencia del maltrato a través de diferentes generaciones, padres, hijos, nietos. Su conceptualización está apoyada en diferentes líneas teóricas. Las teorías psicodinámicas se han referido a la transmisión de patrones maltratantes para explicar los procesos intrapsíquicos que subyacen a las relaciones en que predomina el maltrato físico. Estos patrones se trasladan de familia en familia a lo largo de su historia y sustentan la violencia, en este caso el maltrato infantil.

- [26] **BRINGIOTTI, M.**I. (1999) “**Maltrato Infantil. Factores de riesgo físico en la población infantil**”. Miño y Dávila Editores. Madrid-Buenos Aires.

Desde la teoría del apego también se ha analizado dicha transmisión intergeneracional aplicando el constructo de los modelos internos de funcionamiento. La teoría del aprendizaje social plantea que la historia del maltrato infantil provocaría una ausencia de habilidades aprendidas para el manejo de las conductas de los niños y la utilización del castigo físico como exponente de la única estrategia aprendida (Wolfe, 1985, citado por Arruabarrena y De Paul, 1994)

Es evidente que la historia del maltrato es una variable fundamental que coloca al sujeto en situación de riesgo de reproducir el problema. Dado el carácter multifacético del mismo, se debería profundizar en la detección y estudio de aquellas variables que hacen que un sujeto se convierta o no en maltratador de sus hijos. Son aspectos fundamentales a tener en cuentas: cómo se integró o metabolizó esta situación de historia de maltrato, o si en algún momento surgió alguna figura de apoyo en la infancia, o si se realizaron actividades terapéuticas, o si la pareja actual brinda la adecuada estabilidad y apoyo emocional.

- Socioeconómicos: en la década del 60 se descartaba la relación maltrato y factores socioeconómicos, aunque la evidencia de la mayor ocurrencia en sectores socioeconómicos bajos era relevante. En la década del 70, ciertas investigaciones otorgaron mayor ocurrencia a las situaciones de maltrato en los hogares con niveles educativos y socioeconómicos más bajos. Sin embargo, se debe tener en cuenta que el maltrato puede producirse de manera similar en todos los estratos sociales, pero sólo se conocen y detectan los de los estratos sociales más desfavorecidos que son los que acceden con mayor frecuencia a los servicios sociales.
- Estrés: la familia presenta la situación paradójica de ser el refugio para los problemas externos y fuente de apoyo y amor, y sin embargo, es donde mayormente se registran los más altos niveles de estrés y violencia. Se señala la presencia, en la estructura básica de la familia, fuentes primarias de estrés, seguidas por las obligaciones de proporcionar a los hijos lo necesario para su bienestar, cuando la sociedad no provee de los medios para llevarlo a cabo. Otra exigencia es la de la educación de los hijos dentro de un nivel de adaptabilidad y éxito.

El maltrato infantil seria una expresión de las carencias de recursos o habilidades para manejar y superar situaciones que arrastran un alto nivel de

estrés. El estrés no es causa necesaria o suficiente para que se produzca el maltrato infantil, sino que existen una serie de variables mediadoras del estrés que distinguen a los padres que maltratan de los que no lo hacen. Aunque se muestre su asociación, no debe ser interpretada como que el estrés es causa directa del maltrato infantil.

- Desempleo: el desempleo es fuente productora de estrés u juntos conforman un campo propicio para el desarrollo de conductas violentas. Estudios realizados mostraban una tasa mucho mayor de desempleo en las familias maltratadoras, así como también que el desempleo había ocurrido meses antes del inicio de la situación de malos tratos. La situación de desocupado conllevaba experiencias frustrantes, como no poder dar cuenta de las necesidades económicas de la familia, a una creciente desvalorización. Se incrementaba el contacto y, por lo tanto, el conflicto con los hijos y los problemas con la esposa.

  La situación de desvalorización laboral, exigencias desmedidas, trabajos sucios, mal pagos, inseguridad, plantea experiencias negativas que luego son trasladadas al hogar.
- Familia monoparental o padre único: la influencia del padre único en la etiología del maltrato se produce por varias circunstancias, como estas sólo en la crianza de un hijo, los problemas económicos (sobre todo para las mujeres), vivienda inapropiada, muchos hijos, pobreza, etc.

  En muchos estudios ha prevalecido el maltrato en familias de padre único, generalmente la madre, observándose los índices más altos de maltrato en los hogares donde la mujer era la cabeza de familia.
- Apoyo social: han surgido diferentes definiciones del apoyo social. Una de las más completas es la elaborada por Gottlieb (1981, citado por Gracia Fuster, 1993). Este autor sugiere tres elementos constitutivos de apoyo social: participación social, interacción con las redes y acceso a las fuentes de apoyo en las relaciones personales íntimas. El componente social se refiere a la relación del individuo con el entorno social: la comunidad, las redes sociales y las relaciones íntimas y de confianza. El componente apoyo, implica las actividades instrumentales y las actividades especificas. Es importante el análisis de las relaciones entre estrés y apoyo social en la ocurrencia del maltrato. El apoyo social aparece como

moderador, brindando bienestar físico y psicológico frente a situaciones estresantes.

- Aislamiento social: directamente relacionada con la anterior, la presencia de esta variable se ha podido observar en diferentes familias en las que ocurre el maltrato. Éstas se encuentran aisladas no sólo de instituciones formales, sino también de redes informales de apoyo. Los padres que maltratan a sus hijos prefieren resolver por sí solos en problema, sin consultar ni pedir ayuda.

  Cuando una familia está socialmente aislada significa que se encuentra alejada de sistemas de apoyos personales, es decir, de aquellos conjuntos de relaciones que proporcionan ayuda, apoyo y estimulo y, que "dicen a los individuos lo que se espera de ellos y les guían en lo que tienen que hacer, sistemas que vigilan y juzgan el desempeño del rol parental".

- Barrios o zonas de alto riesgo: si bien el maltrato se concentra entre las familias social, económica y psicológicamente en situación de alto riesgo, es importante el estudio del entorno social íntimamente relacionado con el clima que vive la familia. En la comunidad tiene lugar la socialización, el control social, la participación social y la ayuda mutua. Cuando estas funciones no se cumplen aumenta un clima de riesgo social. Del estudio de Garbarino y Sherman (1980) se desprende que las familias maltratadoras presentan mayor molestia con el barrio en el que viven, mientras que las no maltratadoras se muestran conformes y transmiten una visión positiva de su barrio.

- Alteraciones psicopatológicas: se ha observado la relación entre maltrato y alcoholismo en los estudios realizados en distintos países. En general se observan alteraciones psicológicas que no responden a alteraciones psicológicas concretas y diagnosticables. Se ha encontrado una mayor tendencia a la impulsividad, a la expresión de la cólera, a la excitabilidad, una mayor desorganización y un lenguaje incoherente.

  En otros trabajos se aprecia la presencia de síntomas de tipo depresivo, de ansiedad y frecuentes quejas subjetivas de malestar físico y psíquico, que correlacionan significativamente con las interacciones negativas entre madres e hijos.

  Los padres maltratadores tienen una imagen negativa de sus hijos, y su nivel de expectativas respecto a los que pueden lograr es muy alto, no coincidiendo muchas

veces con las capacidades del niño. En general, tienden a interpretar las conductas de sus hijos como dirigidas intencionalmente a molestarlos.

- Factores de vulnerabilidad infantil: en el juego de interrelaciones familiares, el niño es unos de los protagonistas que no debe ser dejado de lado, ya que determinadas características personales lo hacen más vulnerable al castigo físico de sus padres. El maltrato decrece con la edad. Los niños más pequeños son mayormente los principales víctimas del maltrato físico: por su corta edad tienen menos posibilidad de defenderse, controlan en menor medida aquellas conductas que irritan a sus padres, y son más dependientes física y psíquicamente. Un aspecto de riesgo a tener en cuenta, es en aquellos niños con dificultades de salud física, como los niños prematuras y de bajo peso al nacer, que requieren cuidados especiales, implican un alto nivel de exigencias para los padres. Lo mismo ocurre con los hijos de embarazados no deseados, sexo conflictivo, discapacitados en algún área.

Los niveles explicativos del maltrato infantil atravesaron por diferentes etapas. Los primeros casos detectados fueron observados hasta en sus mínimos detalles a fin de establecer factores en común que pudiesen ser la causa de esa situación. Es así que se enuncia un conjunto de posibles situaciones que rodeaban a cada caso de maltrato infantil, dentro del contexto social, familiar e individual. Con el paso del tiempo, se descartaron algunas que sólo aparecían aisladamente, y se fueron confirmando otras que se repetían en la mayoría de los casos.

El maltrato infantil intrafamiliar se ha explicado desde distintos modelos teóricos que han ido desplazando, paulatinamente, la atribución causal desde las características personales de los miembros del grupo familiar, planteo denominado unicausal de base psiquiátrica, a factores psicosociales interactivos que se dan en determinadas familias y que constituyen un planteo multicausal con base psicosocial.

Surgen en la década del 90 como critica a los modelos tradicionales y los modelos de segunda generación. La critica a los primeros (los unicausales) se basa en que adopta una actitud simplista con los factores causales únicos, que no permite explicar por un lado la variabilidad del maltrato entre familias que comparten las mismas características y, por el otro, el porqué de la diferencia entre padres que maltratan y padres que abandonan y los que no lo hacen estando presentes los mismos factores de riesgo. En cuanto a los modelos de segunda generación, si bien estos reconocen la naturaleza multicausal del

maltrato e integran los modelos unidimensionales en enfoques multidisciplinarios más complejos, así como incluyen factores de riesgo y compensación, son sin embargo meramente descriptivos.

El camino desarrollado en la búsqueda de explicaciones de la ocurrencia del maltrato infantil ha sido fructífera, aunque aun son perfeccionables los diversos modelos desde los cuales se pretende abordar la problemática. Sin embargo, aportan un conjunto de variables de análisis fundamentales a la hora de abordar la detección y el tratamiento de las situaciones.

CONCEPTO DE FAMILIA

La familia puede ser conceptualizada desde Eloísa de Yong como: "La organización social básica en la reproducción en sus aspectos biológicos, psicológicos y sociales, y en el mundo de la vida cotidiana, es un espacio complejo y contradictorio en tanto emerge como producto de múltiples condiciones de lo real en un determinado contexto sociopolítico, económico y cultural, atravesada por una historia de modelos o formas hegemónicas de conformación esperadas socialmente y una historia particular de la propia organización, donde confluyen lo esperado socialmente, lo deseado por la familia y lo posible en el interjuego texto-contexto"[27].

La familia tal y como se la entiende, cumple una función esencial en el desarrollo de la vida de las personas, es el grupo primario, el primer agente de socialización, en el que se producen y reproducen estructuras estructuradas incorporadas en la subjetividad de cada miembro de ella y en la que se puede observar diferentes sentimientos (positivos-negativos), aprendizajes, representaciones sociales, prácticas sociales y construcción de identidades. En este sentido, es la unidad que rige los aspectos axiológicos de la conducta, la elaboración de los sentidos y significados sociales y la intensidad de los lazos primarios.

- [27] De Yong citada en **GAMBARTE PAZ, P.S.** (2012) "**Violencia infantil intrafamiliar. Un estudio de casos acerca de las características que asume el habitus de niños en situación de maltrato infantil intrafamiliar desde el Trabajo Social**". Revista margen n° 65. Julio 2012.

Las familias se constituyen solo a través de relaciones de parentesco, sancionadas o no legalmente, el parentesco presenta un elaborado sistema de jerarquías, vínculos y reciprocidades sociales por lo que cada integrante ocupa una determinada posición social.

Paúl Osterrieth[28] considera que las funciones de la familia son:

· Reguladora: constituye un dispositivo regulador que permite al niño vivir a pesar de su debilidad y su indefensión inicial, amortiguando las presiones del medio y desarrollando las propias capacidades del niño. Permite así al niño entrar en relación con su medio. Otorga al niño sentimiento de protección.

· Socializadora: la familia es una muestra representativa de la sociedad, dada por la diversidad de sus miembros que la integran, es allí donde aprendemos los prototipos de nuestros vínculos: subordinación, complementariedad, reciprocidad, etc., con los innumerables matices afectivos (positivos y negativos) que los colorean.

· Individualizadora: la familia ofrece al niño las posibilidades para que se defina a sí mismo, generando distintos modelos familiares. Dada la proximidad y la intensidad de los vínculos, la familia se vuelve un medio favorable para la definición del sí mismo, a través de los procesos de autonomía e individualización tiempo de identificación. Junto a los procesos de diferenciación y distinción del otro concluirán finalmente en la personalidad del adolescente.

Teniendo en cuenta a la familia como una variable importantísima en el desarrollo de nuestras subjetividades, sentimientos, relaciones objetivas, interacciones, la que nos enseña “lo bueno y lo malo”, pone reglas o no, etc., juega un rol trascendente en el tema del maltrato infantil.

Según Bringiotti, diferentes autores coinciden en definir a la familia por el adecuado ejercicio de determinadas funciones que cada contexto y momento determina y que apuntan especialmente al cuidado y supervivencia de los hijos, sea como éstos hayan llegado a esa familia. En este sentido se hace referencia a los hijos propios, del otro conyugue, adoptados, hijos producto de alguna forma de fertilización asistida, dejando de lado clara y expresamente los casos de apropiación de niños donde la supuesta familia

- [28] **GAMBARTE PAZ, P.S.** (2012) “**Violencia infantil intrafamiliar. Un estudio de casos acerca de las características que asume el habitus de niños en situación de maltrato infantil intrafamiliar desde el Trabajo Social**”. Revista margen n° 65. Julio 2012.

está compuesta por los apropiadores – casos de Argentina y Guatemala-.[29] (nota al pie Bringiotti)

El modelo estereotipado de familia tradicional es el nuclear, caracterizado por la unión en matrimonio entre un hombre y una mujer más los hijos en común viviendo bajo un mismo techo y con roles diferenciados y estructurados para cada uno. Sin embargo, actualmente se han modificado algunos aspectos que hacen a la estructura familiar:

- El matrimonio entendido desde el punto de vista jurídico, ya no es el requisito para la constitución de una familia, originándose muchas de ellas en uniones consensuadas.
- Puede faltar uno de los progenitores, quedando el/los hijo/s al cuidado del otro, generalmente la madre, con diferentes grados de asunción por parte del padre, como en el caso de familias monoparentales.
- Los hijos tradicionalmente tenidos en común, hoy son ampliados por hijos de matrimonios/parejas anteriores, hijos adoptados o que han llegado por técnicas de reproducción asistida.
- Los roles materno y paterno pueden diferenciarse activamente de los tradicionales con una fuerte implicación de la madre en el trabajo y en el afuera, y del hombre en el cuidado y educación de los hijos.
- Muchas parejas se separan y se arman nuevas relaciones dando lugar a vínculos familiares reconstituidos.
- El número de hijos se ha reducido.
- Se ha introducido el debate acerca de la legitimidad de las parejas homosexuales y su posibilidad de constituir una familia y criar a los niños adoptados y/o hijos de uno de los integrantes.
- Otro aspecto aun mas reciente apunta a las diferentes modalidades de reproducción, asistida como alquiler de vientre, óvulos/espermatozoides congelados y toda una amplia gama de situaciones que caen dentro del ámbito de la bioética.

Estas transformaciones han generado nuevas formas de vida familiar entre las que se pueden reconocer diferentes tipos de familia:

- [29] **BRINGIOTTI, M.I.** (2005) "**Las familias en "situación de riesgo" en los casos de violencia familiar y maltrato infantil**". Número especial Familias en Situación de Riesgo. Volumen 14.

- Familia monoparental: compuesta por uno solo de los progenitores con sus hijos solteros. La jefatura es masculina o femenina.
- Familias ensambladas o reconstituidas: conviven los hijos de un miembro de la pareja con los hijos del otro miembro a lo que se agrega los hijos que puedan tener los nuevos cónyuges.
- Familia extensa: formada por una familia nuclear mas otros parientes, generalmente suegros, abuelos, cuñados, nietos.
- Hogares compuestos: formados por no-parientes que conviven bajo el mismo techo, tienen una economía en común y están relacionados entre sí por lazos de amistad, confraternidad y/o co-residencia transitoria.

De cualquier manera en que se constituya la familia, cada una de ellas es vehiculizadora de normas, valores y sistemas sociales de representación, desde donde construye su mundo, sus modos de interacción, que le dan sentido y un modo de entender las funciones y roles vinculados a: la sexualidad, la reproducción, la socialización y al cuidado de sus miembros en relación a las diferentes necesidades de trabajo, alimentación, salud, educación, vestido, vivienda, seguridad, afecto, participación, creación, aprendizaje, etc..

La familia asume un papel fundamental en el desarrollo psicofísico del niño, en tanto la misma ocupa un lugar privilegiado en la construcción de la identidad subjetiva como espacio de socialización primaria que es indispensable para el crecimiento humano.

La Ley n° 26.061 de Protección Integral de los derechos de las niñas, niños y adolescentes establece que la familia es responsable en forma prioritaria de asegurar a las niñas, niños y adolescentes el disfrute pleno y el efectivo ejercicio de sus derechos y garantías. El padre y la madre tienen responsabilidades y obligaciones comunes e iguales en lo que respecta al cuidado, desarrollo y educación integral de sus hijos.

“Toda persona que sufriese lesiones o maltrato físico o psíquico por parte de alguno de los integrantes del grupo familiar podrá denunciar estos hechos en forma verbal o escrita ante el juez con competencia en asuntos de familia y solicitar medidas cautelares conexas. A los efectos de esta ley se entiende por grupo familiar el originado en el matrimonio o en las uniones de hecho”. [30]

- [30] **Ley Nacional** N° 24.417 “**Protección contra la violencia familiar**”. Art. n° 1 (1994)

Teniendo en cuenta los cambios sufridos en las familias y el rol que debe cumplir como tal, la intervención profesional de los trabajadores sociales debe enmarcarse en el conocimiento y la comprensión de esta realidad cambiante.

B. SEGUNDA PARTE

METODOLOGÍA DE INTERVENCION

La elaboración de la sistematización pretende dar a conocer la intervención del Trabajador Social, por lo cual se desarrollaran las técnicas de recolección de datos utilizadas para dicha elaboración.

La entrevista

"La entrevista es un evento dialógico, propiciador de encuentros entre subjetividades que se conectan o vinculan a través de la palabra permitiendo que afloren representaciones, recuerdos, emociones y racionalidades pertenecientes a la historia personal, a la memoria colectiva y a la realidad sociocultural de cada uno de los sujetos implicados"[31].

Como herramienta de intervención profesional tiene un gran valor pragmático y cognitivo. A través de la información e interacción generada en ella, es posible develar lógicas de reconstrucción de prácticas sociales, vivencias, experiencias de los sujetos sociales y todo un sistema de representaciones que dan cuenta del mundo de la vida y, por lo tanto, del mundo social.

En la entrevista, la interacción se proyecta para alcanzar un propósito seleccionado de manera consciente. Su contenido procura tener unidad, progresión y continuidad temática, a la vez que se lo escoge para facilitar la consecución del propósito.

Además, se establece un reparto selectivo de las tareas entre sus participantes, designando entrevistador a una persona a la cual se le delega la responsabilidad del proceso, y a otra se lo designa entrevistado. De esta forma la relación entre estos dos papeles queda estructurada, siendo no reciproca, ya que el encuentro es concebido para atender los intereses del sujeto entrevistado.

- [31] **VELEZ RESTREPO, O. L.** (2003) "**Reconfigurando el Trabajo Social. Perspectivas y tendencias contemporáneas**". Ed. Espacio. Buenos Aires.

Los actos del entrevistador deben ser deliberadamente planeados y seleccionados conscientemente para respaldar el objeto de la entrevista. La entrevista es un encuentro formalmente convenido.

La entrevista incluye interrelaciones personales, interacciones orientadas hacia un objetivo mutua y conscientemente aceptado; y tiene una estructura más formal, un reparto de papeles claramente definido y un conjunto diferente de normas que regulan el proceso de la interacción.

La entrevista en Trabajo Social es proyectada para alcanzar objetivos en ese campo y se desenvuelven en escenarios comunes al mismo. El interés de la entrevista se centra en la entidad única: un individuo único, un grupo único, una comunidad única; haciendo un esfuerzo para que el cliente participe al máximo. Lo que se discute es de índole privado y altamente emotivo, caracterizándose por la gran importancia de la interacción personal, con mucho énfasis en los sentimientos y en las actitudes.

El objetivo de estas formas de entrevista se desprende de las funciones del trabajador social. Los propósitos generales en la mayor parte de las entrevistas pueden ser: informativas (hacer un estudio social), de diagnóstico (llegar a una evaluación) y terapéutico (realizar un cambio).

La entrevista constituye la principal técnica por medio de la cual se alcanzan los objetivos del trabajo social.

Proceso de la entrevista:

- Fase introductoria:

El proceso de la entrevista es el movimiento dinámico realizado conscientemente y a través de etapas sucesivas para lograr el propósito de la entrevista.

La fase introductoria tiene como fin conocerse, iniciar el proceso del encuentro y decidir acerca de un objetivo mutuamente aceptable.

. Camino de la entrevista: ésta empieza antes de que comience, o sea, antes de que los dos participantes se encuentren, en sus pensamientos y en sus sentimientos, conforme se mueven hacia el encuentro. La persona puede acudir al Servicio Social de forma

voluntaria, tras reconocer que tiene un problema; o a partir de una alternativa impuesta o involuntaria.

. Motivaciones relacionadas con la participación en la entrevista: los caminos hacia la entrevista sugieren diferencias en los niveles de motivación para participar. La motivación inicial o la falta de motivación es un factor transitorio, no es garantía de éxito. Le corresponde al entrevistador la responsabilidad de alentar cualquier motivación que tenga el entrevistado y de desarrollar una motivación en aquellos que no la tienen.

. Programación de la entrevista: el respeto por el tiempo de la entrevista es un elemento fundamental de respeto tanto para el entrevistador como para el entrevistado.

. Preparación del entrevistador para la entrevista: uno de los aspectos es el escenario físico para la entrevista, optimizando la posibilidad de comunicación sin distorsiones y minimizando la posibilidad de distracción. Además es necesario que se destine un lapso determinado de tiempo para la entrevista, así como también implica la preparación personal y profesional del entrevistador en lo que respecta a la revisión de datos acerca del entrevistado, información específica sobre recursos y servicios que este podría necesitar, etc.; contar con conocimientos generales sobre la problemática a tratar; tener un propósito claro de la entrevista.

. El lugar de la entrevista: la oficina del Servicio Social es uno de los varios lugares donde la entrevista puede llevarse a cabo. Otro lugar puede ser la casa del entrevistado, la sala de un hospital, en la calle o en instituciones de diferente tipo.

. Comienzo de la entrevista: el entrevistador y el entrevistado se encuentran frente a frente y se inicia una corriente de comunicación entre ellos. Se inicia una conversación de interacción informal, familiar, donde los papeles de entrevistador y entrevistado no han sido asumidos oficialmente, realizándose luego una transición hacia una interacción formal de la entrevista.

La fase inicial de la entrevista debe poner en claro el propósito que tienen ambos participantes al tomar parte en el encuentro. Este no solo debe ser claro para ambos, ellos también deben hacer todos los esfuerzos para formularlo en términos que funcionen.

- Fase de desarrollo:

Está dirigida a realizar el propósito convenido. El contenido y la secuencia de las acciones son enfocados y guiados hacia la meta. El entrevistador debe utilizar su destreza técnica para hacer que la interacción se mueva hacia el logro del propósito de la entrevista.

. Campo: el entrevistador debe ayudar al entrevistado para que éste hable acerca del vasto campo de preocupaciones pertinentes al logro de los propósitos de la entrevista. El entrevistador debe planear la estrategia de cada entrevista para equilibrar el campo, así como también puede emplear una variedad de técnicas para animar al entrevistado a conversar y mantener el flujo de la comunicación. Las técnicas pueden ser: expresiones de comprensión e interés, reflexión (comentarios reflexivos son indicios de que uno está listo y deseoso de escuchar más acerca de un tópico en particular), clarificación e interpretación, resumen o recapitulación e interrogación.

. Profundidad de la entrevista: una vez cubiertas las áreas de contenido general, pertinentes para el logro de los objetivos de la entrevista, los participantes han identificado ya algunas áreas particulares que necesitan ser discutidas a un nivel emocional más intenso. La profundidad se refiere no solamente a la intensidad de los sentimientos asociados a los acontecimientos y a la gente sino también al nivel de intimidad de tales sentimientos.

La profundidad implica una respuesta afectiva y un compromiso personal con el contenido. Mientras el campo tiene que ver con lo sucedido, la profundidad tiene que ver con la forma en que el entrevistado se siente acerca de lo que sucedió. Alentar la discusión de sentimientos, interrogando o comentando acerca de ellos, es la técnica más sencilla y más empleada para alcanzar profundidad.

. Transiciones en la entrevista: en el curso de la entrevista, el entrevistador puede decidir hacer un cambio en el material en discusión. Éste debe proyectar una transición sin perturbar la relación con el entrevistado. Existen varias razones para querer realizar una transición: el contenido de la discusión puede haberse agotado, disminuyo la espontaneidad e interés del entrevistado por tratar el tema, el tema es irrelevante, se introdujo un tema prematuramente, y el entrevistado se sintió incomodo, amenazado por el contenido.

Las transiciones las inicia el entrevistador y las mismas no deben ser demasiadas rápidas, ya que el entrevistado necesita acostumbrarse al cambio y reajustar su perspectiva de la situación. Implican no sólo a un cambio en el tópico sino también a un cambio en el nivel de afecto dentro de un área determinada de contenido.

A su vez en ciertos casos, las transiciones pueden surgir del entrevistado cuando quiera controlar la situación, no le interese, le disguste o quiera evitar el tema. En estos casos el entrevistador tiene que decidir si acepta el cambio, aunque tan pronto como sea posible se deben restablecer los papeles normales de los participantes.

Existen tres clases de transición:

. Tersa o Intencionada: se realiza cuando el entrevistador adapta un comentario que acaba de hacerse con el fin de efectuar una transición. No hay una ruptura aparente en la continuidad.

. Reversiva o Acentuada: utilizan un contenido al que ya se ha aludido pero no se discutió en etapas anteriores de la entrevista. El entrevistador saca provecho del comentario hecho previamente y lo utiliza para introducir el nuevo tópico.

. Abrupta o de mutación: constituye una clara ruptura con lo que está en discusión. No tiene ninguna liga obvia de asociación con el material que la precedió, ni con ninguna cosa previamente tratada en la entrevista.

- Fase de desarrollo y terminación:

. ¿Cómo escuchar en la entrevista?: para escuchar bien se requiere seguir cuidadosamente lo que se dice de manera abierta igual que lo que se dice a media voz. Se necesita estar atento y receptivo, en forma expectante. Escuchar es un esfuerzo selectivo. El entrevistador debe tener una idea clara del propósito para el cual escucha, lo cual lo lleva a desechar lo que decide que no es importante y relacionar y fijar en su mente lo pertinente.

. El silencio de la entrevista: el silencio es una retención temporal y deliberada del habla. Es en un signo de comunicación y su significado varía entre los entrevistados: se puede estar callado porque no se le ocurre algo más que decir sobre el tema, para revisar este

contenido en su mente, lograr organización cuando la pregunta formulada es difícil de responder, reducir tensiones, frustrar el objetivo.

En el entrevistador, el silencio es deliberado, actúa como un estimulo que induce al entrevistado a seguir hablando. El silencio por parte de este comunica su clara esperanza de que el entrevistado lo rompa y acepte su obligación de hablar.

. Las mentiras: para comprobarlas, es conveniente preguntar detalles, pues si la historia ha sido inventada es difícil dar detalles. Uno de los mejores remedios contra la mentira es prevenirla, actuando de manera respetuosa para con la persona y desde una actitud de no juzgar.

. Toma de notas: presenta la posibilidad de distraerse y perder la interacción de la entrevista. Se corre riesgo de que se disminuya el contacto con el entrevistado y la atención que puede prestar a lo que éste está diciendo. Es recomendable realizar anotaciones específicas inmediatamente después del encuentro.

. Terminación de la entrevista: constituye la fase final de la entrevista y empieza desde el inicio de la misma, cuando se informa al entrevistado que se dispone de un tiempo determinado para el encuentro. La entrevista debe disolverse cuando se ha alcanzado el propósito de la misma, aceptado previamente por ambas partes.

Al acercarse hacia el final, debe haber moderación de los sentimientos y reducción de la intensidad del afecto. El entrevistado debe estar emocionalmente tranquilo cuando se concluya la entrevista.

Como parte de la fase de terminación el entrevistador resume brevemente lo tratado durante la entrevista; qué decisiones ha tomado, qué cosas siguen sin resolverse y qué medidas hay que tomar, si ello es necesario. El resumen es un proceso selectivo, donde sobresalen aquellos aspectos de la entrevista que son los más relevantes.

El final del encuentro también puede ir seguido de una conversación post-entrevista, la cual da al entrevistado tiempo para recobrar el equilibrio emocional. La entrevista termina hasta que el entrevistador resume el encuentro en su mente y trata de evaluar su desempeño en forma crítica.

. Crónica: asegura la continuidad del contacto sujeto-institución, que va más allá del contacto que establece el entrevistado con cualquier trabajador social por separado. El propósito de la entrevista guía la selección de los datos a sistematizar.

La observación

La observación constituye una estrategia de intervención profesional que posee la virtud complementaria de ampliar las perspectivas y visiones de los problemas sociales o situaciones problemas.

Como actitud cognitiva intencional, difiere del mirar y está orientada de manera consciente mediante un esquema de trabajo explicito y una actitud persistente. "Es un proceso de actuación intencionada, orientada por unos fines y objetivos determinados y a través del cual se genera información sobre las prácticas, actitudes, situaciones y escenarios de los sujetos sociales"[32].

La observación puede ser:

- Documental: consiste en ponerse en contacto con esa parte de la realidad que se ha de investigar y en la que se ha de actuar, a través de lo que otros vieron o estudiaron en ella. Los documentos son hechos o rastros de algo que ha pasado, como testimonios que proporcionan información de datos o cifras constituyan un tipo de material útil para la investigación social. Existen diferentes clases de documentos: fuentes históricas, fuentes estadísticas, informe y estudio, memorias y anuarios, documentos oficiales, documentos instituciones (por ej. Historia clínica del paciente), archivos, etc.
- Participante: es la observación que requiere la intervención social del investigador y los informantes en el entorno de éstos. La noción de participación se asume aquí como el involucramiento directo en la situación observada, en términos de interacción y no como simple espectador.

- [32] **VELEZ RESTREPO, O. L.** (2003) "**Reconfigurando el Trabajo Social. Perspectivas y tendencias contemporáneas**". Ed. Espacio. Buenos Aires.

El informe social

El informe social es ante todo una herramienta de comunicación, por lo tanto su estilo, tipo de redacción, objetivos y contenidos dependerá de lo que se quiere comunicar, a quién se quiere comunicar y para qué.

Es una de las principales técnicas que utiliza el trabajador social para exponer tanto la situación que atraviesa el sujeto con el cual interviene como el accionar profesional ante dicha situación. Entonces, a través del informe se presenta, por un lado, el problema social, la vulneración de un derecho o una necesidad no satisfecha de la persona con la que se trabaja, y por otra parte, las acciones que se realizaron, desde el Servicio Social o desde el espacio el espacio en el que se desempeñe el profesional, para hacer frente al problema[33].

El informe social expone y nos expone: expone la necesidad no satisfecha o la vulneración de un derecho, concreto o potencial, de la persona o el grupo con el que el profesional trabaja, y nos expone en tanto hace visibles las propias acciones profesionales y las posiciones desde las cuales fundamenta su intervención.

Su función es dar cuenta de una determinada situación particular en un contexto amplio o general y a la vez, presenta el accionar del profesional que interviene en el abordaje de dicha situación. Por lo tanto el informe social es un elemento destinado no sólo a comunicar sino también a reflexionar acerca de las interacciones sociales que se han dado en un contexto del que el receptor no ha participado.

Constituye una técnica en tanto implica un conjunto de habilidades y procedimientos profesionales que sigue reglas establecidas y persigue un fin, en este sentido, quien realiza un informe requiere ciertos conocimientos y una determinada pericia para poder concretar el acto comunicativo de manera clara y por escrito. Así como también constituye un instrumento que busca dar a conocer una situación problema para que se generen las acciones y se asignen los recursos materiales y no materiales tendientes a revertirla, en caso de que haya un daño instalado, o a prevenirla, si este último aún no se concretó.

- [33] **GIRIBUELA, W. Y NIETO, F.** (2009) "**El informe social como genero discursivo. Escritura e intervención profesional**". Ed. Espacio. Buenos Aires.

Crónicas sociales

Este tipo de registro constituye la primera elaboración de la información recabada en las notas de campo y que incluye su organización y la elaboración de datos conformados a la interlocución con los marcos referenciales desde los cuales interpretar lo que hemos registrado.

La crónica es el registro descriptivo de las situaciones planificadas en las que se interviene en el trabajo social. En ella se hace una reconstrucción objetiva de los acontecimientos. En la reconstrucción se puede reconocer una secuencia de interacción entre personas.

Las crónicas reproducen habitualmente alguna de las siguientes situaciones: entrevistas (individuales o grupales), observaciones, reuniones grupales, asambleas, reuniones, etc. Las características de su confección son similares, diferenciándose en el nivel de complejidad que requiere la captación de la dinámica que ofrezca la situación que se desea reproducir.

Ateneos

El ateneo se centra en el desarrollo de un caso y en este trabajo consideramos posibles respuestas a los interrogantes que la situación nos fue generando y de esta manera nos acercamos a comprender su potencial formativo.

El ateneo puede reconocerse como una estrategia integradora de la teoría y la práctica, formulada en cierta forma desde una visión reflexiva, “reparadora”, ampliatoria, justificativa, de las prácticas realizadas. Podemos interpretar al ateneo, en su funcionamiento, como un dispositivo en el que se imbrican factores sociales, subjetivos e instrumentales.

SISTEMATIZACIÓN

La sistematización participa de ciertos rasgos comunes con otras actividades dirigidas hacia la adquisición y profundización de conocimientos, que tratan de recuperar conocimiento a partir de ciertas prácticas, y pretenden ciertas generalizaciones con

relación a circunstancias similares, así como comunicar y difundir conocimiento. La misma se centra en la dinámica de los procesos; relaciona los procesos inmediatos con su contexto, confronta el quehacer práctico con los supuestos teóricos que lo inspiran.

Así mismo, se sustenta en una fundamentación teórica y filosófica sobre el conocimiento y sobre la realidad histórico-social. Crea nuevos conocimientos pero, en la medida en que su objeto de conocimiento son los procesos y su dinámica, permite aportar a la teoría algo que le es propio. No trata sólo de entender situaciones, procesos o estructuras sociales sino que, fundamentalmente, trata de conocer cómo se producen nuevas situaciones y procesos que pueden incidir en el cambio de ciertas estructuras. La sistematización plantea Gagneten, es reproducir conceptualmente la práctica. Esto supone aprender a pensar desde el hacer.

En la sistematización se ha puesto énfasis principalmente en cuatro aspectos: primero, en la reconstrucción ordenada de la práctica, aludiendo a un proceso que pretende ordenar u organizar lo que ha sido la marcha, los procesos, los resultados de un proyecto, buscando en tal dinámica las dimensiones que pueden explicar el curso que asumió el trabajo realizado; segundo, en la producción de conocimientos, como proceso permanente, acumulativo de creación de conocimientos a partir de la práctica de intervención en una realidad social, como un primer nivel de teorización sobre la practica; tercero, en la conceptualización de la práctica, para poner en orden todos los elementos que intervienen en ella, articulados en un todo en el que cada una de las partes ubique su razón de ser, sus potencialidades y sus limitaciones, en una búsqueda de coherencia entre lo que se pretende y lo que se hace; y cuarto, en la participación, como proceso intencionado de creación participativa de conocimientos teórico-prácticos desde y para la acción trasformadora emancipadora.

En síntesis, “la sistematización es una interpretación critica de la práctica que, a partir de su ordenamiento y reconstrucción, descubre o explicita la lógica del proceso vivido, los factores que han intervenido en dicho proceso, cómo se han relacionado entre sí, y por qué lo han hecho de ese modo”[34].

La sistematización sirve para:

- [34] **SANDOVAL ÁVILA, A.** (2001) “**Propuesta metodológica para sistematizar la práctica profesional del Trabajo social**”. Ed. Espacio. Buenos Aires.

- Tener una comprensión más profunda de las prácticas que se realizan con el fin de mejorarlas.
- Compartir con otras experiencias similares las enseñanzas surgidas de la práctica.
- Aportar a la reflexión teórica y, en general, a la construcción de teoría, conocimientos surgidos de las prácticas sociales concretas.

A su vez, tiene como objetivo "reconstruir la práctica para entender mejor lo que se hace e identificar la similitud que tiene con la que realizan otros sujetos en otros contextos. Conocer el impacto de la acción y sus determinantes"[35]. Así el objetivo de la sistematización es la práctica, entendida esta última como un segmento de acciones a través de las cuales los hombres piensan lograr un producto deseable para cambiar una situación dada.

La sistematización vista como un proceso metodológico, que permite a un promotor de un proyecto social recuperar su relación con la práctica, organizando lo que sabe de ella para darla a conocer a otros, supone que el sujeto piensa y actúa al mismo tiempo y que uno de los resultados de su práctica es incrementar lo que sabe de ella.

La sistematización de las experiencias en el análisis contextual de la práctica profesional, será la que irá produciendo las guías metodológicas para sistematizar dicha práctica.

En este sentido la sistematización de experiencias se trata de ir más allá, se trata de mirar las experiencias como procesos históricos, procesos complejos en los que intervienen diferentes actores, que se realizan en un contexto económico-social determinado y en un momento institucional del cual formamos parte. Significa entonces entender por qué ese proceso se está desarrollando de esa manera, entender e interpretar lo que está aconteciendo, a partir de un ordenamiento y reconstrucción de lo que ha sucedido en dicho proceso.

La sistematización de la practica se caracteriza esencialmente "por un conocimiento intragenerado desde ella misma, cuyo método permite superar lo fenoménico e inmediato mediante la guía de determinados principios teóricos que brindan una determinada

---

- [35] Cadena citado por **GAGNETEN, M. M.** (1989) "**Hacia una metodología de sistematización de la práctica**". Ed. Humanitas. Buenos Aires.

racionalidad, en base a la cual se utilizan determinadas técnicas e instrumentos que permiten la representación teórica de la realidad así como de la práctica”[36].

Por lo tanto, en la sistematización de experiencias, partimos de hacer una reconstrucción de lo sucedido y un ordenamiento de los distintos elementos objetivos y subjetivos que han intervenido en el proceso, para comprenderlo, interpretarlo y así aprender de nuestra propia práctica.

La propuesta, según Antonio Sandoval Avila, para sistematizar la práctica del Trabajo Social incluye:

- Justificación: en este apartado es conveniente delimitar cual será la unidad de análisis, esto es, el objeto central de la sistematización, concretizar el aspecto principal de la practica que se quiere sistematizar, y expresar las razones para sistematizar precisamente ese aspecto de esa práctica. Para ello habrá que preguntarse ¿Qué práctica se quiere sistematizar? ¿Cuánto o que aspecto central de esta práctica se quiere sistematizar? ¿Por qué se quiere sistematizar ese aspecto de esa práctica?
- Objetivos: se tienen que clarificar y explicar los objetivos que se persiguen con la sistematización de la practica que se ha seleccionado.
- Contextualización y reconstrucción de la práctica: es necesario contextualizar la práctica a sistematizar en el marco de su contexto histórico y geográfico social global que ejerce influencia determinante sobre la misma. A su vez, en esta fase de la sistematización se trata de recuperar, de reconstruir el proceso de la práctica que se quiere sistematizar.
- Descripción de la práctica. Elaboración del discurso descriptivo de la práctica reconstruida: en este momento se elabora un discurso descriptivo que dé cuenta del proceso de la práctica. Para ello se elabora un documento en el que se ordenan, de manera lógica y cronológica, los componentes del proceso de la práctica que fueron apareciendo en el proceso de reconstrucción de la misma, para articular la información obtenida en torno a los aspectos básicos de ella.

- [36] **GAGNETEN, M. M.** (1989) “**Hacia una metodología de sistematización de la práctica**”. Ed. Humanitas. Buenos Aires.

- Conclusiones: se consideran en dos niveles, con relación a la satisfacción de las necesidades a las que se pretendía dar respuesta, y con relación a los objetivos propuestos en el proyecto a partir de las primeras. Además pueden ser teóricas y prácticas; las primeras se refieren a los fundamentos conceptuales derivados de la practica que, relacionadas con formulaciones teóricas constituidas, establecen con éstas un dialogo de mutuo enriquecimiento y aportan nuevos elementos que permiten una reconceptualización de la práctica, y formular hipótesis que apunten, desde la práctica, a una posible generalización de mayores alcances teóricos; y las conclusiones practicas son aquellas enseñanzas que se desprenden directamente de la practica y que ayudarán a mejorar futuras prácticas, tanto propias como ajenas.
- Prospectiva: plantea como se puede trasformar esta práctica para lograr mejores resultados, que perspectivas se abren para plantear nuevas alternativas para generar una nueva práctica más rica y eficaz; y que sugerencias y recomendaciones se pueden hacer para el mejoramiento de la práctica.
- Socialización: es necesario elaborar un documento que recoja, de manera clara y ordenada, la sistematización realizada, con la finalidad de comunicar las enseñanzas obtenidas y compartirlas con otras personas y grupos; para confrontar la experiencia ganada con otras experiencias similares y facilitar el dialogo para enriquecer aun más el proceso de pensar y transformar la práctica.

LA SUPERVISION

Definición:

La palabra supervisión procede del latín *super* y *videre*, que significan, “ver por encima”, “mirar desde arriba”; en referencia al acto de observar o estudiar algo con una visión global y una cierta distancia.

“Es un proceso sistemático de control, seguimiento, evaluación, orientación, asesoramiento y formación; de carácter administrativo y educativo, que lleva a cabo una persona en relación con otras, sobre las cuales tiene una cierta autoridad dentro de la

organización, a fin de lograr la mejora del rendimiento personal, aumentar su competencia y asegurar la calidad de los servicios."[37]

"Es la configuración que se genera en la interacción de un sujeto individual o colectivo en situación de formación-capacitación (el supervisado), un sujeto docente-profesional capacitado y experimentado (el supervisor) mediatizada por práctica profesional; un encuentro reflexivo fundado en una racionalidad critica y una ética-dialógica emancipadora de todos los involucrados"[38].

En el trabajo social, la supervisión tiene objetivos generales que se atribuyen al perfeccionamiento de la práctica profesional y a una mejor satisfacción en el ejercicio de la profesión. Sin embargo, se destacan 4 objetivos básicos:

- Enseñanza y formación permanente: la supervisión es un método de enseñanza-aprendizaje cuya peculiaridad reside en que la formación se hace a partir de la práctica.
- Asegurar servicios de calidad: se pretende mejorar los servicios prestados por la institución, las relaciones que se establecen entre usuarios y trabajadores sociales y aumentar el nivel de competencia profesional (aptitudes) de los trabajadores.
- Socialización con el supervisor de los conocimientos y aptitudes propias de la profesión: ya sea a nivel de los estudiantes o de los trabajadores sociales profesionales, se pretende producir un proceso de intercambio bi-direccional, de experiencias y conocimientos, entre el supervisor y el supervisado, tendientes a compartir y ampliar los principios, conocimientos, metodologías, actitudes profesionales, propios del Trabajo Social.
- Elevar el nivel teórico y práctico: contribuye a elevar y profundizar el nivel de conocimientos útiles y necesarios para el trabajador social, a la vez que se aumenta la capacidad operativa del supervisado.

<u>Tipos de supervisión</u>

- [37] **AGUILAR IDAÑEZ, M. J.** (1980) "Introducción a la supervisión". Ed. Lumen. Buenos Aires.

- [38] **CASTELLANOS, B**. Ficha de cátedra "La relación de supervisión en servicio social". Supervisión. Año de cursada 2012.

Barrera plantea los siguientes tipos[39]:

- Administrativa: está directamente relacionada con la técnica de gestión y se da siempre en el marco de una organización con el fin de cumplir con los objetivos de dicha organización.

  La supervisión forma parte del conjunto de la aplicación de un determinado programa teniendo en cuenta que al supervisor se le atribuyen funciones específicas. La demanda de supervisión procede de la organización. Kadushin destaca como funciones a cubrir por la supervisión administrativa las siguientes:

  . Selección y contratación del trabajador
  . Colocación del trabajador en un puesto de trabajo concreto
  . Planificación del trabajo
  . Distribución del trabajo
  . Delegación del trabajo
  . Dirigir, revisar y evaluar el trabajo
  . Coordinación
  . Distribución de la información
  . Introducir cambios y nuevas ideas (el supervisor como agente de cambio)
  . Rebajar tensiones

  Aquí el supervisor tiene que cumplir unas funciones eminentemente jerárquicas. Tiene asignados generalmente de 5 a 7 trabajadores sociales y se encarga de distribuirles el trabajo que han de realizar.

  A través de la supervisión administrativa, los trabajadores sociales se conciencian continuamente de cuáles son los límites que les pone la institución. En los lugares donde el trabajo a realizar es interdisciplinario, el supervisor tiene la atribución de negociar las posiciones y funciones de los trabajadores sociales.

- Educativa: tiene como objetivo primordial enseñar, formar y ayudar a mejorar conocimientos a los trabajadores, o a aquellos que están en fase de formación para convertirse en profesionales del trabajo social.

- [39] **BARRERA FERNÁNDEZ, J**. (1997) "**La supervisión en Trabajo Social**". Ed. Paidós. Primera Edición.

Kadushin define la supervisión educativa como aquella que se dedica a la enseñanza de los conocimientos, técnicas y actividades necesarias para realizar las tareas de atención directa de los trabajadores sociales mediante el análisis detallado de la interacción usuario – trabajador social. Según Kadushin, las funciones de la supervisión educativa son:

. Enseñar
. Facilitar el aprendizaje
. Entrenamiento en técnicas concretas
. Compartir experiencias y conocimientos
. Informar
. Clarificar
. Guiar-conducir
. Ayudar a los trabajadores sociales a encontrar soluciones
. Contribuir a la mejora profesional
. Aconsejar
. Sugerir
. Ayudar a los trabajadores sociales a resolver problemas

- Apoyo: es aquella que tiene en cuenta en sus objetivos y aplicación el ofrecer apoyo a las personas que reciben dicha supervisión, de forma que puedan superar mejor las tensiones y dificultades que se presentan en el ejercicio de su trabajo. Existen dos tipos de aplicación de esta supervisión en la práctica :

. La supervisión de apoyo en el trabajo social
. La supervisión de apoyo psicológico

La primera es la que dirige un trabajador social supervisor. En esta se tienen en cuenta diversos aspectos: animar, estimular, favorecer la autoestima, etc. El segundo tipo es el de supervisión en el que se tratan factores generadores de tensión y los relacionados con la personalidad del trabajador social.

<u>Técnicas o modelos de supervisión</u>

Según Aguilar Ibañez, los modelos de supervisión son:

- Supervisión Individual: se basa en la relación supervisor-supervisado y en el intercambio de conocimientos entre uno y otro. Se desarrolla mediante entrevistas individuales realizadas de forma sistemática y periódica entre el supervisor y cada uno de los supervisados.

  En cuanto a los contenidos, estos deben adaptarse a las necesidades del supervisado y del servicio, razón por la cual los contenidos del proceso deben ser flexibles.
- Supervisión Grupal: presenta dos formas de implantación. A nivel de grupos, donde los supervisados no necesariamente trabajan juntos o realizan conjuntamente sus actividades; y a nivel de equipos, donde todos los supervisados forman parte de un mismo equipo de trabajo, pudiendo realizar tareas diferentes entre sí, y ejerciendo diferentes profesiones.
- Supervisión peer-group: es el proprio grupo de trabajadores sociales el que lleva a cabo el proceso de supervisión por sí mismos. Este modelo de supervisión puede ser útil cuando se trata de profesionales experimentados por lo cual pudiera no ser necesaria la figura de un supervisor.

Barrera hace referencia a dos técnicas de supervisión: la supervisión individual, para la realización de la cual se utiliza la técnica de la entrevista, y la supervisión en grupo, para cuya realización se utilizan las técnicas de conducción y dinámica de grupos.

La supervisión individual se basa en la relación supervisor-supervisado y en el intercambio de conocimientos entre uno y otro. El supervisor utiliza las técnicas de entrevista.

La supervisión grupal permite un mayor contraste de opiniones y puntos de vista entre los diversos miembros del grupo. Kadushin expone factores para aplicar este tipo de supervisión:

. El grupo de supervisión da la oportunidad a los supervisados de compartir sus experiencias, las fuentes de aprendizaje son más ricas que en las entrevistas individuales.
. Los miembros del grupo se ofrecen apoyo emocional entre si
. Para algunos trabajadores sociales la situación del grupo proporciona un *setting* para el aprendizaje que es más confortable.

. La sesión de grupo da la oportunidad de ver el trabajo que hacen los demás y da la oportunidad de observar cómo actúa el trabajador social en una relación grupal.
. Es más fácil conseguir modificaciones del comportamiento de un trabajador social a través del grupo que es una sesión individual.

Por otro lado, Aguilar Ibañez plantea diferentes momentos o fases del proceso de supervisión, desde el punto de vista del aprendizaje:

- La etapa de la conciencia agudizada de uno mismo: cuyo ejemplo clásico es el "temor a lo desconocido" por parte del supervisado. En el primer momento la necesidad de la enseñanza deberá estar centrada en la persona más que en la materia. La exigencia de un máximo respeto a la persona y de establecer un buen *insight* psicológico ayudara mucho en el futuro. El papel del supervisor en esta primer etapa es dar seguridad y ayudar al aprendiz a encontrar la base solida de la educación personal que ya posee, y hallar donde plantar los pies mientras lucha con la nueva experiencia.
- La etapa de "nadar o ahogarse": la relación con el supervisor puede ser tan estimulante como protectora si ofrece una imagen de lo que es una buena realización, tranquilizando al mismo tiempo al trabajador en el sentido de que no espera del que la logre inmediatamente. Es necesario que en la supervisión se realice un metaanálisis**,** en el que el supervisado aprenda a analizar sus propios sistemas de análisis así como a tomar conciencia de sus propias actitudes y emociones surgidas en sus intervenciones. El metaanálisis completaría los tres niveles en que debe desarrollarse la supervisión a partir de esta etapa del aprendizaje.
- La etapa de "comprender la situación sin ser totalmente capaz de manejarse en ella": es en esta etapa cuando la situación de aprendizaje ofrece grandes oportunidades, ya que una crítica constructiva puede aceptarse y aprovecharse mucho mejor que en etapas anteriores. Y será en ese momento cuando se capte la verdadera significación de la relación con el supervisor y se comprenda su utilidad. Tanto el supervisor como el supervisado deberán abandonar todo tipo de "juegos" o estratagemas psicológicas porque de lo contrario el proceso de supervisión quedara bloqueado y sin posibilidades reales de avanzar y madurar.
- La etapa del dominio relativo: en la cual uno puede tanto comprender como manejar la propia actividad en el arte por aprenderse. El trabajador puede criticar

su enfoque y cambiarlo si la situación así lo exige. Es un desafío para el supervisor que podrá proponer nuevas acciones de mayor complejidad técnica o de mayor responsabilidad para el supervisado, en un proceso de avance constante en cuanto al dominio y aplicación de los diferentes métodos y procedimientos de intervención.

- La etapa de aprender a enseñar lo que se ha dominado: el trabajador se convierte en supervisor, se lo concibe con la suficiente libertad como para comprender como cada trabajador-aprendiz operara mejor; que motivaciones estimularan su aprendizaje y cuales lo obstaculizaran; en qué puntos necesita ayuda y donde la ayuda ofrecida podría ser un impedimento.

HOSPITAL

El hospital, es una institución pública de salud, y corresponde al segundo nivel de atención en salud, el cual se refiere a la atención y asistencia de las enfermedades en Hospitales Generales.

En latín la expresión hospital (Hospitalis) es un adjetivo que quiere decir amable y caritativo con los huéspedes. La palabra hospicio, también de origen latino, proviene de hopitium, lugar para recibir y alojar peregrinos y pobres.

Según el Diccionario de Ciencias Médicas Dorland, el hospital es un establecimiento público o privado en el que se curan los enfermos, en especial aquellos carentes de recursos. Es una institución organizada, atendida y dirigida por personal competente y especializado, cuya misión es la de proveer, en forma científica, eficiente, económica o gratuita, los complejos medios necesarios para la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades y para dar solución, en el aspecto médico, a los problemas sociales.

Debe contar con elementos y dependencias destinados a la preparación de profesionales especializados en los diversos campos de la ciencia médica, con personal técnico auxiliar, y ha de mantener contacto con otros hospitales, escuelas de medicina y cualquier otra institución empeñada en el cuidado y en el mejoramiento de la salud pública.

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salus (OMS), el hospital es parte integrante de una organización médica y social cuya misión consiste en proporcionar a la población una asistencia médico/sanitaria completa, tanto curativa como preventiva, y cuyos servicios externos irradian hasta el ámbito familiar. El Hospital es un Centro de formación de personal médico - sanitario y de investigación bio-social. Alippi (1991)

Paganini (1992) considera al hospital, como todo establecimiento independientemente de su denominación, dedicado a la atención médica, en forma ambulatoria y por medio de la internación, sea de la dependencia estatal, privada o de la seguridad social; de alta o baja complejidad; con fines de lucro o sin él, declarados en sus objetivos institucionales, abierto a toda la comunidad de su área de influencia o circunscrita su admisión de un sector de ella.

Urdaneta (2004) refiere que el Hospital es un conjunto de elementos humanos, materiales y tecnológicos organizados adecuadamente para proporcionar asistencia médica: preventiva, curativa y rehabilitación, a una población definida, en las condiciones de máxima eficiencia y de optima rentabilidad económica.

El hospital como institución de salud, puede clasificarse según los siguientes criterios:

- <u>Puede ser:</u>
    - Monovalente
    - Polivalente
- <u>Por su función</u>:
    - General
    - Especializado
- <u>Por el tipo de paciente</u>:
    - Agudo
    - Crónico
- <u>Por su dependencia</u>:
    - Publico
    - Privado
- <u>Por su nivel asistencial</u>:
    - Baja complejidad

    - Media complejidad
    - Alta complejidad
- Por el ámbito geográfico que abarca:
    - Local
    - Regional
    - Interzonal

VI) SISTEMATIZACION: TRABAJO DE CAMPO

A.1) ENCUADRE INSTITUCIONAL

Descripción de la institución:

Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil “Don Victorio Tetamanti”

Datos de base:

- Sigla: HIEMI.
- Dependencia Administrativa: El H.I.E.M.I. depende administrativamente del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, aunque funciona de manera descentralizada.
- Localización: Castelli Nº 2450. Ciudad de Mar del Plata. Provincia de Buenos Aires. Argentina. El H.I.E.M.I. abarca el área de Región Sanitaria VIII.
- Cobertura: Hospital de Alta Complejidad.

Historia y aspectos fundacionales de la institución

Alrededor del año 1881 la atención de la salud en la ciudad de Mar del Plata estaba a cargo de la Sociedad de Socorros Mutuos.

El 31 de Agosto de 1902, se presenta el proyecto para la construcción del Hospital Mar del Plata. Por iniciativa exclusiva de Don Victorio Tetamanti, reunió en el gran Hotel de esta ciudad a un grupo de caballeros a quienes les explico la necesidad de levantar y sostener en esa época un Hospital de caridad para gente humilde y de allí surgió la primera Comisión Pro Hospital de Caridad, siendo el presidente Don Victorio Tetamanti.

Posteriormente y durante muchos años, esta comisión se reunía periódicamente en casa del "Alma mater" de este Hospital, Don Victorio Tetamanti y así consiguieron gran cantidad de donaciones de distinta índole y el 8 de Febrero de 1903, la Señora Josefa Fernández de Fonsaca Vaz-Condesa de Sena a pedido del Señor Tetamanti, compra y dona a esta flamante Sociedad una manzana de terreno (Manzana D-de la Chacra N° 227) sin más condición de que en ese terreno deberá edificarse el futuro Hospital y que no podrá enajenarse, ni dársele otro destino para esta Sociedad y por sus sucesores, motivo por el cual el 15 de febrero de 1903 se colocó la Piedra Fundamental del actual Hospital, por lo que se remonta su origen a esta fecha.

El día 2 de agosto de 1903; fue abierta la licitación para construir el Hospital, se presentaron 12 propuestas y fue ganada por el Sr. José Fontana y cuyo presupuesto fue de $ 98.974 moneda nacional y así comenzó la obra el 3 de Septiembre de 1903 en base a donaciones por la enorme cantidad de benefactores de que siempre se vio rodeado.

En abril de 1907 se redactó y aprobó el primer reglamento del Hospital.

El 28 de Junio de 1907 a raíz de un accidente Ferroviario en Vivoratá se tuvo que abrir el Hospital en forma urgente para albergar a todas las víctimas de la catástrofe.

El 27 de febrero de 1908 se compraron los terrenos donde funcionan actualmente los Consultorios Externos, en la cantidad de $ 1312 moneda nacional o sea a $ 2.50 la vara cuadrada y cuyos 50 centavos por vara fueron pagados por el Sr. Victorio Tetamanti.

El Hospital fue inaugurado oficialmente el 1° de Mayo de 1908, concurriendo a dicho acto, personalidades de la Capital federal, La Plata, el Comisionado Municipal, don José Undinarran, en nombre del gobernador de la Provincia de Buenos Aires, Don Ignacio Irigoyen.

Con el paso de los años, su vieja estructura sufrió numerosas reformas, en 1977 paso de ser Hospital General a Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil hasta que en época reciente parte del mismo fuera demolido, dando paso al nuevo y moderno edificio que conforma el actual Hospital, inaugurado el 15 de febrero de 1982. En la actualidad, el Establecimiento cuenta con una compleja organización para satisfacer las constantes demandas de la creciente población de nuestra ciudad y la mayor alternativa de la época estival. Su característica de Interzonal y especializado lo convierte en un Hospital de derivación que recibe pacientes de una extensa zona de influencia, que abarca la mayor parte de la provincia de Buenos Aires e incluso otras provincias.

Para atender esta demanda el Hospital cuenta con 276 camas, funcionando la totalidad de las especialidades para la asistencia del niño y la mujer embarazada. Dentro de los servicios que funcionan pueden citarse: Pediatría - Obstetricia - Diagnostico por Imágenes - Laboratorio - Anatomía patológica - Hematología - Odontología - Cirugía Infantil incluyendo clínica quirúrgica, Ortopedia y Traumatología - Oftalmología - Otorrinolaringología - Cirugía Plástica y Quemados - Cirugía Máxilofacial - Neurocirugía y una vasta gama de Consultorios Externos que incluyen: Neurología - Psiquiatría - Dermatología - Cardiología - alergia - Adolescencia - Endocrinología - Oncología - Nefrología - Neumonología del Desarrollo. El área de Obstetricia brinda atención especializada para cubrir las distintas demandas de la especialidad, como por ejemplo,

Consultorios de Patología Cervical, Ginecología y Obstetricia Infanto Juvenil, impartiéndose también cursos de Psicoprofilaxis para el parto.

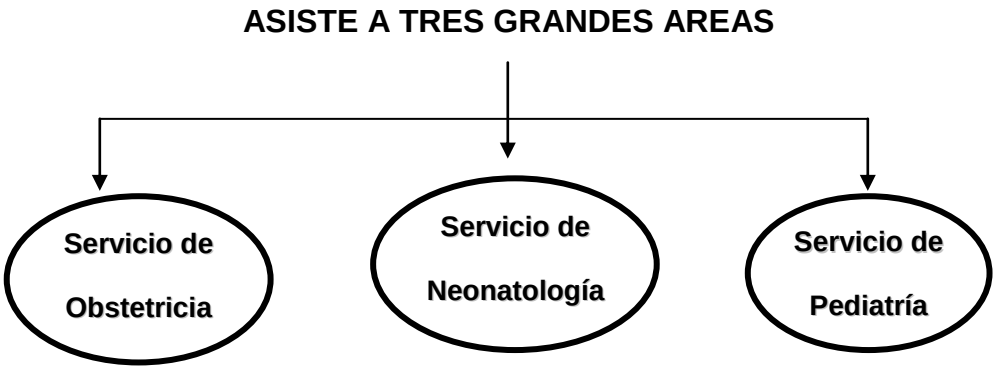
Objetivos Institucionales:

Desde un enfoque integral de la salud, teniendo en cuenta el nivel de complejidad y referencia dentro de la zona, el HIEMI tiene como objetivos:

- Brindar asistencia, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y recuperación de la salud a niños de 0 a 14 años y mujeres embarazadas a partir del octavo mes y/o embarazos de alto riesgo.
- Realizar prevención secundaria.
- Brindar capacitación a profesionales de las diferentes disciplinas de pre -grado y post-grado de diferentes Universidades Nacionales.

En referencia al primer objetivo el nivel de atención del H.I.E.M.I. se organiza de acuerdo a las diferentes áreas de atención de salud:

- Neonatología*:* asiste al recién nacido hasta el mes de vida, abarcando unidad de internación y consultorio externo
- Pediatría: brinda atención en internación, guardia y consultorios externos, abarcando diferentes especialidades
- Obstetricia*:* atiende a mujeres embarazadas, partos normales, cesáreas y embarazos de alto riesgo desde el consultorio externo, guardia y sala de internación.



⇩

84 Camas internación.

Consultorios:

Ginecología

Infanto juvenil.

Patología Cervical uterina

Planificación familiar.

⇩

35 Camas.

Cuidados Intensivos

Intermedios

Aislamiento Y

Prematuros en

crecimiento.

⇩

146 Camas Sector de Pediatría Cuidados Moderados:

A, B, C Y D

Sala de

Oncohematología,

Sala de Quemados y

Cirugía Plástica

Cuidados intermedios

Terapia Intensiva

El equipamiento alcanza niveles de sofisticación en área como Unidad de Terapia Intensiva Infantil, Neonatología con Terapia Intensiva Neonatal, sectores donde la dotación técnica y humana alcanza un notable nivel.

El H.I.E.M.I. es un hospital especializado, ya que atiende a pacientes de 0 hasta 14 años de edad y mujeres embarazadas a partir del octavo mes de embarazo o embarazos de riesgo.

De acuerdo al promedio de permanencia de los enfermos hospitalizados, es un hospital de agudos, ya que el tiempo promedio en que los pacientes permanecen internados no supera los treinta días.

El hospital tiene 248 camas disponibles para la internación total. De las cuales, 146 están destinadas a pediatría, 93 para obstetricia, 70 para recién nacidos sanos, 40 para neonatología, 13 para el hospital de día y 6 para la sala de observación de guardia pediátrica.

La Institución se relaciona de modo permanente con la población de Mar del Plata y recibe la derivación de los 16 partidos que conforman la Región Sanitaria VIII, que ocupa la zona sudoeste de la provincia de Buenos Aires, incluyendo los siguientes partidos: Gral. Pueyrredón, Ayacucho, Balcarce, Gral. Alvarado, Gral. Guido, Gral. Lavalle, Gral.

Madariaga, Partido de La Costa, Lobería, Maipú, Partido de Mar Chiquita, Necochea, Pinamar, San Cayetano, Tandil y Villa Gesell; abarcando un total de 45.564 km², y excepcionalmente de otras ciudades de nuestra provincia y del resto del país.

EL H.I.E.M.I. es un efector de salud que recibe constantemente las derivaciones, para la atención especializada y de alta complejidad, de los Hospitales Municipales y Unidades Sanitarias de las localidades que conforman la Zona Sanitaria VIII, incluida la ciudad de Mar del Plata, ya sea por medio de derivaciones por parte de los 32 Centros de Atencion Pimaria de la Salud (CAPS) o Centro de Especialidades Medicas Ambulatorias (CEMA) dependientes de la Municipalidad, o bien por medio de la demanda espontánea en la guardia o en los consultorios externos del HIEMI.

Así mismo el Hospital también se relaciona permanentemente con las diferentes instituciones existentes en diferentes niveles (educativo, de los ámbitos municipal, provincial, nacional y privado; Judicial, especialmente a través de los fueros de Familia, Menores y Defensorías; ONGs; y de salud, municipales, provinciales y nacionales). La interinstitucionalidad es una característica fundamental del Hospital que permite atender la demanda compleja que recibe.

Funciones Institucionales

- Función asistencial: diagnóstico y tratamiento del enfermo
- Función Sanitaria: esclarecimiento de los cuadros que más gravitan sobre las cifras de morbimortalidad, por enfermedades transmisibles y sociales
- Función Social: recuperativa sobre el enfermo y de apoyo económico al mismo y a su grupo familiar
- Función Cultural: formadora de hábitos higiénicos e integradora de conceptos básicos sobre enfermedades.
- Función de Investigación: aplicada al progreso de la medicina.

Cabe destacar que este Hospital se encuentra enmarcado en lo que se denomina “Organización y Gestión Hospitalaria” desde el año 1997. El mismo es un proyecto de administración hospitalaria enfocado en los resultados.

Este Proyecto determina que el factor limitante para la absorción de la demanda en

un hospital es “la cama de hospitalización”; centrándose en lo que a su entender son los dos problemas emergentes del hospital público hoy: la escasez de camas y un mejor aprovechamiento de las mismas.

El HIEMI adhiere a los “cuidados progresivos del paciente”, es una modalidad que posibilita organizar de determinada forma los servicios hospitalarios, según las necesidades de los pacientes, de manera que reciban la atención de acuerdo a las mismas, en el momento y en el sitio del hospital más apropiado para su estado. Esta modalidad permite organizar los servicios Hospitalarios según las necesidades de los pacientes de manera que reciban la atención de acuerdo a su necesidad, en el momento y en el sitio del Hospital más apropiado para su estado clínico.

Teniendo en cuenta lo antedicho la internación se organiza de la siguiente manera:

- Cuidados intensivos: para pacientes críticos, con patología aguda o crónica que requieran observación permanente y cuidados intensivos de enfermería.
- Cuidados intermedios (C.I.M.): para pacientes que requiere de control de los signos vitales y prestaciones de enfermería frecuentes.
- Cuidados mínimos: para pacientes que puedan ser autosuficientes o con la ayuda de un familiar que pueda ocuparse de su cuidado, con necesidad de prestaciones de no más de una por turno.
- Atención ambulatoria: se realiza a través de consultorios externos para diagnóstico, tratamiento, prevención y/o rehabilitación.
- Atención Domiciliaria: cobertura de necesidades del individuo en su propio domicilio, tiene por finalidad respetar el derecho del individuo a las atenciones y cuidados dentro del marco familiar. En forma más amplia, puede abarcar la internación domiciliaria.
- Atención de largo plazo: para pacientes que requieren atención especializada del médico y de la enfermera por tiempo prolongado.

<u>Estructura funcional del HIEMI</u>

- <u>Servicio de Pediatría</u>:

  . Sala de Cuidados Moderados Pediátricos (A/B/C/D)

  . Sala de Cuidados Intermedios (C.I.M. Rojo)

. Sala de Oncohematología

. Sala Terapia Intensiva Pediátrica (U.T.I.)

- Servicio de Obstetricia:

  . Sala 8 (Sala General de parturientas)

  . Alto Riesgo (Sector de internacion para madres con determinada patologia como: Diabetes gestacional, VIH, VDRL, etc.)

  . Sala Consultorios Externos

- Servicio de Neonatología:

  . Sala de Cuidados Intermedios Neonatales

  . Consultorio Externo de Neonatología

  . Sala de Terapia Intensiva Neonatal

- Servicio de Cirugía Pediátrica:

  . Sala Centro Quirúrgico Pediátrico

  . Sala de Neurocirugía

  . Sala de Otorrinolaringología

  . Unidad Intensiva Cirugía Reparadora

  . Unidad Intensiva Anestesiología

- Servicio de Emergencia:

  . Sala Ambulatorio de Emergencia Pediátrica

  . Sala Consultorio Externo de Emergencia Pediátrica.

  . Sala de Guardia Día Lunes

  . Sala de Guardia Día Martes

  . Sala de Guardia Día Miércoles

  . Sala de Guardia Día Jueves

  . Sala de Guardia Día Viernes

  . Sala de Guardia Día Sábado

  . Sala de Guardia Día Domingo

  . Unidad Intensiva Emergencia Pediátrica

- Servicio de Laboratorio:

  . Sala de Laboratorio de Análisis Clínicos

  . Unid. Int Radio Inmuno ensayo

- Servicio Hemoterapia y Hematología:

. Internación Hemoterapia

. Sala de Anatomía Patológica

- Sala de Anatomía Patológica:

. Jefe de Sala de Anatomía Patológica

- Servicio de Radiología:

. Sala de Radiología

- Servicio de Ortopedia y Traumatología:

. Sala Moderados Ortopedia y Traumatología

- Servicio de Alimentación y Dietoterapia
- Servicio de Farmacia
- Servicio de Servicio Social
- Servicio de Odontología
- Servicio de Oftalmología
- Sala de Neurología
- Sala de Neumonología Pediátrica
- Sala de Psiquiatría Pediátrica
- Sala de Terapia Ocupacional
- Unidad de Internación Kinesiológica
- Unidad de Internación Alergología
- Unidad de Internación Dermatosifilografía
- Director ejecutivo
- 3 directores asociados

(Ver anexo)

- Consultorios externos:
- Alergia.
- Cardiología.
- Cirugía clínica quirúrgica.
- Dermatología.
- Endocrinología.
- Gastroenterología.
- Ginecología infanto-juvenil.
- Nefrología.

- Neonatología.
- Neumonología.
- Neurología.
- Obstetricia.
- Odontología.
- Oftalmología.
- Otorrinolaringología.
- Pediatría.
- Salud mental.
- Vacunación.

A.2) SERVICIO SOCIAL HOSPITALARIO

El Servicio Social en la institución hospitalaria desempeña un rol de servicios, basando su intervención en una visión integral del hombre, sujeto de su propia vida y salud, desde un concepto de salud integral, no limitándose a los aspectos médicos y asistenciales.

El Servicio Social es la unidad responsable del estudio de los problemas sociales (emocionales, económicos, culturales, etc.) que influyen en los estados de salud de los individuos, grupos y comunidades, así como su prevención y solución mediante la aplicación de métodos y técnicas especificas.

Desde el abordaje del proceso salud enfermedad como un fenómeno histórico social, se intenta explicar de qué manera lo social se expresa en lo biológico, tanto en el nivel individual como colectivo. Desde esta perspectiva es importante investigar la incidencia de lo socioeconómico y cultural del origen de la enfermedad, para poder elaborar una respuesta adecuada a la problemática.

La función principal del Servicio Social se toma contacto con el paciente y con su familia a través de entrevistas diarias creando situaciones que favorezcan la comunicación y cooperación, procurando brindarles contención en el proceso de internación. Se procura fortalecer su red vincular intra y extra hospitalaria, orientando a los padres con respecto a los recursos institucionales (comedor, residencia para madres, etc.), guiándolos en la forma más dinámica y operativa de proceder en cada caso

particular.

En cuanto a la estructura funcional del Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil “Don Victorio Tetamanti”, los profesionales de Trabajo Social desempeñan sus tareas formando parte de diferentes equipos y programas, y/o se integran en las diferentes Salas de Internación y consultorios externos del HIEMI distribuidos de la siguiente manera:

- *Salas de internación*: Obstetricia: puerperio normal y alto riesgo, Pediatría: Moderados A, B, C y D, Neonatología, UTI (Unidad de Terapia Intensiva), CIM (Cuidados Intermedios), Oncología.

- *Consultorios externos*: Pediatría, Neurología, Endocrinología, Cardiología, Salud Mental, Obstetricia, Neonatología.

En cuanto a las políticas sociales con las que se trabaja, las mismas son:

- Prodiaba: Es el Programa de Prevención, Diagnóstico y Tratamiento del Paciente Diabético. Está dirigido a la población que padece esta enfermedad crónica y que no tengan cobertura de obra social. Brinda insulina inyectable y en comprimidos. Anualmente, entrega jeringas, agujas para la aplicación de insulina, tiras reactivas para determinar el nivel de glucosa y cuerpos cetónicos en orina como así también una ampolla de glucagón, la que se aplica cuando el azúcar en la sangre desciende a valores inferiores a los normales (menos de 60mg/dl).

Para acceder al programa sólo hace falta concurrir al servicio social de cualquier hospital público provincial o municipal. Allí, se les solicitará a los interesados completar una encuesta en la que se deje constancia de la carencia de cobertura social.

- Proepi: Es el Programa de Epilepsia de la provincia de Buenos Aires. Está dirigido a las personas que padecen esta enfermedad y no tienen cobertura ni recursos para acceder a los medicamentos. El Proepi entrega en forma gratuita dos tipos de medicación para controlar esta enfermedad crónica: las llamadas “drogas de uso regular” y las “drogas de uso normatizado”.

Además, el Proepi se ocupa de la prevención, detección, asistencia, rehabilitación y reinserción social de los pacientes con epilepsia. Al mismo tiempo se ocupa de formar a

los recursos humanos para la asistencia y educación del paciente y su grupo familiar.

Para acceder al programa se inicia la gestión en el servicio social de cualquier hospital público provincial o municipal. Allí, se les solicitará a los interesados completar una encuesta en la que se deje constancia de la imposibilidad de adquirir medicamentos y de la falta de cobertura social.

- Plan Nacer: es un programa nacional con ejecución provincial que, persiguiendo el objetivo de reducir la morbi-mortalidad materno infantil, busca explicitar la cobertura de salud implícita mediante el financiamiento de la brecha de calidad existente en el sector público, y el fortalecimiento de la red de atención primaria de la salud.

El Plan Nacer es un proyecto de inversión en salud materno infantil que brinda cobertura de salud a embarazadas, puérperas hasta 45 días y niños/as menores de 6 años que no tienen obra social. El Plan tiene como finalidad disminuir los índices de morbimortalidad materno infantil fortaleciendo la red pública de atención primaria de la salud.

- Plan Nacional de Seguridad Alimentaria (PNSA): fue creado en 2003 por la Ley 25.724, con el objetivo de posibilitar el acceso de la población en situación de vulnerabilidad social a una alimentación adecuada, suficiente y acorde a las particularidades y costumbres de cada región del país.

Se propone elevar la calidad de vida de toda la población y mejorar la salud y la nutrición en el mediano y largo plazo. Los beneficiarios son: familias con niños menores de 14 años, mujeres embarazadas, desnutridos, discapacitados y adultos mayores que viven en condiciones socialmente desfavorables y presentan una situación de vulnerabilidad nutricional. Este plan es desarrollado por el Ministerio de Desarrollo Social de la Nación.

Además desde el Servicio Social del HIEMI se trabaja en los siguientes comités y equipos interdisciplinarios:

- Comité de Maltrato Infantil y Abuso Sexual: en este se incluyen profesionales de Servicio Social, Salud Menta, y Pediatría. El objetivo es estudiar las diversas problemáticas en torno a la violencia familiar y al abuso en menores.
- Comité de Bioética: intervienen profesionales de Servicio Social, Salud Mental, Pediatría.

- Equipo interdisciplinario de Fibrosis Quística: intervienen profesionales de Servicio Social Neumonología, Área Nutricional y Enfermería. El objetivo de dicho equipo es garantizar el tratamiento y seguimiento del paciente.
- Equipo interdisciplinario de Diabetes: intervienen profesionales de Servicio Social, Salud Mental, Pediatría, Endocrinología, Nutrición y Enfermería.
- Equipo de VIH/SIDA.
- Equipo interdisciplinario de Mielomeningocele.

Objetivos del Servicio Social:

- Objetivos generales:

- Investigar los aspectos relacionales, socio – ambientales, su incidencia en el proceso salud – enfermedad del paciente, su grupo familiar, red familiar ampliada y comunidad en la que vive.
- Facilitar la integración del enfermo y su grupo familiar a la institución, durante el periodo de internación, creando situaciones que favorezcan la comunicación, cooperación, participación y respeto por el otro, para la recuperación y promoción de la salud.
- Estimular en los pacientes y en su grupo familiar la máxima puesta en marcha de sus recursos como sujetos de su propia salud integral.
- Favorecer la sistematización y evaluación del trabajo cotidiano.
- Crear y sostener un espacio de Docencia, con los profesionales del Servicio Social, con estudiantes de Pregrado de la Carrera Lic. en Servicio Social (U.N.M.D.P.), Residentes de Trabajo Social y otros destinatarios.

- Objetivos Específicos:

- Participar en el tratamiento del paciente, con el aporte del diagnóstico y aspectos sociales de la problemática al equipo interdisciplinario.
- Estimular, afianzar y promover el desarrollo de los recursos personales y Factores Protectores del paciente y su familia, para atenuar o neutralizar los Factores de Riesgo.
- Lograr una eficiente coordinación con los Centros de Salud y otras Instituciones

para no demorar el egreso hospitalario, asegurar la continuidad del tratamiento, prevenir reingresos.

- Formar parte activa de Comités o Equipos interdisciplinarios para el estudio, diagnóstico y tratamiento de patología específicas, como Diabetes, Fibrosis Quística, Violencia Familiar.
- Abordar específicamente situaciones problemáticas relacionadas con el binomio madre – hijo (obstetricia), prevenir el abandono del recién nacido, orientar sobre Adopción, Patria Potestad, etc.
- Realizar la derivación del recién nacido sano a los Centros de Lactantes de la cuidad.
- Con respecto a la Menor – Madre: prevenir el abandono de la madre y su hijo, fomentar la documentación inmediata del recién nacido, convocar a los representantes legales, cuando así correspondiera realizar la comunicación al Tribunal de Menores.
- Orientar consultas en planificación familiar.
- Instrumentar un espacio de Docencia en el Servicio Social del HIEMI, y en la institución hospitalaria. Dar continuidad a la docencia destinada a estudiantes de pre – grado y residentes de Trabajo Social, alumnos de E.G.B. y Polimodal. Sostener la capacitación de Voluntarios del Grupo KUMELEN.

El Servicio Social se caracteriza por poseer un modelo organizacional predominantemente de tipo lineal - funcional, donde la autoridad y la responsabilidad se transmiten desde la jefa hacia los demás profesionales, distribuidos de manera jerárquica entre los de planta, interinos, becarios, residentes de grado y de pregrado.

En lo que respecta a la comunicación, existen canales formales por medio de los cuales se transmite la información de manera lineal, aunque al mismo tiempo, existen canales informales, que permiten a todos los miembros del servicio adquirir la información.

El HIEMI como institución trabaja principalmente con el paciente y el grupo familiar del mismo durante el proceso de internación e interviene en diversas problemáticas sociales como son: ausencia o escases de recursos económicos;

problemas habitacionales; maltrato infantil o abuso sexual; conflictos familiares; lesiones por causas externas no intencionales originados en el ámbito doméstico, recreativo o en vía pública; intentos de suicidios; madres solas; abandono; interrupción de embarazo.

Teniendo en cuenta que el HIEMI se inscribe en el marco de un hospital de alta complejidad, desde el Servicio Social se trabaja principalmente en las situaciones agudas, intentado articular, al momento de la externación del paciente, el seguimiento con las instituciones de salud que trabajan en el nivel primario de atención, con otras instituciones que ameriten intervención en el caso, como los son los CPDN (Centro de Protección de los Derechos del Niño), el Tribunal de Familia y la Asesoría de Menores y Hospitales de mayor o menor complejidad, entre otros. Cabe destacar que en ciertas ocasiones se realizan derivaciones desde el servicio social hacia las entidades mencionadas, debido al agotamiento de los recursos o por la falta de competencia para la resolución de problemas.

Modalidad Operativa del Servicio Social

Desde el Trabajo Social, se interviene con una concepción del hombre como único, autónomo, capaz de modificar su situación-problema; valorando al paciente como sujeto partícipe y responsable de su propia transformación, considerando no solo sus limitaciones, sino también sus potencialidades.

Se posee una visión integral de la persona, considerando todos los aspectos que la atraviesan (no solo la salud), ubicándola en el contexto socio cultural dentro del cual actúa y se desarrolla en permanente interacción.

La intervención del trabajador social se realiza en los distintos sectores de la institución donde se desempeña a través del relevamiento diario de pacientes en lo que respecta al pase de sala; así como también se accede por medio de interconsultas o demandas espontáneas.

Así mismo, una vez por mes cada trabajador social debe cumplir una guardia en ventanilla, en atención a la demanda espontánea surgida en el horario de la mañana. Las tareas que se realizan a diario en ventanilla son las siguientes:

- Completar el formulario de pasaje a Buenos Aires, La Plata y/o Retiro a solicitud de aquellos que deban trasladarse por controles médicos, cirugías programadas, entre otras.
- Se completará en caso necesario, el formulario correspondiente a la Casa de la Provincia, sede en Buenos Aires, donde se da alojo al paciente y familiar que deba hospedarse.
- Se completara formularios para los diferentes programas y/o planes con los que se trabaja, según las necesidades del paciente.
- Para aquellos pacientes trasladados de la Región Sanitaria VIII, o sus alrededores, hacia el HIEMI, y se encuentren de alta, se completará el formulario correspondiente para que los vengan a buscar de su lugar de procedencia.
- Se completan los formularios correspondientes para viáticos diarios otorgados por la Cooperadora del Hospital.
- Se realizan entrevistas pertinentes a aquellos pacientes que deban realizarse estudios o prácticas médicas que no se realizan en la institución.
- Se realizan los trámites correspondientes en caso de defunción, para aquellas familias que no puedan costear el mismo y/o no cuenten con Obra Social que cubra dicho servicio. Estos son presentados en Desarrollo Social por la familia.
- Presta asesoramiento en cuanto a recursos intra y extra hospitalarios con el fin de utilizar efectivamente los mismos y poner al paciente en contacto con ellos.
- Se completa el formulario correspondiente para aquellas personas que necesiten concurrir al comedor de la institución. Se realiza para aquellos familiares que no sean residentes de la ciudad de Mar del Plata, y para aquellas mujeres que tienen a su hijo internado en el Servicio de Neonatología, que deberán en los casos que sea posible amamantarlos cada cuatro horas.
- Se realizaran los formularios correspondientes para aquellas madres que deban hospedarse en la Residencia de Madres situada en el HIEMI, coordinada por las Damas Rosadas de dicha institución.

En cuanto a la intervención específicamente dicha del Trabajador Social, este realiza una selección adecuada de técnicas y métodos de intervención en el campo social, dependiendo del caso particular.

Las técnicas y procedimientos implementadas por el equipo de trabajadores sociales en la intervención profesional son:

- Entrevista: individual, familiar y grupal. Institucional y domiciliaria.

- Interconsultas inter y extra hospitalaria.

- Reunión en equipos interdisciplinarios.

- Registro de la intervención: relevamiento diario de pacientes, encuestas de accidentes, fichas sociales, informes socio-ambientales, reseñas sociales, encuesta social única, eelaboración de crónicas de entrevistas observadas, entre otros.

- Talleres en consultorio externo, con grupos de pacientes, padres profesionales, y otros participantes.

- Ateneos: por área, interdisciplinarios, del servicio social, etc.

- Cursos de capacitación de voluntarios.

- Reuniones de supervisión: destinadas a profesionales, alumnos y voluntarios.

- Trabajo en red institucional: interconsultas, tratamiento conjunto, derivaciones, coordinación con otros niveles de atención.

- Participación del servicio en cursos, jornadas, congresos, etc.

- Observación documental: historias clínicas, encuestas a madres menores, etc.

Concurrencia institucional:

La concurrencia institucional es una experiencia formativa, laboral, pre-profesional de carácter operativo, voluntario y ad honorem, en un campo de interés del estudiante con supervisión docente in situ a cargo de un profesional en servicio, brindando un soporte directo y personalizado a cargo de un jefe de trabajos prácticos en el ámbito académico.

La supervisión orienta sus objetivos a promover un profesional solido y responsable en los planos científico, profesional y ético social.

La concurrencia a la institución se desarrollo durante el periodo comprendido entre el 30 de mayo al 30 de noviembre del ciclo lectivo 2012, de lunes a viernes en el horario de 8.30 a 13.00 hs, en las áreas de Terapia Intermedia, Equipo Interdisciplinario de Diabetes y Sector de Pediatría Cuidados Moderados A. (ver anexo. Cronograma de actividades.)

El proceso de aprendizaje durante dicha concurrencia a la institución estuvo atravesado por diferentes etapas, las cuales desembocan finalmente en el abordaje de las situaciones problemas que se describirán posteriormente.

La práctica pre-profesional tuvo 3 etapas:

1° etapa: Inserción en la institución:

Duración: junio y julio de 2012.

El ingreso a la institución comenzó con: conocer su estructura, organización y funciones de la misma, como también a los profesionales del Servicio Social y las áreas donde trabajan cotidianamente. Además logro realizar una lectura acerca de su cultura organizacional y la circulación de poder y del saber entre las diversas disciplinas dentro del mismo, así como reconocer e identificar a sus actores, las prácticas instituidas, la ubicación del Servicio Social dentro del hospital, su inserción en la áreas de intervención, su función y objetivos, su historia, políticas sociales con las que trabajan y los sujetos que concurren al mismo.

2° etapa: Conocer el trabajo profesional del trabajador social en la institución:

Duración: agosto y septiembre de 2012.

Una vez inserto el alumno en la institución, se procederá a la intervención profesional como así estaba programado, en conjunto entre la Universidad y la Institución sede. En esta etapa el acompañamiento es continuo pero con cierta autonomía del alumno.

3° etapa: Perfil del ejercicio profesional:

Duración: octubre y noviembre de 2012.

Tras tomar conocimiento del trabajo profesional del trabajador social en la institución, se logra comprender el perfil del ejercicio profesional, generando una mayor autonomía del alumno para realizar las intervenciones correspondientes. Se continúa con supervisión constante del trabajador social de la institución.

La sistematización de la experiencia de trabajo de campo realizada durante la práctica pre-profesional, hace énfasis en las intervenciones realizadas desde el Sector de Pediatría Cuidados Moderados A del HIEMI, en situaciones de Maltrato Infantil.

A.3) INTERVENCION PROFESIONAL DEL TRABAJADOR SOCIAL EN SITUACIONES DE MALTRATO INFANTIL

La intervención profesional del trabajador social es de fundamental importancia en las situaciones de Maltrato Infantil debido a que, basados en la formación teórico-metodológica en la temática, es posible la elaboración de distintas estrategias que posibilitan su abordaje.

La incumbencia profesional del trabajador social tiene como objetivo principal la vida cotidiana de las personas y sus lazos sociales, siendo este el hilo conductor de su intervención. Se propone recuperar la vida cotidiana de las personas a fin de comprender su propia realidad. En este sentido se destaca la importancia de conocer la trama familiar cotidiana de aquellas familias donde se establecen situaciones de Maltrato Infantil a fin de comprender la cotidianeidad de las mismas. A tal fin, se entiende que es el trabajador social quien explora la trama vincular y organizacional de las familias, su estructura, dinámica y funcionalidad, su vida cotidiana, las formas de comunicación que se establecen y las diferentes maneras de vincularse entre sus miembros. Trata de identificar cómo se establece la autoridad dentro del hogar, así como roles definidos en cada integrante de la familia, la relación entre sus miembros, mandatos culturales dentro de la misma, la posible naturalización de episodios de violencia, trasmisión intergeneracional del maltrato, la vinculación del grupo familiar durante el proceso de internación.

Se pretende conocer aspectos habitacionales (tipo de vivienda, condiciones de habitabilidad e higiene, cantidad de ambientes, etc.), socioeconómicos (empleo, desempleo, tipo de empleo, satisfacción de necesidades básicas), de salud (controles periódicos de salud según la edad, vacunación, estado de salud general, internaciones previas, lugar donde se atiende).

Se intenta conocer la familia ampliada a fin de evaluar la posibilidad de acompañamiento y contención hacia el niño, niña o adolescente victima de Maltrato Infantil, en función de observar las potencialidades que tiene dicha familia en pos de hacerse cargo del niño en caso que así lo requiera, o ante la posibilidad de brindar apoyo y sostén al grupo familiar. Se pretende identificar figuras protectoras y fortalecedoras que contribuyan al bienestar del niño, niña y/o adolescente.

El profesional en Trabajo Social quien tiene la posibilidad de conocer el medio social del paciente y su grupo familiar a través del trabajo interinstitucional, como puede ser el Centro de Salud de referencia, Hospital de origen, Institución Educativa, Sociedad de Fomento. El conocimiento directo de los ámbitos mencionados remite a la aplicación de herramientas de intervención especificas como son la entrevista domiciliaria o la observación directa de la realidad comunitaria.

Estas posibilidades de conocimiento directo de la realidad cambiante y turbulenta es propia del trabajador social, y allí se centra la especificidad de su intervención. Es decir, el trabajador social probablemente comparta con el resto de los miembros del equipo el marco de referencia de abordaje del problema, hasta pueda sincronizar etapas metodológicas de intervención, pero la implementación de las técnicas especificas y la particular interpretación de las mismas conforman el capital propio de la profesión y es en éste en el cual se centra la especificidad profesional.

Para comprender como desarrolla su intervención profesional el trabajador social en el abordaje del maltrato infantil dentro del ámbito hospitalario, retomo lo planteado por Cristina De Robertis, al enumerar en orden lógico las fases de intervención.

En este sentido, la intervención del trabajador social comienza con la localización del problema, estableciéndose el encuentro con el sujeto, como el punto de partida de la acción del profesional. El problema puede ser planteado a partir de una interconsulta (derivación interna) derivación interna de la institución al Servicio Social, por demanda espontanea en la guardia o en los consultorios externos del HIEMI, o a través de una derivación externa realizada por otra institución de menor complejidad (salud, educación, sistema de protección, poder judicial).

El profesional establece el primer contacto con el problema a partir de la derivación, procediendo a la lectura de la historia clínica, así como también de la denuncia policial en caso de que hubiese sido realizada.

El Hospital, como organismo público de salud y por lo tanto, los profesionales que allí se desempeñan, tienen la obligación de denunciar cualquier situación de maltrato o abuso sexual hacia niños, niñas o adolescentes sobre la que tomen conocimiento. Esta obligación se enmarca en la Ley Provincial n° 12.569 de Protección contra Violencia Familiar, específicamente en el art. 4°. (Ver anexo) y la Ley Nacional nº 24.417 Protección contra la Violencia Familiar, art. 2° (ver anexo). En la ciudad de Mar del Plata la respectiva

denuncia se realiza en la Comisaria de la Mujer y la Familia (complejo Vucetich) o en la Dirección de la Mujer (calle T. Bronzini 1147).

Se pretende en primera instancia que sea la familia quien realice la denuncia correspondiente a fin de comprometer a la misma en la situación problema. En caso de no lograr que la familia asenté la denuncia, el Equipo de Salud procederá a realizarla teniendo en cuenta que por ley se dispone de un lapso de 72 hs hábiles para realizarla luego de tomar conocimiento del hecho. Dicho procedimiento se enmarca en función del Protocolo de la Provincia de Buenos Aires[40] y el Protocolo interno del HIEMI[41] (ver anexo).

Luego el trabajador social realiza el primer contacto con el paciente y su grupo familiar a través de la entrevista, la cual puede ser estructurada o no, así como institucional o domiciliaria. En este momento el trabajador social comienza a tomar conocimiento de la problemática sobre la cual va a intervenir, así como también comienza a conocer la vida cotidiana del paciente y su red familiar. El profesional intenta comprender y delimitar la realidad social en la que actúa.

Durante este primer contacto con la problemática a abordar, se requiere por parte del profesional, una mirada disciplinar desde el Trabajo Social, para luego si construir con otras disciplinas presentes en la institución hospitalaria (medico, enfermera, psicólogo, abogado, etc.) intentando abordar la situación problema de forma interdisciplinaria. A tal fin, el equipo de salud se reúne con el propósito de realizar una evaluación preliminar, se trata de elaborar, a partir de los elementos recogidos en el análisis de la situación, una síntesis e interpretación de los datos, intentando interrelacionar diferentes factores (materiales, afectivos, sociales, físicos, intelectuales, de relación) y comprenderlos en su dinámica. Se elabora así un diagnostico y se establecen los objetivos y una estrategia de intervención.

Particularmente, luego del primer acercamiento con el paciente, su grupo familiar y el problema, el trabajador social lleva adelante diferentes intervenciones tanto directas como indirectas, durante el abordaje del problema, en función de los objetivos y la estrategia de

---

[40] "**PROTOCOLO PARA LA DETECCIÓN E INTERVENCIÓN EN SITUACIONES DE MALTRATO INFANTIL DESDE EL SISTEMA DE SALUD**". Provincia de Buenos Aires. Áreas políticas de género. Programa provincial de prevención y atención de la violencia familiar y de género. Subsecretaria de coordinación y atención de la salud.

[41] **PROTOCOLO DE MALTRATO INFANTIL Y ABUSO SEXUAL. HOSPITAL INTERZONAL ESPECIALIZADO MATERNO INFANTIL "DON VICTORIO TETAMANTI".**

intervención establecida. Entre ellas se destacan: entrevistas institucionales o domiciliarias, observación documental: lectura de la historia clínica y/o lectura de la denuncia policial, comunicación telefónica con la red interinstitucional del paciente y su grupo familiar.

Se elabora el Informe Social para ser incluido en la Historia Clínica del paciente, informando la situación problema (motivo de ingreso, datos personales del paciente, grupo familiar conviviente, red familiar ampliada, red interinstitucional, situación habitacional, aspectos económicos, aspecto de salud, red interinstitucional, observaciones realizadas durante el proceso de internación), las intervenciones realizadas por el trabajador social, la evaluación de la situación.

Cuando el Equipo de Salud valida el diagnostico de ingreso a partir de la confirmación de indicadores ya referidos, en equipo se decide la derivación de la situación al Sistema de Promoción y Protección de los Derechos del Niño, Niña o Adolescente (CPDN “Centro de Protección de los Derechos del Niño” o 102 “Equipo de Atención al Niño en Situación de Riesgo”) de la ciudad de Mar del Plata o de la ciudad de origen del paciente (Servicio Local de Promoción y Protección de los derechos del Niño, Niña y Adolescente), elevando los informes correspondientes de cada profesional que conforma el Equipo de Salud. Dichas instituciones son las encargadas de implementar las normativas legales vigentes según corresponda e instrumentar un dispositivo de egreso y seguimiento sobre la situación.

El HIEMI recibe pacientes de una extensa zona de influencia abarcada por 16 partidos que conforman la Zona Sanitaria VIII, por lo que se toma contacto con el Hospital de origen del paciente teniendo en cuenta que ciertas intervenciones no se pueden realizar desde Hospital como son las entrevistas domiciliarias, la posibilidad de conocer la comunidad en la que vive el paciente y su grupo familiar, la cotidianeidad del hogar, su estructura, funcionalidad y dinámica, entre otras.

Se articula con el Hospital de origen a fin de que organice las condiciones de egreso del paciente junto con el Servicio Local de la ciudad, teniendo en cuenta que el mismo será traslado al egreso hospitalario del HIEMI para que se instrumente el dispositivo de egreso.

Durante la intervención profesional se hace necesario trabajar no solo interdisciplinariamente sino también interinstitucionalmente, con el objetivo de garantizar la protección de los niños así como también la restitución de sus derechos vulnerados, garantizando condiciones adecuadas que logren un desarrollo integral de la persona.

Teniendo en cuenta que el trabajador social interviene en función de la vida cotidiana del paciente así como también trabaja en referencia a sus lazos sociales, éste y en conjunto con el equipo interdisciplinario con el cual trabaja desde el ámbito hospitalario poseen la capacidad de sugerir a las instituciones intervinientes tras la derivación de la situación en cuestión, la instrumentación de un dispositivo de egreso en pos de garantizar el bienestar del niño y de su grupo familiar.

Desde el Servicio Social, se realiza seguimiento de aquellas situaciones que así lo requieran.

El abordaje del Maltrato Infantil requiere como elemento indispensable del trabajo en equipo, por lo que se recalca la importancia de trabajar de forma interdisciplinaria a fin de abordar de forma integral la situación. Dicho abordaje debe partir de considerar al niño, niña y adolescente como sujeto de derecho por parte de todos los miembros del equipo de salud, trabajando arduamente para que la forma de intervención sea menos lesiva para el niño víctima, sin dejar de pensar en el abordaje integral e interdisciplinario.

En este sentido se destaca la importancia de intervenir en equipo a fin de no revictimizar al niño, niña o adolescente, considerándolo como objeto y sometiéndolo a reiteradas practicas invasivas que lo único que logran es recrudecer el dolor y sufrimiento de la víctima.

A.4) SISTEMATIZACION DE LA INTERVENCIONES REALIZADAS DURANTE LA PRÁCTICA INSTITUCIONAL AÑO 2012

Teniendo en cuenta la temática sobre la que se hace hincapié en la presente tesis y en base a la cual se realiza la sistematización de las intervenciones, cabe destacar que el Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil "Don Victorio Tetamanti", dispone de un Comité de Maltrato Infantil y Abuso Sexual conformado por profesionales de Servicio Social, Salud Mental, y Pediatría constituyendo un equipo de salud, cuyo objetivo es estudiar las diversas problemáticas en torno a la violencia familiar y al abuso de niños, niñas y/o adolescentes.

Este comité implementa un Protocolo de Maltrato a fin de intervenir en toda situación de Maltrato Infantil o Abuso Sexual con el objetivo abordar interdisciplinariamente dicha problemática.

El Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires es consciente de la trascendencia que el sistema de salud tiene en la atención a los menores víctimas de la violencia; de las posibles implicaciones judiciales de la actuación de sus profesionales; de su papel facilitando el acceso a otros recursos y dispositivos no sanitarios, y de la importancia de proteger la intimidad de la víctima. En este sentido, plantea un Protocolo para la Detección, Asistencia y Notificación del Maltrato Infantil en la Provincia de Buenos Aires, ya que la actuación de los profesionales de la salud representa un elemento clave en la prevención y detección de este grave problema. Fue elaborado como otro paso en el abordaje interdisciplinario para la asistencia efectiva, en colaboración, complementariedad y reconocimiento constructivo entre los distintos ámbitos que intervienen en la atención a la infancia. Éste protocolo se fundamenta desde un marco legislativo (ver anexo).

Con este documento se pretende asesorar a quienes en su labor diaria pueden intervenir en la detección, cuidados, información y apoyo a las/os niñas/os y adolescentes víctimas de malos tratos.

El objetivo fundamental es ofrecer una atención sanitaria integral y unificar las actuaciones de los profesionales.

Desde este marco referencial, el Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil "Don Victorio Tetamanti" implementa un Protocolo de Maltrato (ver anexo), a fin de

intervenir de forma integral e interdisciplinar con el paciente durante su proceso de internación.

Cabe destacar que el Hospital, como organismo público de salud y por lo tanto, los profesionales que allí se desempeñan, tienen la obligación de denunciar cualquier situación de maltrato o abuso sexual hacia niños, niñas o adolescentes sobre la que tomen conocimiento. Esta obligación se enmarca en la Ley Provincial n° 12.569 de Protección contra Violencia Familiar, específicamente en el art. 4°. (Ver anexo) y la Ley Nacional nº 24.417 Protección contra la Violencia Familiar, art. 2° (ver anexo).

1) Situación problema de intervención durante el proceso de supervisión institucional: Sospecha de Maltrato Infantil. Forma que adopta al ingreso hospitalario: Maltrato Físico.

- Institución receptora de la demanda

Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil “Don Victorio Tetamanti”. La demanda fue emitida desde el Sector de Pediatría Cuidados Moderados A al Servicio Social del HIEMI.

- Origen de la demanda

La demanda se origina como derivación interna de la Institución a través de una interconsulta realizada a la trabajadora social encargada del Sector de Pediatría Cuidados Moderados A.

- Motivo de la demanda

Evaluación de una situación de Sospecha de Maltrato Infantil.

- Datos personales del sujeto/entrevistado

Apellido y Nombre: B. K.
Edad: 5 años.
Fecha de nacimiento: 20/10/2006.
Lugar de nacimiento: Mar del Plata.
DNI: 47.XXX.XXX.
Domicilio:
Localidad: Mar del Plata.
Grado de instrucción: La niña no concurre a ningún establecimiento educativo. Solo comenzó el ciclo lectivo en el Jardín de infantes n° 9XX, concurriendo a este solo 2 meses.
Obra Social: No posee.

Centro de Salud de referencia: “Ameghino”.

La niña ingresa por guardia del HIEMI, acompañada por su padrastro, el día sábado 15 de septiembre del corriente, decidiéndose su internación en el Sector de Pediatría Cuidados Moderados A (habitación XXX), con diagnóstico de ingreso: “Sospecha de Maltrato Infantil”.

Observaciones: Los datos vertidos corresponden al sujeto-objeto de intervención.

Grupo Familiar Conviviente:

VINCULO	NOMBRE Y APELLIDO	EDAD	OCUPACIÓN
Madre	B.S.	23 años	Empleada de mantenimiento en Geriátrico
Hermano	R. J.	4 años	
Hermano	R. P.	2 años	
Padrastro del paciente	R. A.	27 años.	Realiza changas como volantero.

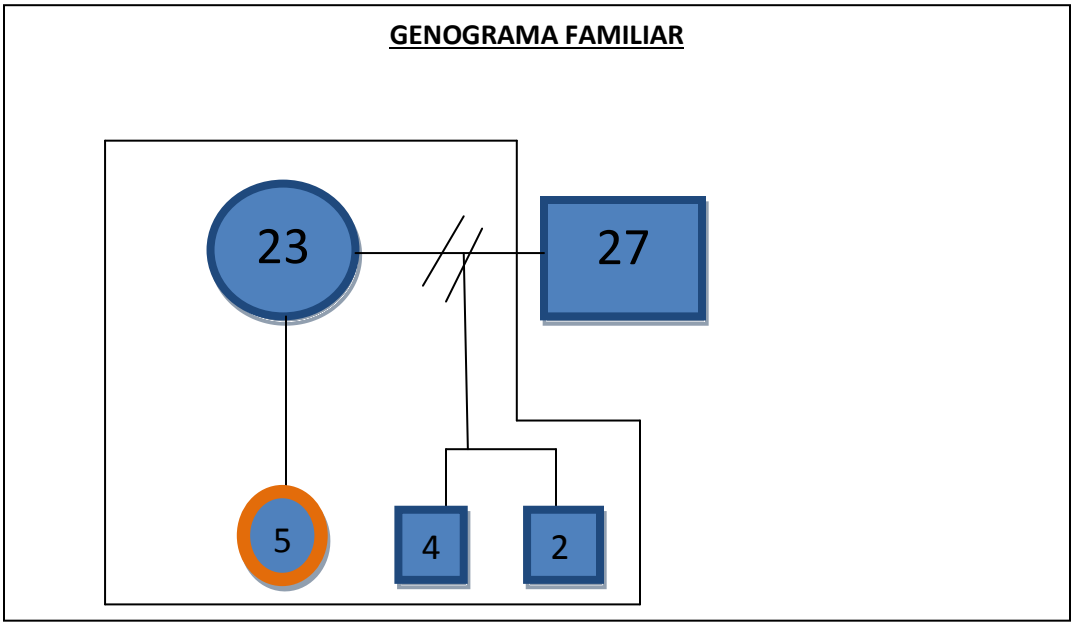
Observaciones

La paciente y sus dos hermanos conviven con su madre durante los días de semana, mientras que los fines de semana lo hacen en el domicilio del padrastro de la paciente y padre de sus dos hermanos, según régimen de visitas pactado por ambos adultos.

El Sr. R.A., padrastro de la paciente, se hizo cargo de la niña desde los 11 meses de vida, momento en el cual comienza su relación con la progenitora de la paciente.

Actualmente, la Sra. B.S., madre del la niña y el Sr. R.A. se encuentran separados hace 2 años aproximadamente, relación que culminó en malos términos según el Sr. R.A.

Genograma



Grupo familiar no conviviente:

VINCULO	NOMBRE Y APELLIDO	EDAD	OCUPACIÓN	DOMICILIO
Madre del padrastro	C.M.	56 años	Jubilada	Rawson n° XXXX
Hermana del padrastro	R. M.	33 años	Pensionada por discapacidad	Rawson n° XXXX
Abuela materna	V. G.	41 años	Ama de casa	Alberti n° XXXX
Abuelo materno	B.R.	56 años	Sereno	Alberti n° XXXX
Tío materno	B.N.	11 años	Escuela n° XX T.M.	Alberti n° XXXX
Tía materna	B.B.	10 años	Escuela n° XX T.M.	Alberti n° XXXX
Tío materno	B.R.	20 años	Realiza changas y cirujeo	Alberti n° XXXX
Pareja de B.R.	A.B.	19 años	Ama de casa	Alberti n° XXXX
Hijo de B.R. y A.B.	B.A.	2 años		Alberti n° XXXX

Tía materna	B.M.	25 años	Ama de casa	Soler n° XXXX
Tío materno	B.J.	19 años		Se desconoce

- Miembros de su red personal que brindan apoyo social

Los miembros de la red personal de la paciente que brindan apoyo social son su padrastro y madre de éste, y sus abuelos maternos.

- Aspecto habitacional

Se desconoce domicilio actual del paciente, sus hermanos y su progenitora, debido a un cambio de domicilio durante el proceso de la internación, pero no ofrece dato alguno.

- Aspectos económicos

La madre del paciente cobra la Asignación Universal por sus tres hijos y es empleada de mantenimiento en un Geriátrico.

El padrastro del paciente al momento de la internación se encontraba desempleado y realizaba changas como volantero. Por este motivo el mismo recibe ayuda de su madre para poder solventar los gastos de la niña y sus hijos.

La paciente y sus hermanos no poseen obra social.

- Descripción de la demanda

La niña ingresa por guardia del HIEMI, acompañada por su padrastro, el día sábado 15 de septiembre del corriente, decidiéndose su internación en el Sector de Pediatría Cuidados Moderados A (habitación XXX), con diagnóstico de ingreso: “Sospecha de Maltrato Infantil”.

Según Denuncia Policial realizada por la médica de guardia del HIEMI en la Comisaria de la Mujer y la Familia, y según relato del padrastro, al momento del ingreso al hospital, la niña manifestó que el día previo a dicho ingreso, se encontraba jugando con sus hermanos en una plaza al cuidado de su madre y tío materno, el Sr. B.J., momento en el cual R.J., hermano de la paciente, de 4 años de edad, habría empujado a la niña

cayéndose la misma sobre el tío materno, el cual le impacto un golpe de puño sobre el ojo a la niña. La niña no concurrió a ningún centro asistencial de salud en ese momento.

El Sr. R.A., padrastro de la niña, al escuchar el relato y observar el traumatismo en el ojo de la misma, decide concurrir al HIEMI para su evaluación.

El día lunes 17 de septiembre del corriente, luego de la interconsulta realizada por el Sector de Pediatría Cuidados Moderados A al Servicio Social, se realizaron las siguientes entrevistas:

De la entrevista realizada a la Sra. B.S., madre del paciente, en relación al motivo de internación de la niña, surge lo siguiente:

. Toma conocimiento de que la niña se encontraba internada dos días después a su ingreso el día 15 del corriente, desconociendo las causas de la misma.

. En cuanto a la lesión que la niña tiene en su cara, manifiesta que el episodio ocurrió mientras que la misma se encontraba con sus hermanos jugando en una plaza al cuidado de su niñera, Carla, la cual se encontraba con su hermano de 7 años de edad, siendo este último quien golpeo a la niña. La Sra. B.S., madre de la paciente, ofrece datos confusos y poco claros respecto al origen de las múltiples lesiones que padece la niña.

. Mantiene un vínculo conflictivo con su ex pareja, el Sr. R.A., de quien está separada desde hace aproximadamente 2 años. Aclara que ésta relación termino en malos términos y que desconoce el motivo de la separación.

. Que el Sr. R.A. no es padre biológico de la paciente, pero que ella se puso en pareja con éste cuando la niña tenía 11 meses de edad.

. Los niños se encuentran bajo su cuidado los días de semana, mientras que durante los fines de semana se encuentran a cargo del Sr. R.A., padrastro de la paciente y padre de sus dos hermanos.

De la entrevista mantenida con el Sr. R.A., padrastro de la niña, y con la Sra. C.M., madre del padrastro de la niña, durante el proceso de internación, surge:

. Que la Sra. B.S. y el hermano de ésta, el Sr. B.J., consumen sustancias ilícitas y alcohol.

. Que el vinculo que poseen entre la progenitora y su hermano, el Sr. B.J., con el entrevistado y padrastro de la niña, es conflictivo debido a los malos tratos que reciben sus hijos (refiriéndose a la niña y sus hijos biológicos) por parte de estos, manifestando reiterados episodios de violencia.

. Que la niña le habría manifestado al entrevistado que la vivienda donde residían antes de la internación había sido incendiada recientemente, motivo por el cual tuvieron que abandonar la casa.

. Que sus dos hijos biológicos, los niños R.J y R.P., actualmente poseen lesiones producidas por la progenitora y su hermano B.J.

. Que ambos entrevistados se encuentran dispuestos a colaborar con el cuidado de los 3 niños.

De la entrevista mantenida con la Sra. V.G., abuela materna del paciente, y la Sra. B.M., tía materna del paciente, surge:

. Que la Sra. V.G. no tiene trato cotidiano con su hija y desconoce su domicilio actual.

. Que el niño R.J., hermano de la paciente, hace un mes aproximadamente habría padecido un fuerte traumatismo en su cabeza, motivo por el cual su progenitora consulta a la Guardia del HIEMI para su evaluación. El niño se encontraba bajo cuidado de su madre durante el episodio.

. Que la abuela materna del paciente se encuentra dispuesta a colaborar con el cuidado de los niños.

. Que desconoce la existencia de una niñera.

. Que la paciente y su hermano R.J. no concurren a ningún establecimiento educativo porque su madre no tiene intenciones de llevarlos.

- <u>Objetivos de la intervención</u>

. Evaluar la situación socio-familiar del paciente y su grupo familiar al ingreso hospitalario.

. Identificar factores de riesgo presentes en la situación problema.

. Informar la situación socio-familiar actual del paciente y su grupo familiar al Sistema de Protección, considerando el diagnóstico de ingreso de la niña.

. Aplicación del Protocolo de Maltrato al ingreso del paciente al Hospital.

. Asegurar un contexto de protección para el niño víctima de maltrato infantil e implementar las normativas legales correspondientes.

. Evaluar un dispositivo de egreso que garantice el bienestar de la niña y sus hermanos.

. Identificar a los miembros de la red personal para lograr el apoyo y cuidado del paciente al egreso hospitalario.

- <u>Intervenciones realizadas desde el servicio social durante el proceso de internación</u>:

. Entrevista a miembros de la red familiar para evaluar la posibilidad de acompañar en el cuidado de la niña y sus hermanos.
. Reunión con el Equipo de Salud para evaluar la situación y sugerir un dispositivo de egreso que garantice el bienestar de la niña y sus hermanos.
. Lectura de la Historia Clínica.
. Lectura de la Denuncia Policial realizada en la Comisaria de la Mujer y la Familia el día 15/09/12 por médica de guardia.
. Contacto con establecimiento educativo y centro de salud de referencia.
. Derivación al Sistema de Protección.

- Aproximación diagnóstica

A partir de lo evaluado se considera que la paciente y sus dos hermanos se encuentran expuestos a reiterados episodios de maltrato físico, viéndose así vulnerado el derecho a la integridad física, se observa además una vulneración del derecho a la educación ya que la misma no concurre a ningún establecimiento educativo.

Se evalúa demora en la consulta médica, teniendo en cuenta que la niña habría padecido múltiples traumatismos días anteriores a su ingreso al hospital, mientras se encontraba al cuidado de su progenitora.

Se visualiza que la progenitora ofrece datos confusos y poco claros respecto al origen de las múltiples lesiones que padece la niña, como así también una naturalización de la violencia física explicita hacia la paciente y sus hermanos de 4 y 2 años.

- Evaluación

Se logro entrevistar a los miembros de la red familiar, lo que permitió identificar a aquellos miembros capaces de acompañar en el cuidado de la niña al egreso hospitalario y sus hermanos.

Se realizó articulación con otras instituciones, hecho que posibilitó la instrumentación de un dispositivo de egreso que garantice el bienestar de la niña y sus hermanos.

Se aseguro un contexto de protección para la niña y sus hermanos garantizando de ésta forma el adecuado cuidado, contención y acompañamiento que los mismos necesitan para su favorable crecimiento y desarrollo.

2) Situación problema de intervención durante el proceso de supervisión institucional: Sospecha de Maltrato Infantil. Forma que adopta al ingreso hospitalario: Abuso Sexual.

- Institución receptora de la demanda

Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil “Don Victorio Tetamanti”. La demanda fue emitida desde el Sector de Pediatría Cuidados Moderados A al Servicio Social del HIEMI.

- Origen de la demanda

La demanda se origina como derivación interna de la Institución a través de una interconsulta realizada a la trabajadora social encargada del Sector de Pediatría Cuidados Moderados A.

- Motivo de la demanda

Evaluación de una situación de Sospecha de Maltrato Infantil.

- Datos personales del sujeto/entrevistado

. Apellido y Nombre: A.A.J

. Edad: 7 años.

. Fecha de Nacimiento: 12/07/04.

. DNI: ----------

. Obra Social: No posee.

. Grado de instrucción: Escuela n° XX. Turno Tarde.

. Apellido y Nombre: A.A.F

. Edad: 5 años.

. Fecha de Nacimiento: 22/09/06.

. DNI: ----------

. Obra Social: No posee.

. Grado de instrucción: Jardín n° XX

. Domicilio Familiar: calle 212 n° XXX.

. Barrio: “Don Emilio”

. Localidad: Mar del Plata.

. Teléfono: ----------

Centro de Salud de referencia: CAPS “Belgrano”

Ambos pacientes (hermanos) ingresan por guardia del HIEMI, acompañados por su madre y hermana menor, derivados en ambulancia del CAPS “Belgrano”, el día miércoles 4 de julio del 2012. Se decide su internación en el Sector de Pediatría Cuidados Moderados A (habitación XXX), con diagnóstico presuntivo de ingreso: “Sospecha de Maltrato Infantil”.

Observaciones: Los datos vertidos corresponden al sujeto-objeto de intervención.

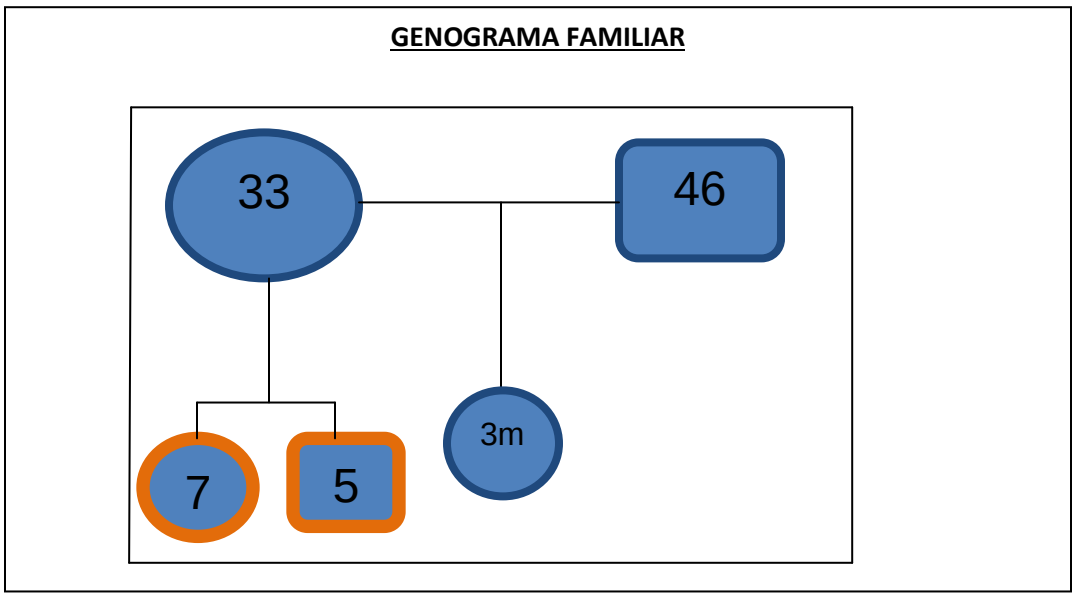
Grupo Familiar Conviviente:

VINCULO	NOMBRE Y APELLIDO	EDAD	OCUPACIÓN	ESTADO DE SALUD
Madre	A.L.V	33 años	Ama de casa	Bueno
Pareja de la madre	M.A.D	46 años	Peón de albañil	Bueno
Hermana	M.M.A	3 meses		Bueno

Observaciones:

Se deja constancia que la niña M.M.A, de 3 meses de edad, se encuentra internada con sus hermanos a fin de resguardar su integridad y protección.

Genograma



Grupo familiar no conviviente:

VINCULO	NOMBRE Y APELLIDO	EDAD	OCUPACIÓN	DOMICILIO
Padre biológico de los pacientes	T.H.	Se desconoce		
Hermano de la pareja de la madre	M.G.	Se desconoce		
Sobrino de M.G	G.R			

Según referencia materna, el padre biológico de los pacientes, nunca se hizo cargo de la paternidad de los mismos, por lo que nunca mantuvieron vínculo.

Además, se deja constancia que M.G. junto a su familia y G.R. con su familia, comparten el terreno donde habita el grupo familiar de los pacientes.

- Miembros de su red personal que brindan apoyo social

La madre de los pacientes y su hija menor, no cuentan con apoyo social ya que no poseen familiares en la ciudad de residencia.

- Aspecto habitacional

La familia habita una casilla cedida por el Sr. M.G., hermano de la pareja de la Sra. A.L.V., progenitora de los pacientes, sito en calle 212 n° XXX del barrio “Don Emilio”. La misma es de precaria construcción, consta de un ambiente único y el baño se encuentra afuera de la vivienda.

Las paredes son de chapa y cartón por lo que se filtra frio y agua cuando llueve, el techo es de chapa y el piso es de tierra.

Servicios: luz clandestina; agua obtenida a través de una canilla barrial, pozo ciego precario y gas envasado. Poseen una cocina y no se calefaccionan. Además, la casilla cuenta con dos camas de una plaza, en una duerme la pareja y en otra los pacientes, la bebe posee un moisés.

- Aspectos económicos

La progenitora de los niños recibe la Asignación Universal por sus dos hijos mayores, encontrándose en trámite al momento de la internación, la de su hija menor.

Así mismo, la Sra. concurre al CDI (Centro de Desarrollo Infantil) todos los días a retirar las viandas de alimentos, así como también recibe una beca económica de $ 300 para cubrir los gastos del transporte que lleva y trae a los pacientes, del domicilio a la Guardería donde concurren por la mañana y de ésta a los respectivos establecimientos educativos donde concurren por la tarde. Ambos recursos fueron gestionados por trabajadora social del CPDN “Belgrano”. Los pacientes no poseen obra social.

La pareja de la Sra. A.L.V., se desempeña laboralmente como peón de albañil.

- Descripción de la demanda

Los pacientes ingresan por guardia del HIEMI, acompañados por su madre y hermana menor, derivados en ambulancia del CAPS “Belgrano”, el día miércoles 4 de julio del 2012. Se decide su internación en el Sector de Pediatría Cuidados Moderados A (habitación XXX), con diagnóstico presuntivo de ingreso: “Sospecha de Maltrato Infantil”.

La Sra. A.L.V., madre de los pacientes y de su hija menor, concurren a una consulta pediátrica espontánea en el CAPS “Belgrano”. Allí, la progenitora manifiesta a la pediatra, que unos días antes su hija mayor, la niña A.A.J. le refirió que su tío M.G. “le había introducido dos dedos en la vagina”. Ante éste episodio, la doctora decide realizar denuncia policial y su posterior derivación de la menor al HIEMI.

En dicha institución, los tres menores de edad son internados para preservar su integridad y protección.

Durante el proceso de internación se mantuvo entrevista con madre de los pacientes, la misma manifiesta lo siguiente, en relación al motivo de internación:

. Que se encuentra en pareja con el Sr. M.A.D., hace aproximadamente 2 años.

. Que no posee vínculo con el Sr. T.H., padre biológico de A.A.J y A.A.F, desde el nacimiento de éstos hasta la actualidad, considerando que no se hizo cargo de la paternidad.

. Que los pacientes padecen de forma habitual desprecios, retos innecesarios, malos tratos, insultos, entre otros; estas situaciones de violencia verbal por parte de la pareja actual de la madre, se naturalizan por su cotidianeidad.

. Que los pacientes, desde que su progenitora se encuentra en pareja y poseen vínculo cotidiano con su familia extensa, los niños comenzaron a padecer enuresis (incontinencia urinaria) y encopresis (incontinencia de la materia fecal).

. Se aclara que cuando los niños se encuentran bajo su cuidado y esta solos en el domicilio acompañados por su madre, los mismos no presentan los síntomas mencionados en el punto anterior.

. También aclara que dentro de la institución hospitalaria los niños no padecen de enuresis y encopresis.

. Que el Sr. M.A.D. recibió denuncia policial por parte de una vecina, la cual denuncia malos tratos hacia los pacientes, agregando que padece adicción al alcohol.

. Que los hijos del Sr. M.G., hermano de la pareja de la progenitora, golpean cotidianamente a los mismos, visualizándose al momento de la internación una lesión en el menor A.A.F. producto del impacto de un palo con clavos.

. Que cuando ella dio a luz a la menor de sus hijos, de 3 meses de edad, los pacientes quedaron bajo el cuidado y supervisión del Sr. M.G. y la pareja de éste. Luego de esta situación, la Sra A.L.V., comenzó a crear desconfianza con los mismos, visualizando los malos tratos hacia sus hijos.

. Que ella termino el 7° grado de escolaridad en una institución de noche, pero aclara que apenas sabe leer y escribir.

. Que los pacientes concurren al CEC (Centro de Estimulación Complementaria) del barrio “Centenario” de lunes a viernes, y que un transporte escolar los pasa a buscar por su

domicilio por la mañana y al mediodía los lleva a los respectivos establecimientos educativos a donde concurren, luego por la tarde los retira la progenitora de los mismos.

. Que el Sr. M.G. y su pareja, ejercen autoridad sobre el terreno donde viven los pacientes y su grupo familiar, que debe hacerse lo que ellos quieren, sino de lo contrario deben retirarse del mismo. Además aclara que los malos tratos son constantes hacia los menores y su progenitora.

Durante el proceso de la entrevista mantenida con la Sra. A.L.V., surgen las siguientes referencias relacionadas con las situaciones de abuso sexual:

. Que la niña A.A.J. le habría manifestado un día antes de concurrir a la consulta médica en el CAPS "Belgrano", que su tío M.G., hermano de la pareja de su progenitora, "le había introducido dos dedos en la vagina", en el contenido de este relato la menor le estaba revelando su "secreto" a su madre.

. Que en el establecimiento educativo: Escuela n° 76 del barrio "Belgrano" donde concurre la niña, tenia cambios en su conducta habitual, refiriendo episodios de enuresis dentro de la institución.

. Que en la guardería donde concurre cotidianamente la niña durante el turno de la mañana, un compañerito la habría tocado, según relato la menor a su madre.

. Que el hijo del Sr. M.G, hermano de la pareja de la madre, de 7 años de edad, le habría tocado sus partes íntimas. Éste relato se lo describe la niña a su progenitora. Al respecto, ésta última manifiesta que el niño tiene conductas sexuales no acordes a su edad.

Cabe destacar además, que durante el proceso de internación, se detecta que el niño A.A.F. presenta los mismos síntomas de enuresis y encopresis que su hermana mayor, motivo por el cual también es evaluado por el equipo de salud.

- Objetivos de la intervención

. Evaluar la situación socio-familiar del paciente y su grupo familiar al ingreso hospitalario.

. Identificar factores de riesgo presentes en la situación problema.

. Informar la situación socio-familiar actual de los pacientes y su grupo familiar al Sistema de Protección.

. Aplicación del Protocolo de Maltrato al ingreso de los pacientes al Hospital.

. Asegurar un contexto de protección para los menores de edad e implementar las normativas legales correspondientes.

. Evaluar la instrumentación de un dispositivo de egreso que garantice el bienestar de los pacientes y su grupo familiar.

. Brindar contención y acompañamiento al grupo familiar durante el proceso de internación.

- Intervenciones realizadas desde el servicio social durante el proceso de internación:

. Entrevista a madre de los pacientes a fin de tomar conocimiento de la situación socio-ambiental por la que atraviesan los pacientes y su progenitora, así como también recabar información sobre el hecho acontecido.

. Reunión con el Equipo de Salud para evaluar la situación y sugerir un dispositivo de egreso que garantice el bienestar de los pacientes y su progenitora.

. Comunicación telefónica con Centro de Salud de referencia.

. Comunicación telefónica con Establecimientos Educativos de referencia.

. Lectura de la Historia Clínica.

. Lectura de la Denuncia Policial realizada en la Comisaria de la Mujer y la Familia el día 15/09/12 por médica pediatra del CAPS “Belgrano”.

. Derivación al Sistema de Protección.

. Se brinda contención y acompañamiento al grupo familiar, creando un vínculo de confianza y empatía con la progenitora.

. Solicitud de apoyo al Grupo de Voluntarias “Kumelén”, a fin de acompañar a los niños en su internación.

- Aproximación diagnóstica

De lo evaluado se infiere que los pacientes y su progenitora se encuentran en una situación de vulnerabilidad y desprotección debido a que no cuentan con red familiar que pueda acompañar este proceso.

Además los niños se encuentran expuestos a múltiples factores de riesgo que ponen en riesgo el normal crecimiento y desarrollo de un niño y que obstaculizaron el egreso hospitalario, haciéndose visible la vulneración de sus derechos. Se detecta precariedad extrema de la situación habitacional de la madre y sus pequeños hijos, así como escasos recursos económicos, que no cubren sus necesidades básicas.

En el ingreso a la institución, se observa que la madre se encuentra preocupada y desbordada por la situación que ella y sus hijos se encuentran atravesando. Se la observa temerosa por las consecuencias que este proceso puede ocasionar con respecto a la reacción de su pareja.

Durante el proceso de internación, la madre se encuentra contenida, mostrándose dispuesta a recibir ayuda del equipo de salud.

- Evaluación

Se logro realizar entrevista a madre de los pacientes, lo que permitió conocer la situación socio-ambiental que atraviesan los mismos, así como también recabar información sobre los episodios que derivaron en su internación.

Se realizo articulación con las instituciones correspondientes, a fin de que se emplee un dispositivo de egreso que garantice el adecuado cuidado, contención y acompañamiento de los niños y su progenitora.

Se cumplieron los objetivos propuestos desde el Servicio Social, lográndose desarrollar las diferentes intervenciones propuestas según los alcances de la institución.

3) Situación problema de intervención durante el proceso de supervisión institucional: Sospecha de Maltrato Infantil. Forma que adopta al ingreso hospitalario: Maltrato Físico.

- Institución receptora de la demanda

Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil “Don Victorio Tetamanti”. La demanda fue emitida desde la Guardia del HIEMI al Servicio Social.

- Origen de la demanda

La demanda se origina como derivación interna de la Institución a través de una interconsulta realizada desde la Guardia del HIEMI al Servicio Social, decidiendo su posterior internación en el Sector de Pediatría Cuidados Moderados

- Motivo de la demanda

Evaluación de una situación de Sospecha de Maltrato Infantil.

- Datos personales del sujeto/entrevistado

. Apellido y Nombre: L.A.A.

. Edad: 9 años.

. Fecha de Nacimiento: 14/01/2003.

. DNI: ----------

. Obra Social: OSPA-----

. Domicilio actual: 25 de mayo n° XXXX.

. Barrio: “Las Avenidas”.

. Localidad: Mar del Plata.

. Establecimiento Educativo de referencia: Instituto “----------”//tel: 495-3XXX.

. Centro de Salud de referencia: “Clínica Colon”.

El niño ingresa en ambulancia por Guardia del HIEMI, derivado del establecimiento educativo donde concurre, acompañado por la maestra de grado la Sra. B.G., el día 24 de octubre del 2012. Se decide su internación en el Sector de Pediatría Cuidados Moderados A (habitación XXX), con diagnóstico presuntivo de ingreso: “Sospecha de Maltrato Infantil”.

Observaciones: Los datos vertidos corresponden al sujeto-objeto de intervención.

Grupo Familiar Conviviente:

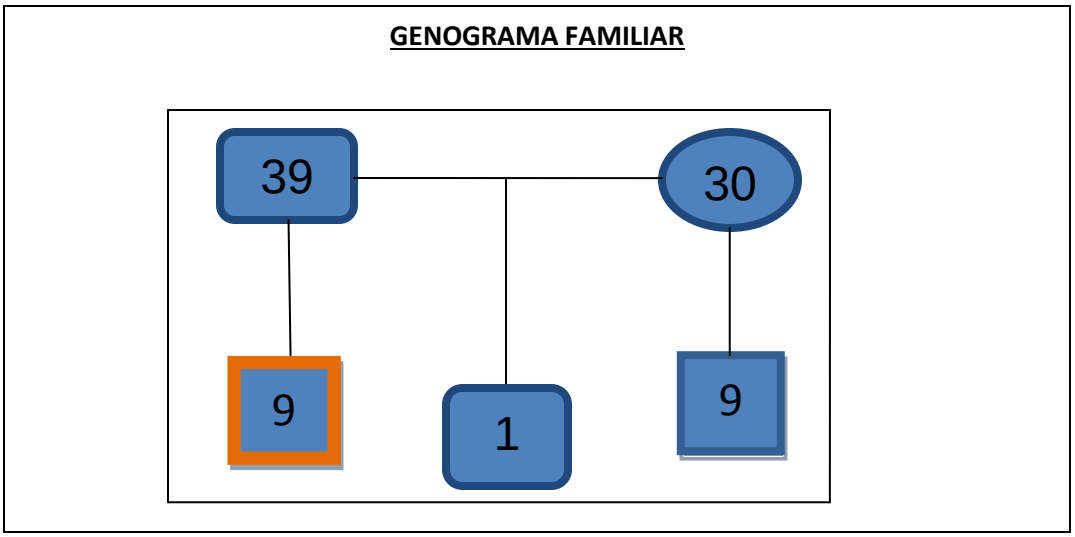
VINCULO	NOMBRE Y APELLIDO	EDAD	OCUPACIÓN	DOMICILIO
Padre	L.O.I	39 años	Capitán de barco	Calle 25 de mayo n° XXX
Pareja del padre	G.R.	30 años	Empleada de comercio	Calle 25 de mayo n° XXX
Hijo de la pareja del padre del paciente	R.T.	9 años	Escolarizado	
Hermano paterno	L.J.	1 año		Calle 25 de mayo n° XXX

Observaciones:

Se deja constancia que el padre del paciente y su pareja mantienen una relación desde hace aproximadamente 4 años.

El padre del paciente, durante el proceso de internación del menor, se encontraba embarcado, debido a su labor como capitán de barco.

Genograma



Grupo familiar no conviviente:

VINCULO	NOMBRE Y APELLIDO	EDAD	OCUPACIÓN	DOMICILIO
Madre	D.L.	28 años	Ama de casa	Calle Alberti n° XXX
Pareja de la madre	G.G.	Se desconoce		Calle Alberti n° XXX
Hermano materno	D.B.	11 años	Escolarizado.	Calle Alberti n° XXX
Hermano materno	D.T.	7 años	Escolarizado.	Calle Alberti n° XXX
Hermano materno	D.S.	5 años	Escolarizado.	Calle Alberti n° XXX
Hermano materno	G.B.	3 años		Calle Alberti n° XXX
Hermano materno	G.K.	1 año		Calle Alberti n° XXX

Se deja constancia que la madre del paciente y su pareja mantienen una relación hace aproximadamente 4 años.

Abuela materna	D.M.	53 años	Empleada domestica	Calle Rejón n° XXX
Tío materno	D.A.	24 años	Pensionado	Calle Rejón n° XXX
Abuela paterna	S.R.	61 años	Ama de casa	Calle Unamuno n° XXX
Abuelo paterno	S.J.	65 años	Pensionado por discapacidad	Calle Unamuno n° XXX

- Miembros de su red personal que brindan apoyo social

Los miembros de la red personal del paciente que brindan apoyo social son su madre y la pareja de ésta.

- Descripción de la demanda

Al momento del ingreso hospitalario del menor, el mismo y su maestra de grado relatan que, el día 24 de octubre del corriente (mismo día del ingreso hospitalario), el niño se hizo presente en el establecimiento educativo donde concurre, manifestando a su maestra de grado que su progenitor lo habría golpeado la noche anterior, propiciándole un fuerte golpe en la cabeza contra un mueble, pegándole patadas y piñas en todo su cuerpo

y posteriormente le pisaría los dedos de la mano. Esta situación se desprende según manifiesta el menor, por una discusión entre el mismo y el hijo de la pareja del padre, de 9 años de edad.

Por lo expuesto y al referir el niño su malestar físico a la maestra, la misma se comunica con el servicio de emergencias contratado por el establecimiento educativo, a fin de trasladar al niño al hospital. A partir de allí, se decide su internación para su posterior evaluación por el equipo de salud.

Al mismo tiempo, el menor manifiesta, que no es la primera vez que sufre un episodio de violencia física por parte de su padre, sino que éstas situaciones son reiterados en la vida cotidiana del mismo.

Durante el proceso de internación se mantuvo entrevista con la madre del paciente, de la cual surge lo siguiente:

. Que el niño se encuentra conviviendo con su padre desde el año y medio de vida, actualmente posee la tenencia legar de su hijo, a su vez manifiesta que mientras el padre del menor se encuentra embarcado, el mismo se va a dormir a su casa.

. Que el menor de encuentra en tratamiento psiquiátrico y psicológico en instituto privado de la ciudad, hace aproximadamente 3 años.

. Que posee un buen vínculo con su hijo, no aportando mas referencias.

. Que se comunicó telefónicamente con el Sr. L.O.I., padre del paciente, a fin de informarle que su hijo se encontraba internado en el hospital, manifestando éste que regresará a tierra dentro de 10 días y haciéndola responsable a ella durante el proceso de internación del menor. Además, expresa despreocupación por el estado de salud de su hijo.

. Que el niño le manifestó hace aproximadamente 3 meses que su padre le habría apoyado una mano arriba de la hornalla de la cocina, propiciándole una importante quemadura a su hijo, por haber agarrado sin permiso $5. El niño expreso lo ocurrido a su psicóloga, su madre y miembros del establecimiento educativo al cual concurre. Según referencia materna, el progenitor habría obligado al niño a mentir respecto al origen de la lesiona, argumentando que se había quemado con una parrilla en un asado. Se deja constancia que la madre del paciente de realizo las curaciones pertinentes a su hijo, sin concurrir a ningún Centro Asistencial de Salud.

. Que el niño le manifiesta reiterados episodios de violencia física por parte de su padre, expresando que su padre es “muy agresivo solo con él” y que la pareja de su padre, la Sra. G.R., “no lo quiere”.

De la entrevista que se mantuvo con abuela paterna del paciente, la Sra. S.R., surge:

. Que el niño se encuentra a su cuidado desde que tenía un año de vida hasta los 7 años del mismo, momento en el que Sr. L.O.I., padre del paciente, se pone en pareja con la Sra. G.R., y deciden que el niño se vaya a vivir con su padre y su nueva pareja.

. Que el niño posee un vínculo conflictivo con la pareja de su progenitor y su hijo de 9 años de edad.

. Que actualmente el progenitor del niño se encuentra separado de su pareja, madre de su hijo menor, de 1 año de edad.

. Que el Sr. L.O.I., tiene pensado vivir con su hijo en la casa del fondo de la abuela paterna del paciente, sito en la calle Unamuno n° XXX, de la ciudad de Mar del Plata.

. Que el motivo de separación del Sr. L.O.I., y la Sra. G.R., es por la conflictiva persistente entre el paciente, la Sra. G.R., y su hijo de 9 años de edad, ya que estos últimos le “llenan la cabeza a su padre en contra del paciente”.

. Que en algunas ocasiones el niño le manifestó que su padre lo maltrataba físicamente “pegándole cachetadas”, observándose durante el proceso de la entrevista, la naturalización de las situaciones de violencia física.

. Que el niño se encuentra en tratamiento psicológico desde los 4 años de edad.

. La Sra. S.R., abuela paterna manifiesta que el niño tiene madre y padre, motivo por el cual no tiene intenciones de hacerse cargo del cuidado del niño, argumentando que lo tuvo con ella los primeros 7 años de vida.

De la entrevista mantenida con la Sra. G.R., pareja del padre del paciente, surge:

. Que hace 4 años se encuentra en pareja con el Sr. L.O.I., padre del paciente, pero que estuvieron un año separados, y hace 4 meses aproximadamente que esta juntos de nuevo, “pero que la relación ya no es como antes”.

. Que el motivo de la separación fue por el mal comportamiento de su hijo L.A.A. y las fuertes discusiones que había entre ambos, por esa cuestión.

. En relación al episodio que desencadenó en la internación del menor, manifiesta que esa noche ella se encontraba trabajando y que no presenció el episodio, que luego el niño se fue a lo de su madre y al otro día la misma lo llevo a la escuela. Cabe aclarar que esa

noche luego del episodio, el padre del paciente se embarcó, por lo que no se puedo mantener entrevista con el mismo.

- Objetivos de la intervención

. Evaluar la situación socio-familiar del paciente y su grupo familiar al ingreso hospitalario.
. Identificar factores de riesgo presentes en la situación problema.
. Informar la situación socio-familiar actual del paciente y su grupo familiar al Sistema de Protección.
. Aplicación del Protocolo de Maltrato al ingreso del paciente al Hospital.
. Asegurar un contexto de protección para el menor de edad e implementar las normativas legales correspondientes.
. Evaluar la instrumentación de un dispositivo de egreso que garantice el bienestar del paciente.
. Brindar contención y acompañamiento al paciente y su grupo familiar durante el proceso de internación.

- Intervenciones realizadas desde el servicio social durante el proceso de internación:

. Entrevista a miembros de la red familiar para evaluar la posibilidad de acompañar en el cuidado del niño.
. Reunión con el Equipo de Salud para evaluar la situación y sugerir un dispositivo de egreso que garantice el bienestar del paciente.
. Comunicación telefónica con Establecimiento Educativo de referencia.
. Lectura de la Historia Clínica.
. Lectura de la Denuncia Policial realizada en la Comisaria de la Mujer y la Familia el día 24/10/2012 por maestra del paciente en el establecimiento educativo al cual concurre.
. Derivación al Sistema de Protección.
. Se brinda contención y acompañamiento al paciente.

- Aproximación diagnóstica

Se visualiza que el menor se encuentra expuesto a múltiples factores de riesgo que dificultan su bienestar y normal desarrollo.

Se detecta relato confuso y contradictorio de los diferentes miembros del grupo familiar, en lo que respecta a la tenencia del niño, desde su nacimiento hasta la actualidad.

Se identifica naturalización de la violencia física explicita hacia el niño, ejercida por su progenitor, por parte de la red familiar del menor; así como también escasos signos de alarma de su progenitora, ante los episodios de violencia física expresados en reiteradas oportunidades por su hijo.

- Evaluación

Se logro entrevistar a los miembros de la red familiar, lo que permitió identificar diferentes factores de riesgo que ponen en peligro el crecimiento y desarrollo del menor, así como aquellos miembros capaces de acompañar en el cuidado del niño al egreso hospitalario.

Se realizó articulación con otras instituciones, hecho que posibilitó la instrumentación de un dispositivo de egreso que garantice el bienestar del niño.

A.5) REFLEXIONES SOBRE LAS SITUACIONES ABORDADAS

Durante la presente tesis se ha decidió sistematizar la intervención de 3 casos sociales individuales abordados durante la experiencia de campo en el Sector de Pediatría Cuidados Moderados A del Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil “Victorio Tetamanti”. Sin embargo dejo constancia que durante dicho proceso se ha intervenido en un número mayor de situaciones de Maltrato Infantil, decidiéndose sistematizar solo alguno de ellos.

Tanto de las intervenciones sistematizadas como de las demás abordadas durante el trabajo de campo institucional he podido realizar un análisis de diferentes puntos a tener en cuenta durante su abordaje en lo que respecta al trabajo con el paciente y su grupo familiar durante el proceso de internación, lo profesional y a lo institucional, siendo criterios comunes entre la mayoría de las situaciones abordadas.

Ante todo, se destaca la importancia de concebir al niño como un sujeto pleno de derecho, priorizando el interés superior de la niña, niño y adolescente, siendo este el pilar principal a tener en cuenta al momento de iniciar toda intervención profesional. Así mismo, es necesario comprender el rol fundamental que cumple la familia como responsable, en forma prioritaria, de asegurar a las niñas, niños y adolescentes el disfrute pleno y el efectivo ejercicio de sus derechos y garantías.

A partir del trabajo con las familias durante las intervenciones realizadas en situaciones de maltrato infantil durante el trabajo de campo institucional, se observa que en su mayoría las mismas presentan ciertas características en común relacionadas con las formas de vincularse y relacionarse entre sus miembros, siendo el mismo conflictivo; con el ejercicio de la autoridad por parte del rol paterno siendo el que impone las normas dentro del hogar; la naturalización de la violencia por parte de todo el grupo familiar. Estos criterios alcanzan un gran nivel de importancia al momento de evaluar una situación de maltrato, destacándose que suelen ser más relevantes que las condiciones socioeconómicas del grupo familiar, teniendo en cuenta que el Maltrato Infantil, es una problemática que no discrimina ya que puede ocurrir independientemente del nivel socioeconómico del paciente, atravesando todas las capas sociales y culturales.

Así mismo, se puede apreciar un denominador común observado durante dichas intervenciones, basado en la situación de vulnerabilidad en la que se encuentran el paciente y su grupo familiar, por el miedo que sienten de atravesar esta situación debido al quiebre que se produce dentro del seno familiar al visibilizarse una situación de maltrato. También se visualizan las dificultades y temores que presenta la familia ampliada ante la posibilidad de acompañar al grupo familiar primario durante el proceso de internación así como también ante la posibilidad de hacerse responsables del cuidado de los niños en caso que así se requiera.

A nivel profesional, me parece importante mencionar la difícil tarea de trabajar de forma interdisciplinaria. Ante el abordaje de esta problemática, como es el Maltrato Infantil se requiere del trabajo interdisciplinario por parte del Equipo de Salud para el abordaje integral del paciente y su grupo familiar. Sin embargo es importante mencionar que muchas veces se presentan dificultades al momento de realizar la articulación con las distintas disciplinas que intervienen desde el ámbito hospitalario, por lo cual el trabajo interdisciplinario se torna dificultoso. De igual forma, cabe destacar que al menos se intenta trabajar de ese modo ante éstas situaciones.

A su vez, resulta importante tener en cuenta e indagar qué nos ocurre a nosotros como profesionales, ante el conocimiento, la revelación o la visualización de una situación de maltrato infantil. Se rescata la posibilidad de reflexionar en forma anticipatoria acerca de situaciones impactantes y conocer los elementos que componen estas situaciones, lo cual nos puede ayudar a afrontarlas. A su vez, el profesional debe estar preparado teórico y metodológicamente para poder asumir el abordaje frente a éstas situaciones a fin de no sufrir diferentes reacciones como parálisis o susto; reacciones que pueden dificultar una ulterior intervención. Tiene que haber un profundo reconocimiento de hasta dónde uno puede enfrentarse con esta temática y si uno puede y piensa que puede hacerlo, lo que hay que hacer en forma inmediata es capacitarse.

Considero que todo profesional que intervenga en este tipo de situaciones traumáticas, debe poder contar con la posibilidad de realizar supervisiones tanto individuales como grupales en la institución donde se desempeña a fin de poder liberar tensiones, intercambiar experiencias, reconocer fortalezas y debilidades, entre otras.

El profesional al momento de comenzar con la intervención debe ponerse en el lugar de la otra persona, debe abordar el proceso desde un rol objetivo dejando de lado los prejuicios, debe lograr una empatía con el paciente y su grupo familiar y colocarse en un lugar de comprensión para con la situación por la que atraviesan, intentando generar un vinculo o relación de confianza y comunicación para poder conocer la situación. En este sentido, retomo lo planteado por San Giacomo, quien sostiene que no basta con que el profesional disponga de un acervo teórico y metodológico amplio, sino que se requiere un vínculo de comunicación en cuyo marco se pueda resolver un proceso de conocimiento de los actos humanos realizados.

A nivel institucional, debe tenerse en cuenta que se trabaja en una institución especializada centrada en una determinada población, en este sentido, materno-infantil, y desde lo agudo, es decir es un hospital destinado al diagnostico, tratamiento y prevención de enfermedades de comienzo brusco y/o evolución breve durante el proceso de internación para luego ser derivado en caso que así lo requiera, a un centro de menor complejidad.

En base a esto y teniendo presente que el hospital es un organismo público de salud, el mismo tiene fundamental trascendencia e importancia en la intervención de situaciones de Maltrato Infantil, por lo cual establece para su abordaje un Protocolo de Maltrato Infantil, implementado al momento del ingreso hospitalario del paciente. Luego de las intervenciones realizadas por el Equipo de Salud en el ámbito hospitalario y en caso de que la situación lo amerite, se realizará su posterior derivación al Sistema de Protección teniendo en cuenta que el hospital como efector de salud no dispone de herramientas u otros mecanismos como para implementar normativas legales según corresponda e instrumentar un dispositivo de egreso y seguimiento sobre la situación.

A partir de allí, se destaca la importancia de trabajar de forma interinstitucional, siendo también éste un elemento fundamental al momento de abordar una situación de Maltrato Infantil.

El rol del trabajador social es fundamental en el abordaje del Maltrato Infantil, sin embargo éste no puede desarrollar solo su abordaje, por lo cual se recalca la importancia de trabajar en equipo logrando que todas las disciplinas que lo conformen intervengan en función de un objetivo en común, en este caso es pos de lograr la protección de los

derechos del niño, niña y adolescente víctima del Maltrato Infantil contribuyendo a generar su desarrollo integral.

VII) CONCLUSIÓN

La salud es considerada un tema complejo, cuyo abordaje requiere de una base científica, tecnológica y humanitaria, que se adquiere con la formación, experiencia y vocación de los profesionales de la salud.

Es necesario abordar las problemáticas de salud desde una perspectiva integral de hombre, sujeto de su propia vida y salud, dado que las dificultades sanitarias que hoy enfrentamos no se resuelven exclusivamente desde la medicina, sino desde la interacción, articulación e intervención de las diferentes disciplinas.

La incumbencia profesional del trabajador social tiene como objetivo principal la vida cotidiana de las personas y sus lazos sociales, siendo este el hilo conductor de su intervención.

El ejercicio profesional del trabajador social en relación a la problemática del maltrato infantil estará fundamentado y orientado en la utilización de una serie de conocimientos, herramientas y estrategias teórico-metodológicas tendientes a proteger a aquellos niños, niñas y adolescentes víctimas de esta situación.

En pos del mismo, y a fin de realizar un abordaje integral de la situación desempeñará su intervención de forma interdisciplinaria en conjunto con otras disciplinas dentro del ámbito hospitalario. Así mismo dicha intervención debe estar sujeta a considerar al niño como sujeto de derecho priorizando el interés superior del mismo, trabajando conjuntamente con el paciente y su grupo familiar.

La intervención propiamente dicha en este tipo de problemática, por parte del profesional en Trabajo Social, así como también del resto de los profesionales que se desempeñan en el área de la salud y abordan esta situación de forma interdisciplinaria, les exige tomar conciencia de la temática y estar preparado para enfrentar esa situación indeterminada y confusa, que manifiesta en sí múltiples interrogantes.

En síntesis, las intervenciones llevadas a cabo por el equipo de salud se corresponden con el fin de garantizar al egreso hospitalario del niño, niña o adolescente, su bienestar psico-físico, su cuidado, contención y acompañamiento necesario para su normal crecimiento y desarrollo.

VIII) BIBLIOGRAFÍA

- **ANDER EGG, E. Y FOLLARI, R**. (1988) "**Trabajo social e interdisciplinariedad**". Ed. Humanitas. Buenos Aires.

- **AGUILAR IDAÑEZ, M. J.** (1980) "Introducción a la supervisión". Ed. Lumen. Buenos Aires.

- **BARRERA FERNÁNDEZ, J**. (1997) "**La supervisión en Trabajo Social**". Ed. Paidós. Primera Edición.

- **BRINGIOTTI, M.I.** (2000) Cap. 2 "**Maltrato infantil. Representaciones. Formas que adopta. Factores de riesgo. El problema a nivel mundial" en "La escuela ante los niños maltratados**". Ed. Paidos. Buenos aires.

- **BRINGIOTTI, M.I.** (2005) "**Las familias en "situación de riesgo" en los casos de violencia familiar y maltrato infantil**". Número especial Familias en Situación de Riesgo. Volumen 14.

- **BRINGIOTTI, M.**I. (1999) "**Maltrato Infantil. Factores de riesgo físico en la población infantil**". Miño y Dávila Editores. Madrid-Buenos Aires.

- **CARBALLEDA, A.J.M. Y BARBARENA, M**. "**Trabajo Social, Política Social y Salud**".

- **CARBALLEDA, A.J.M. Y BARBARENA, M**. "**Trabajo Social y Salud**". FALTA FECHAAAA

- **CASTELLANOS, B**. Ficha de cátedra "La relación de supervisión en servicio social". Supervisión. Año de cursada 2012.

- **DE ROBERTIS, C**. (1998) "**Metodología de la Intervención en Trabajo Social**". Ed. El ateneo. Buenos Aires.

- **GAGNETEN, M. M.** (1989) "**Hacia una metodología de sistematización de la práctica**". Ed. Humanitas. Buenos Aires.

- **GAMBARTE PAZ, P.S.** (2012) "**Violencia infantil intrafamiliar. Un estudio de casos acerca de las características que asume el habitus de niños en situación de**

maltrato infantil intrafamiliar desde el Trabajo Social". Revista margen n° 65. Julio 2012.

- **GIBERTI, E.- GARAVENTA, J.- LAMBERTI, S.** (2005) "**Vulnerabilidad, desvalimiento y maltrato infantil en las organizaciones familiares**". Ed. Novedades Educativas. Buenos Aires. 1ra. Edición.

- **GIRIBUELA, W. Y NIETO, F.** (2009) "**El informe social como genero discursivo. Escritura e intervención profesional**". Ed. Espacio. Buenos Aires.

- **GLASER, D. Y FROSH, S.** (1997) "**Abuso sexual de niños**". Ed. Paidós. Primera Edición.

- **GRIMBERG, M.** (1992) "**El proceso Salud-Enfermedad-Atención**". Departamento de Antropología. Facultad de Filosofía y Letras. Universidad de Buenos Aires. Documento de Trabajo.

- **HAMILTON, G.** (1982) "**Teoría y Práctica del Trabajo Social de Casos**". Ed. La Prensa Mexicana.

- **HOSPITAL DE NIÑOS DE BUENOS AIRES "RICARDO GUTIÉRREZ**". (1999) "**Guía de diagnóstico y tratamiento**". Tomo 2 Maltrato Infantil. Asociación de Profesionales del Hospital de Niños "Ricardo Gutiérrez". Buenos Aires.

- **INTEBI, V. I.** (1998) "**Abuso sexual infantil: En las mejores familias**". Ediciones Granica S.A.

- **INTEBI, V. I.** (1999) "**Intervención en casos de maltrato infantil**". Colección documentos técnicos. Gobierno de Cantabria.

- **KADUSHIN, A.** (1974) "**La entrevista en Trabajo Social**". Ed. Textos Contemporáneos. México.

- **LAMBERTI - SÁNCHEZ - VIAR (COMPILADORES**). (1998) "**Violencia familiar y abuso sexual**". Ed. Universidad. Buenos Aires.

- **LLOYD DEMAUSE** (1974). **"La evolución de la infancia"**. New York. Fuente en español: antipsiquiatría.org

- **MENÉNDEZ, E.L.** (1988) "**Modelo medico hegemónico y atención primaria**". Segundas jornadas de Atención Primaria de la Salud. Buenos Aires.

- **MONTES, T-PASTOR ALDEGURER, V- DIAZ FERNÁNDEZ, J.L.** (1997) "**Manual de Gestión Hospitalaria**". 2da. Edición.

- **MORIN, E.** (1994) "**Introducción al pensamiento complejo**" Ed. Gedisa. S.A.

- **PERLMAN, H.** (1980) "**El trabajo Social Individualizado**". Ed. Rialp. Madrid.

- **PERRONE R. Y NANNINI M.** (2000) "**Violencia y abusos sexuales en la familia. Un abordaje sistémico y comunicacional**". Ed. Paidós. Buenos Aires.

- **PODESTA, M. Y ROVEA, O.** (2003) "**Abuso sexual infantil intrafamiliar. Un abordaje desde el Trabajo Social**". Ed. Espacio. Buenos Aires.

- "**PROTOCOLO PARA LA DETECCIÓN E INTERVENCIÓN EN SITUACIONES DE MALTRATO INFANTIL DESDE EL SISTEMA DE SALUD**". Provincia de Buenos Aires. Áreas políticas de género. Programa provincial de prevención y atención de la violencia familiar y de género. Subsecretaria de coordinación y atención de la salud.

- **ROZAS PAGAZA, M.** (1998) "**Una perspectiva teórica-metodológica de la intervención en Trabajo social**". Ed. Espacio. Buenos Aires.

- **RICHMOND, M.** (1962) "**Caso Social Individual**". Ed. Humanitas. Buenos Aires.

- **SAN GIÁCOMO, O.** (1997) "**Construcción del objeto y comunicación racional**", en Di Carlo, E. y Equipo, "Papeles Científicos de Trabajo Social. Trabajo Social profesional: el método de la comunicación racional". Ed. Humanitas. Buenos Aires.

- **SANDOVAL ÁVILA, A.** (2001) "**Propuesta metodológica para sistematizar la práctica profesional del Trabajo social**". Ed. Espacio. Buenos Aires.

- **SANZ, D. Y MOLINA, A.** (1999) "**Violencia y abuso en la familia**". Ed. Lumen/Humanitas. Buenos Aires.

- **STOLKINER, A.** (1999) "**La interdisciplina: entre la epistemología y las prácticas**". Revista Campo Psi-Revista de información especializada. Año 3, nº 10. Rosario.

- **TAYLOR, S.J. Y BODGAN, R.** "**Introducción a los Métodos Cualitativos de Investigación**". Ed. Paidós. Capitulo: 3.

- **TEUBAL, R. Y COLABORADORES.** (2001)"**Violencia familiar, trabajo social e instituciones**". Ed. Paidós. Buenos Aires.

- **TONON, G.** (2001) "**Maltrato infantil intrafamiliar. Una propuesta de intervención**". Ed. Espacio. Buenos Aires.

- **VELEZ RESTREPO, O. L.** (2003) "**Reconfigurando el Trabajo Social. Perspectivas y tendencias contemporáneas**". Ed. Espacio. Buenos Aires.

- **VOLNOVICH, J.** (2006) "**Abuso sexual en la infancia 2: campo de análisis e intervención**". Ed. Lumen/Humanitas.

Sitios web consultados

- www.ms.gba.gov.ar/sitios/violencia/files/2012/11/protocolo-deteccion-asistencia-maltrato-infantil.pdf "Protocolo para la detección e intervención en situaciones de maltrato infantil desde el sistema de salud".

- www.asapmi.org.ar

- www1.paho.org/spanish/ad/fch/ca/si-maltrato.pdf "Bibliografía sobre abuso o maltrato infantil".

- http://www.margen.org/suscri/margen56/guerrini.pdf "La intervención con familias desde el Trabajo Social".

- http://www.scielo.br/pdf/tce/v14nspe/a09v14nspe.pdf "Las familias en situación de riesgo" en los casos de violencia familiar y maltrato infantil.

- http://www.margen.org/wp/?p=515 " Maltrato Infantil: intervención profesional del Trabajador social".

- http//www.inau.gub.uy/biblioteca/arruabarrenacorregido.pdf "Maltrato a los niños en la familia: evolución y tratamiento".

- http: //paho.org/spanish/HDP/HDW/Propuesta_Indicadores_OPS. pdf. ”Propuesta de Indicadores Básicos para el Monitoreo de la situación de Salud de las Mujeres”.

- www.psicologiadelasalud.com.ar- Articulo: “El Modelo Biopsicosocial”. Dra. Laham Mirta.

- http://www.unicef.org/argentina/spanish/Cuadernillo_Ley_13298.pdf

- www.pensamientocomplejo.com.ar “Interdisciplina. Artes y riesgos del Arte Dialógico”. Denise Najmanovich

Marco legal consultado

- Ley 23.849. Convención sobre los derechos del niño.

- Ley Nacional nº 26.061 de Protección integral de los derechos de las niñas, niños y adolescentes.

- Ley Nacional nº 24.417 Protección contra la violencia familiar.

- Ley Provincial nº 12.569 de Violencia familiar.

- Ley Provincial nº 13.298 de la promoción y protección integral de los derechos de los niños.

IX)

ANEXO

- **<u>LEY 26.061 DE PROTECCION INTEGRAL DE LOS DERECHOS DE LAS NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES</u>**

TITULO I

DISPOSICIONES GENERALES

Articulo 1° - Objeto.

Esta ley tiene por objeto la protección integral de los derechos de las niñas, niños y adolescentes que se encuentren en el territorio de la República Argentina, para garantizar el ejercicio y disfrute pleno, efectivo y permanente de aquellos reconocidos en el ordenamiento jurídico nacional y en los tratados internacionales en los que la Nación sea parte.

Los derechos aquí reconocidos están asegurados por su máxima exigibilidad y sustentados en el principio del interés superior del niño.

La omisión en la observancia de los deberes que por la presente corresponden a los órganos gubernamentales del Estado habilita a todo ciudadano a interponer las acciones administrativas y judiciales a fin de restaurar el ejercicio y goce de tales derechos, a través de medidas expeditas y eficaces.

Artículo 2° - Aplicación obligatoria.

La Convención sobre los Derechos del Niño es de aplicación obligatoria en las condiciones de su vigencia, en todo acto, decisión o medida administrativa, judicial o de cualquier naturaleza que se adopte respecto de las personas hasta los dieciocho años de edad. Las niñas, niños o adolescentes tienen derecho a ser oídos y atendidos cualquiera sea la forma en que se manifiesten, en todos los ámbitos.

Los derechos y las garantías de los sujetos de esta ley son de orden público, irrenunciables, interdependientes, indivisibles e intransigibles.

Artículo 3° - **Interés superior.**

A los efectos de la presente ley se entiende por interés superior de la niña, niño y adolescente la máxima satisfacción, integral y simultánea de los derechos y garantías reconocidos en esta ley.

Debiéndose respetar:

a) Su condición de sujeto de derecho;

b) El derecho de las niñas, niños y adolescentes a ser oídos y que su opinión sea tenida en cuenta;

c) El respeto al pleno desarrollo personal de sus derechos en su medio familiar, social y cultural;

d) Su edad, grado de madurez, capacidad de discernimiento y demás condiciones personales;

e) El equilibrio entre los derechos y garantías de las niñas, niños y adolescentes y las exigencias del bien común;

f) Su centro de vida. Se entiende por centro de vida el lugar donde las niñas, niños y adolescentes hubiesen transcurrido en condiciones legítimas la mayor parte de su existencia.

Este principio rige en materia de patria potestad, pautas a las que se ajustarán el ejercicio de la misma, filiación, restitución del niño, la niña o el adolescente, adopción, emancipación y toda circunstancia vinculada a las anteriores cualquiera sea el ámbito donde deba desempeñarse.

Cuando exista conflicto entre los derechos e intereses de las niñas, niños y adolescentes frente a otros derechos e intereses igualmente legítimos, prevalecerán los primeros.

Artículo 7° - Responsabilidad familiar.

La familia es responsable en forma prioritaria de asegurar a las niñas, niños y adolescentes el disfrute pleno y el efectivo ejercicio de sus derechos y garantías.

El padre y la madre tienen responsabilidades y obligaciones comunes e iguales en lo que respecta al cuidado, desarrollo y educación integral de sus hijos.

Los Organismos del Estado deben asegurar políticas, programas y asistencia apropiados para que la familia pueda asumir adecuadamente esta responsabilidad, y para que los padres asuman, en igualdad de condiciones, sus responsabilidades y obligaciones.

- **LEY Nº 24.417 PROTECCIÓN CONTRA LA VIOLENCIA FAMILIAR**

Artículo 1º: Toda persona que sufriese lesiones o maltrato físico o psíquico por parte de alguno de los integrantes del grupo familiar podrá denunciar estos hechos en forma verbal o escrita ante el juez con competencia en asuntos de familia y solicitar medidas cautelares conexas. A los efectos de esta ley se entiende por grupo familiar el originado en el matrimonio o en las uniones de hecho.

Artículo 2º: Cuando los damnificados fuesen menores o incapaces, ancianos o discapacitados, los hechos deberán ser denunciados por sus representantes legales y/o el ministerio público. También estarán obligados a efectuar la denuncia los servicios asistenciales sociales o educativos, públicos o privados, los profesionales de la salud y todo funcionario público en razón de su labor. El menor o incapaz puede directamente poner en conocimiento de los hechos al ministerio público.

- **LEY Nº 12.569 VIOLENCIA FAMILIAR**

CAPÍTULO I

Artículo 1.- A los efectos de la aplicación de la presente Ley se entenderá por violencia familiar, toda acción, omisión, abuso que afecte la integridad física, psíquica, moral, sexual y/o libertad de una persona en el ámbito del grupo familiar, aunque no configure delito.

Artículo 2.- Se entenderá por grupo familiar al originado en el matrimonio o en las uniones de hecho, incluyendo a los ascendientes, descendientes, colaterales y/o consanguíneos y a convivientes o descendientes directos de algunos de ellos.

La presente Ley también se aplicará cuando se ejerza violencia familiar sobre la persona con quien tenga o haya tenido relación de noviazgo o pareja o con quien estuvo vinculado por matrimonio o unión de hecho.

Artículo 3.- Las personas legitimadas para denunciar judicialmente son las enunciadas en los artículos 1° y 2° de la presente Ley, sin necesidad del requisito de la convivencia constante y toda persona que haya tomado conocimiento de los hechos de violencia. La denuncia podrá realizarse en forma verbal o escrita.

Artículo 4.- Cuando las víctimas fueran menores de edad, incapaces, ancianos o discapacitados que se encuentren imposibilitados de accionar por sí mismo, estarán obligados hacerlo sus representantes legales, los obligados por alimentos y/o el Ministerio Público, como así también quienes se desempeñan en organismos asistenciales,

educativos, de salud y de justicia y en general, quienes desde el ámbito público o privado tomen conocimiento de situaciones de violencia familiar o tengan sospechas serias de que puedan existir. La denuncia deberá formularse inmediatamente.

En caso de que las personas mencionadas precedentemente incumplan con la obligación establecida el Juez o Tribunal interviniente deberá citarlos de oficio a la causa, además podrá imponerles una multa y, en caso de corresponder, remitirá los antecedentes al fuero penal.

De igual modo procederá respecto del tercero o superior jerárquico que por cualquier medio, obstaculizara o impidiera la denuncia.

- **PROTOCOLO PARA LA DETECCIÓN, ASISTENCIA Y NOTIFICACIÓN DEL MALTRATO INFANTIL EN LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES**

MARCO LEGISLATIVO

Normativa básica sobre protección de niñas, niños y adolescentes

Además de existir razones sociales y éticas que nos hacen responsables a todos los ciudadanos en la protección infantil, existen razones legales que establecen el deber y la obligación de detectar y comunicar cualquier situación que afecte al bienestar de las niñas, niños y adolescentes.

Normativa internacional

Tanto la «Declaración de los Derechos del Niño de 1959», como la «Convención de los Derechos del Niño de 1989», contemplan el derecho de los niños a ser protegidos contra toda forma de abandono, crueldad y explotación, reafirmando la necesidad de proporcionarles cuidado y asistencia especiales por razón de su vulnerabilidad.

Normativa nacional

La Convención de los Derechos del Niño está incorporada a la Constitución Nacional desde el año 1994. Los artículos relacionados directamente con el tema que nos ocupa son los siguientes:

Artículo 3:

Inc.1) En todas las medidas concernientes a los niños que tomen las instituciones públicas o privadas de bienestar social, los tribunales, las autoridades administrativas o

los órganos legislativos, una consideración primordial a que se atenderá será el interés superior del niño.

Inc.3) Los Estados Partes se asegurarán de que las instituciones, servicios y establecimientos encargados del cuidado o la protección de los niños cumplan las normas establecidas por las autoridades competentes, especialmente en materia de seguridad, sanidad, número y competencia de su personal, así como en relación con la existencia de una supervisión adecuada.

Artículo 12:

Inc.1) Los Estados Partes garantizarán al niño que esté en condiciones de formarse un juicio propio el derecho de expresar su opinión libremente en todos los asuntos que afectan al niño, teniéndose debidamente en cuenta las opiniones del niño, en función de la edad y madurez del niño.

Inc.2) Con tal fin, se dará en particular al niño oportunidad de ser escuchado, en todo procedimiento judicial o administrativo que afecte al niño, ya sea directamente o por medio de un representante o de un órgano apropiado, en consonancia con las normas de procedimiento de la ley nacional.

Artículo 19:

Inc.1) Los Estados Partes adoptarán todas las medidas legislativas, administrativas, sociales y educativas apropiadas para proteger al niño contra toda forma de perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, incluido el abuso sexual, mientras el niño se encuentre bajo la custodia de los padres, de un representante legal o de cualquier otra persona que lo tenga a su cargo.

Inc.2) Esas medidas de protección deberían comprender, según corresponda, procedimientos eficaces para el establecimiento de programas sociales con objeto de proporcionar la asistencia necesaria al niño y a quienes cuidan de él, así como para otras formas de prevención y para la identificación, notificación, remisión a una institución, investigación, tratamiento y observación ulterior de los casos antes descritos de malos tratos al niño y, según corresponda, la intervención judicial.

- **Ley de protección integral de los derechos de las niñas, niños y adolescentes nº 26.061**

Artículo 14: Derecho a la salud: Los Organismos del Estado deben garantizar:

a) El acceso a servicios de salud, respetando las pautas familiares y culturales reconocidas por la familia y la comunidad a la que pertenecen siempre que no constituyan peligro para su vida e integridad;

b) Programas de asistencia integral, rehabilitación e integración;

c) Programas de atención, orientación y asistencia dirigidos a su familia;

d) Campañas permanentes de difusión y promoción de sus derechos dirigidas a la comunidad a través de los medios de comunicación social.

Toda institución de salud deberá atender prioritariamente a las niñas, niños y adolescentes y mujeres embarazadas.

Las niñas, niños y adolescentes tienen derecho a la atención integral de su salud, a recibir la asistencia médica necesaria y a acceder en igualdad de oportunidades a los servicios y acciones de prevención, promoción, información, protección, diagnóstico precoz, tratamiento oportuno y recuperación de la salud.

Artículo 30: Deber de comunicar: Los miembros de los establecimientos educativos y de salud, públicos o privados y todo agente o funcionario público que tuviere conocimiento de la vulneración de derechos de las niñas, niños o adolescentes, deberá comunicar dicha circunstancia ante la autoridad administrativa de protección de derechos en el ámbito local, bajo apercibimiento de incurrir en responsabilidad por dicha omisión.

Inc. f) Tratamiento médico, psicológico o psiquiátrico de la niña, niño o adolescente o de alguno de sus padres, responsables legales o representantes;

<u>Normativa provincial</u>

- **Ley de violencia familiar nº 12.569/01**

Artículo 4°: Cuando las víctimas fueran menores de edad, incapaces, ancianos o discapacitados que se encuentren imposibilitados de accionar por sí mismos, estarán obligados a hacerlo sus representantes legales, los obligados por alimentos y/o el Ministerio Público, como así también quienes se desempeñan en organismos asistenciales, educativos, de salud y de justicia, y en general, quienes desde el ámbito público o privado tomen conocimiento de situaciones de violencia familiar o tengan sospechas serias de que puedan existir. La denuncia deberá formularse inmediatamente.

En caso de que las personas mencionadas precedentemente incumplan con la obligación establecida, el Juez o Tribunal interviniente deberá citarlos de oficio a la causa, además podrá imponerles una multa y, en caso de corresponder, remitirá los antecedentes al fuero penal.

Artículo 20º (parte): El Poder Ejecutivo arbitrará los medios y los recursos necesarios para el cumplimiento de los siguientes objetivos:

. Articulación de las políticas de prevención, atención y tratamiento de las Víctimas de violencia familiar.

. Crear en todos los centros de salud dependientes de la Provincia, equipos multidisciplinarios de atención de niños y adolescentes víctimas y sus familias, compuestos por un médico infantil, un psicólogo y un asistente social con formación especializada en este tipo de problemáticas. Invitar a los municipios a generar equipos semejantes en los efectores de salud de su dependencia.

Incentivar grupos de autoayuda familiar, con asistencia de profesionales expertos en el tema.

. Capacitar en todo el ámbito de la Provincia, a los agentes de salud.

Artículo 21°: Las normas procesales establecidas en esta Ley serán de aplicación, en lo pertinente a los casos contemplados en el artículo 1°, aun cuando surja la posible Comisión de un delito de acción pública o dependiente de instancia privada.

Cuando las víctimas fueren menores o incapaces, se estará a lo dispuesto en el artículo 4° de la presente.

- **Ley de la promoción y protección integral de los derechos de los niños nº 13.298/05**

Artículo 4: Se entiende por interés superior del niño la máxima satisfacción integral y simultánea de sus derechos en un marco de libertad, respeto y dignidad, para lograr el desenvolvimiento de sus potencialidades y el despliegue integral y armónico de su personalidad.

Para determinar el interés superior del niño, en una situación concreta, se debe apreciar:

a) La condición específica de los niños como sujetos de derecho.

b) La opinión de los niños de acuerdo a su desarrollo psicofísico.

c) La necesidad de equilibrio entre los derechos y garantías de los niños, y sus deberes.

d) La necesidad de equilibrio entre los derechos y garantías de los niños, y las exigencias de una sociedad justa y democrática.

En aplicación del principio del interés superior del niño, cuando exista conflicto entre los derechos e intereses de todos los niños, frente a otros derechos e intereses igualmente legítimos, prevalecerán los primeros.

Artículo 18: En cada municipio la Autoridad de Aplicación debe establecer órganos desconcentrados denominados Servicios Locales de Protección de Derechos. Serán unidades técnico operativas con una o más sedes, desempeñando las funciones de facilitar que el niño que tenga amenazados o violados sus derechos, pueda acceder a los programas y planes disponibles en su comunidad. En los casos en que la problemática presentada admita una solución rápida y que se pueda efectivizar con recursos propios, la ayuda se podrá efectuar en forma directa.

Les corresponderá a estos servicios buscar la alternativa que evite la separación del niño de su familia o de las personas encargadas de su cuidado personal, aportando directamente las soluciones apropiadas para superar la situación que amenaza con provocar la separación.

Artículo 19: Los Servicios Locales de Protección de los derechos del niño tendrán las siguientes funciones:

a) Ejecutar los programas, planes, servicios y toda otra acción que tienda a prevenir, asistir, proteger, y/o restablecer los derechos del niño.

b) Recibir denuncias e intervenir de oficio ante el conocimiento de la posible existencia de violación o amenaza en el ejercicio de los derechos del niño.

c) Propiciar y ejecutar alternativas tendientes a evitar la separación del niño de su familia y/o guardadores y/o de quien tenga a su cargo su cuidado o atención.

Artículo 37: Cuando un niño sufra amenaza o violación de sus derechos y/o sea víctima de delito, sus familiares, responsables, allegados, o terceros que tengan conocimiento de tal situación, solicitarán ante los Servicios Locales de Promoción y Protección de Derechos el resguardo o restablecimiento de los derechos afectados.

En el supuesto que se formule denuncia por ante la autoridad policial, ésta deberá ponerla de inmediato en conocimiento del Servicio de Promoción y Protección Local.

Artículo 67: Deróganse el Decreto-Ley 10.067/83 y la Ley 12.607, así como toda norma que se oponga a la presente.

- **Decreto 300/05 reglamentario de la ley 13.298.**

Artículo 20:

Inc.20.2. - Días y Horarios de funcionamiento de los Servicios Locales de Promoción y Protección de Derechos:

Los Servicios atenderán al público los días hábiles de 8:00 a 14:00 hs. Fuera de dicho horario y los días inhábiles, deberán constituir una guardia pasiva con capacidad

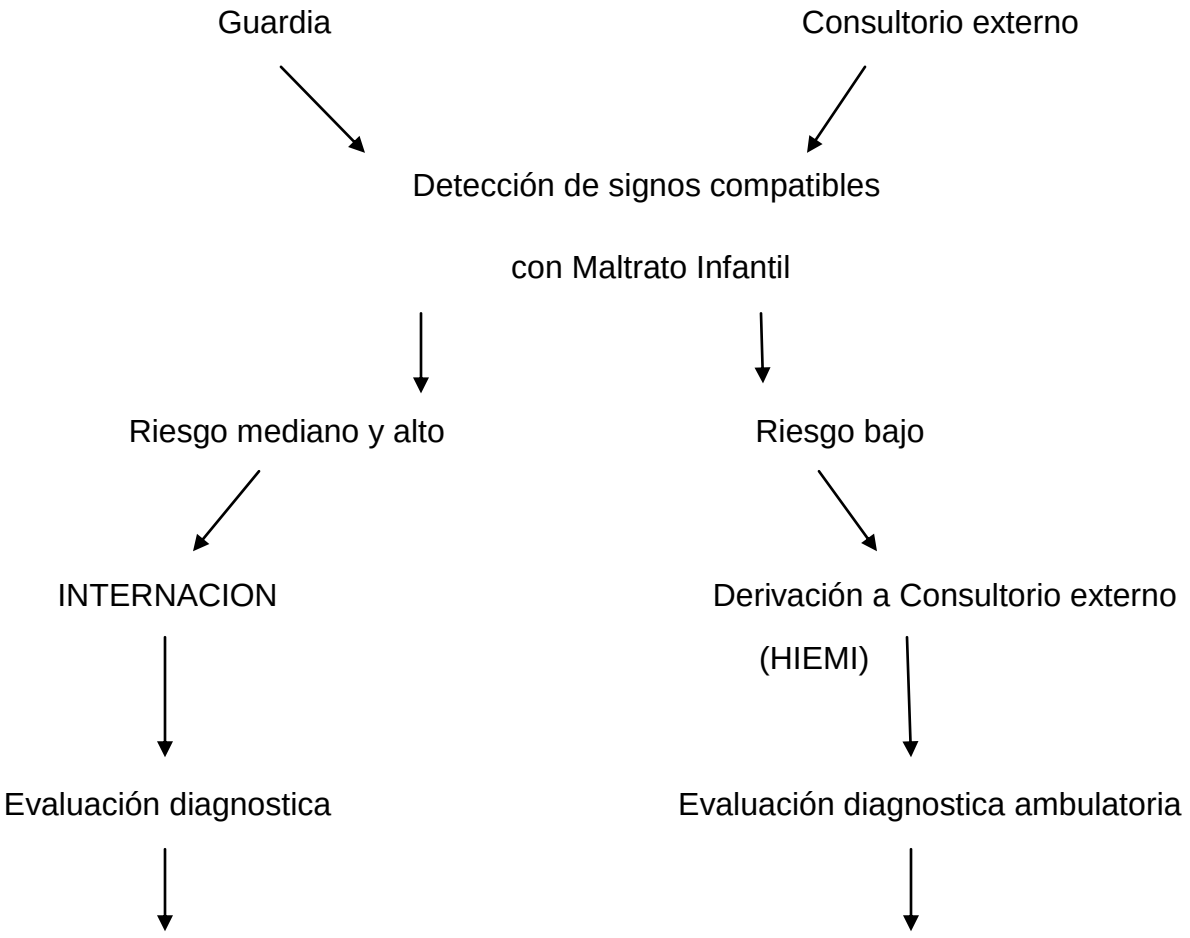
operativa suficiente como para poder dar respuesta efectiva a las situaciones que requieran inmediata atención. A estos efectos deberá ponerse en funcionamiento una línea telefónica gratuita de atención las 24 hs. En situaciones particulares de acuerdo a las características del lugar y las necesidades de su población, y con la debida fundamentación, los Servicios Locales de Protección de Derechos podrán modificar su horario de atención.

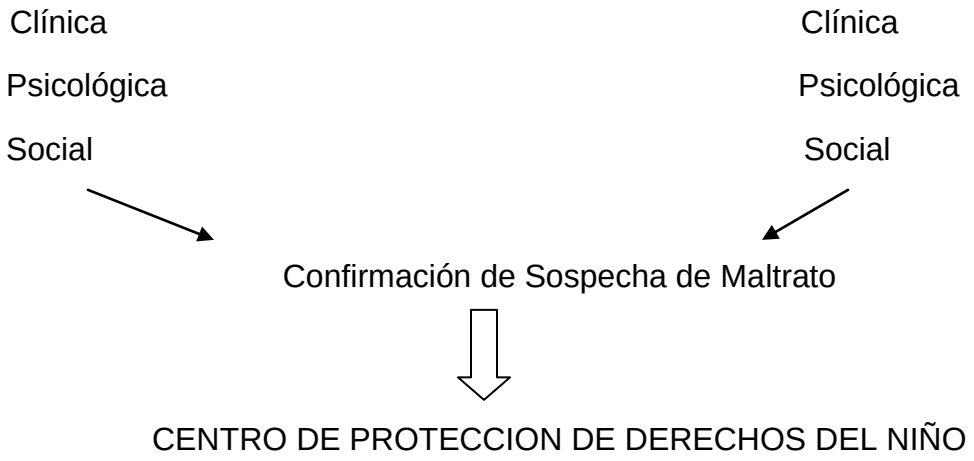
Artículo 35:

Inc.35.5 - Para la inclusión y permanencia temporal del niño en entidades de atención a la salud, el servicio local de protección de derechos solicitará la intervención de profesionales especializados del ámbito de la salud pública.

- **PROTOCOLO DE MALTRATO INFANTIL Y ABUSO SEXUAL. HOSPITAL INTERZONAL ESPECIALIZADO MATERNO INFANTIL "DON VICTORIO TETAMANTI"**

Organigrama de funcionamiento





<u>Abordaje interdisciplinario del Maltrato Infantil y Abuso Sexual</u>

<u>Normativa</u>

1- Ante un presunto Maltrato o Abuso Sexual es obligación del médico de Guardia, de Consultorio externo o internación, realizar la denuncia policial ante la Comisión de las Mujer y la Familia. (Ley 12569 de Violencia Familiar).
2- Se deberá informar a la familia que se deben profundizar estudios y, según Evaluación de Riesgo, el paciente se internará o se citará para Consultorio externo el siguiente día hábil.
3- Comunicar a Trabajo Social y Salud Mental sobre todo niño que ingrese por Guardia o Consultorio externo de este Hospital con presunto Maltrato o Abuso Sexual.
4- Se llevaran a cabo las evaluaciones clínica, social y psicológica, cuyos informes se incorporarán a la Historia Clínica. Cuando se confirme el diagnostico de Maltrato Infantil o Abuso Sexual, los profesionales intervinientes definirán la derivación al Centro de Protección de los Derechos del Niño correspondiente, elevando los respectivos informes.
5- Para la externación será necesaria la autorización médica, psicológica y social. Los profesionales intervinientes coordinarán las condiciones de egreso con el Centro de Protección correspondiente.

6- El egreso (no alta) se realizará con turnos programados para Tratamiento y Seguimiento por Consultorios Externos del HIEMI o CAPS.

Evaluación De Riesgo

1- Discrepancia entre la historia relatada y las características del daño.
2- Prolongado intervalo entre el momento de producida la lesión y la consulta.
3- Paciente en condiciones no adecuadas de atención medica, higiene, alimentación (en contraste con los recursos de la familia).
4- Edad del niño, comportamiento global, discapacidad física y/o psíquica.
5- Inexistencia de adulto cercano que pueda protegerlo o que tenga capacidad para ello.

Toda situación o sospecha de maltrato requiere una actuación inmediata del profesional

- **Denuncia policial.**
- **Internación**: según evaluación de factores de riesgo arriba enunciados.

Marco de actuación profesional

Ley Provincial n° 12.569 de Protección contra la Violencia Familiar: el art. 4 de la misma establece: “que cuando las víctimas fueran menores de edad, incapaces, ancianos o discapacitados que se encuentren imposibilitados de accionar por sí mismos, estarán obligados a hacerlo sus representantes legales, los obligados por alimentos y/o el Ministerio Público, como así también quienes se desempeñan en organismos asistenciales, educativos, de salud y de justicia, y en general, quienes desde el ámbito público o privado tomen conocimiento de situaciones de violencia familiar o tengan sospechas serias”.

- Es decir, que los agentes de salud están obligados a efectuar la denuncia bajo pena de incurrir en el DELITO DE ENCUBRIMIENTO, sancionado con 6 meses a 3 años de prisión.
- La denuncia debe ser efectuada dentro de las 72 hs. hábiles de tomar conocimiento del hecho.

- El decreto 2875 determina que cuando la denuncia se efectuare en la comisaria deberá ser recepcionada en FORMA OBLIGATORIA constituya o no delito, y reenviada inmediatamente a la autoridad jurisdiccional competente para garantizar la debida protección a la victima mediante las medidas cautelares pertinentes.

Hiemi

Sector de Pediatría de Cuidados Moderados A
Servicio Social
HIEMI

FECHA:.....

DATOS PERSONALES

Apellido y Nombre.....Edad.....

Lugar y Fecha de Nacimiento.....DNI/HC.....

Nacionalidad.....Procedencia.....

Domicilio.....Barrio.....

Obra Social.....Resp.Inten.....

Nº de Teléfono.....

Escolaridad.....

ASPECTO DE SALUD

Nº de Internaciones.....FI.....FE.....

Diagnóstico de Ingreso.....

Centro de Salud de Referencia.....

Vacunación.....

Observaciones.....

.....

.....

GRUPO FAMILIAR CONVIVIENTE

Apellido y Nombre	DNI	Edad	Vínculo	Nac.	Educ.	E.Civil	S.Laboral

SITUACIÓN HABITACIONAL

.....

.....

.....

.....

.....

SITUACIÓN ECONÓMICA

.....

.....

.....

.....

.....

INTERVENCIÓN SOCIAL

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

OBSERVACIONES

.....

.....

.....

.....

.....

.....

PROTOCOLO SEGUIMIENTO ACADEMICO DEL TRABAJO DE CAMPO

I. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Enunciar las actividades que forman parte de la rutina del estudiante durante la práctica en el marco del servicio en sede o fuera de ella (reunión de equipo, trabajos con la comunidad, trabajos interdisciplinarios, entrevistas domiciliarias, entrevistas individuales, admisiones, etc.)

DIA / HORA	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES
8.30 a 10.00	Pase de Sala (CMA)	Equipo interdisipl. de DBT T.1	Reunion de Servicio Social	Pase de Sala (CMA)	Pase de Sala (CMA)
10.00 a 11.00	Pase de Sala T.I	Pase de Sala CMA - T.I.	Pase de Sala CMA - T.I	Pase de Sala T.I.	Pase de Sala T.I.
11.00 a 12.00	Planificación de actividades	Entrevistas domiciliarias	Entrevistas	Entrevistas	Supervisión Individual

Firma estudiante
Lopez Juno, Ana Clara.

Firma y sello supervisora

ABRAHAM YASMIN
Lic. en Servicio Social
Mat. Prov. 12.066

CMA - Cuidados Moderados A (Sector de Pediatria).
T.I - Terapia Intermedia.
DBT - Diabetes Tipo 1 - Insulino - dependiente.

ANA LÓPEZ JUNO JUNIO-JULIO 2012

PROTOCOLO DE EVALUACION INSTITUCION SEDE

Este protocolo será solicitado y presentado en varias oportunidades durante el transcurso del año académico. Está orientado al registro de la intervención de acuerdo al momento del proceso en que se encuentra el estudiante, por lo tanto se espera ver su evolución en términos de intervenciones y autonomía del supervisor sede

DIMENSIONES E INDICADORES 1 nunca-2 pocas veces-3 algunas veces-4 la mayoría de las veces-5 siempre	1	2	3	4	5
I. CAPACIDAD DE ORIENTAR EL TRABAJO HACIA LOS FINES DE LA INSTITUCION					
Reconoce las problemáticas susceptibles de ser tratadas elegibilidad-admisión		X			
Contextualiza la intervención según misión institucional y objetivos del servicio		X			
Reconoce el rol prevalente ej. educación: orientación - justicia: control –desarrollo social: promotor –salud: terapéutico			X		
Orienta la derivación oportuna y adecuada de las problemáticas o aspectos no tratables por el servicio o la institución.		X			
Trabaja adecuadamente la articulación: define toma a cargo su campo y delega los aspectos a cargo de los otros	X				
II. CAPACIDAD PARA LA GESTION DEL CASO SOCIAL INIVIDUAL FAMILIAR					
• **COMPETENCIA METODOLOGICA**					
Focaliza , direccionar la investigación	X				
Analiza conceptualiza y sintetiza diagnóstico		X			
Diseña un plan de acción coherente y viable		X			
Evalúa la intervención		X			
Cierra la intervención		X			
Sistematiza la intervención redacción de informes	X				
• **CONOCIMIENTO DE LAS CARACTERISTICAS DE LAS PROBLEMATICAS PREVALENTES**					
Teorías psicosociales				X	
Marcos legales			X		
Aspectos constitutivos y consecuencias para la vida cotidiana			X		
• **CONOCIMIENTO DE LOS RECURSOS INSTITUCIONALES -MATRIZ INSTITUCIONAL-**					
Identificación y adecuación pertinente		X			
• **CONOCIMIENTO DE LOS RECURSOS COMUNITARIOS -SISTEMA INSTITUCIONAL.**					
Manejo adecuado de los que registra el servicio		X			
Detección y evaluación de nuevos recursos		X			
Sistematización de los existentes y nuevos (fichero-base de datos-otros)		X			
III. ACTITUD					
• **HACIA LA PROFESION**					
Compromiso ético (vinculado a la deontología profesional. Código de ética)					X
Compromiso político (vinculado a la base moral de la disciplina. Estatuto epistemológico de la profesión: postulados, principios-)					X
Actitud crítico-reflexiva: sentir-pensar y actuar intencionalmente evitando la impulsividad, supone capacidad de acción demorada (Meed)				X	
Evita el prejuicio			X		X
Conciencia de riesgo de las personas que atiende registra adecuadamente situaciones de vulnerabilidad				X	
• **HACIA EL TRABAJO**					

Creatividad e iniciativa: genera espacios-procedimientos-protocolos- proyectos- alternativos, disciplinarios o interdisciplinarios	X				
Dedicación: capacidad para sostener en el tiempo los espacios que genera y / o se integra				X	
Organización de su tiempo y productividad: en función de las actividades a su cargo				X	
Conciencia de riesgo propio evita realizar actividades simultáneas, registra adecuadamente condiciones personales y contextuales.....					X
• **HACIA LA SUPERVISION**					
Concurre al espacio asignado en tiempo y forma					X
Capacidad de autocrítica reconoce fortalezas, debilidades, amenazas, oportunidades				X	
Capacidad de escuchar señalamientos					X
Capacidad de producir alguna modificación					X
Capacidad de autonomía adquisición gradual y progresiva desde la dependencia del supervisor hacia la independencia – interdependencia			X		
IV. CAPACIDAD PARA EL ESTABLECIMIENTO DE RELACIONES (significativas, apropiadas y efectivas)					
• **RECURSOS COMUNICACIONALES**					
Expresa con claridad necesidades, pedidos, problemas				X	
Escucha activa de opiniones diferentes				X	
Registra situaciones conflictivas			X		
Supera situaciones conflictivas				X	
Evita triangulaciones y coaliciones juicios, comentarios de problemas a/con otro/s en ausencia del/los involucrados				X	
Maneja adecuadamente las simetrías (pares), asimetrías (autoridades-usuarios-empleados) y complementariedad				X	
Manejo adecuadamente los espacios íntimo, privado y público discrimina adecuadamente				X	
• **RECURSOS EMOCIONALES**					
Tendencia a la compensación expresa y maneja ansiedades y temores esperables en toda situación de aprendizaje			X		
Tendencia a la ansiedad hiperactividad, locuacidad, verborragia			X		
Tendencia al decaimiento desánimo abulia, agotamiento, cansancio		X			
Tendencia presentar situaciones de emergencia crisis casi continuas de salud, familiares..... que afectan continuamente el trabajo	X				

ABRAHAM YASMIN
Lic. en Servicio Social
Mat. Prov. 12.066

ANA LÓPEZ JUNJ

AGOSTO. septiembre 2012

PROTOCOLO DE EVALUACION INSTITUCION SEDE

Este protocolo será solicitado y presentado en varias oportunidades durante el transcurso del año académico. Está orientado al registro de la intervención de acuerdo al momento del proceso en que se encuentra el estudiante, por lo tanto se espera ver su evolución en términos de intervenciones y autonomía del supervisor sede

DIMENSIONES E INDICADORES 1 nunca-2 pocas veces-3 algunas veces-4 la mayoría de las veces-5 siempre	1	2	3	4	5
I. CAPACIDAD DE ORIENTAR EL TRABAJO HACIA LOS FINES DE LA INSTITUCION					
Reconoce las problemáticas susceptibles de ser tratadas elegibilidad-admisión				X	
Contextualiza la intervención según misión institucional y objetivos del servicio				X	
Reconoce el rol prevalente ej. educación: orientación - justicia: control –desarrollo social: promotor –salud: terapéutico				X	
Orienta la derivación oportuna y adecuada de las problemáticas o aspectos no tratables por el servicio o la institución.			X		
Trabaja adecuadamente la articulación: define toma a cargo su campo y delega los aspectos a cargo de los otros			X		
II. CAPACIDAD PARA LA GESTION DEL CASO SOCIAL INIVIDUAL FAMILIAR					
• **COMPETENCIA METODOLOGICA**					
Focaliza , direccionar la investigación		X			
Analiza conceptualiza y sintetiza diagnóstico			X		
Diseña un plan de acción coherente y viable			X		
Evalúa la intervención			X		
Cierra la intervención			X		
Sistematiza la intervención redacción de informes			X		
• **CONOCIMIENTO DE LAS CARACTERISTICAS DE LAS PROBLEMATICAS PREVALENTES**					
Teorías psicosociales				X	
Marcos legales				X	
Aspectos constitutivos y consecuencias para la vida cotidiana				X	
• **CONOCIMIENTO DE LOS RECURSOS INSTITUCIONALES -MATRIZ INSTITUCIONAL-**					
Identificación y adecuación pertinente				X	
• **CONOCIMIENTO DE LOS RECURSOS COMUNITARIOS -SISTEMA INSTITUCIONAL.**					
Manejo adecuado de los que registra el servicio			X		
Detección y evaluación de nuevos recursos			X		
Sistematización de los existentes y nuevos (fichero-base de datos-otros)			X		
III. ACTITUD					
• **HACIA LA PROFESION**					
Compromiso ético (vinculado a la deontología profesional. Código de ética)					X
Compromiso político (vinculado a la base moral de la disciplina. Estatuto epistemológico de la profesión: postulados, principios-)					X
Actitud crítico-reflexiva: sentir-pensar y actuar intencionalmente evitando la impulsividad, supone capacidad de acción demorada (Meed)				X	
Evita el prejuicio				X	
Conciencia de riesgo de las personas que atiende registra adecuadamente situaciones de vulnerabilidad				X	
• **HACIA EL TRABAJO**					

Creatividad e iniciativa: genera espacios-procedimientos-protocolos- proyectos- alternativos, disciplinarios o interdisciplinarios		X			
Dedicación: capacidad para sostener en el tiempo los espacios que genera y / o se integra					X
Organización de su tiempo y productividad: en función de las actividades a su cargo					X
Conciencia de riesgo propio evita realizar actividades simultáneas, registra adecuadamente condiciones personales y contextuales.....					X
• **HACIA LA SUPERVISION**					
Concurre al espacio asignado en tiempo y forma					X
Capacidad de autocrítica reconoce fortalezas, debilidades, amenazas, oportunidades				X	
Capacidad de escuchar señalamientos					X
Capacidad de producir alguna modificación					X
Capacidad de autonomía adquisición gradual y progresiva desde la dependencia del supervisor hacia la independencia – interdependencia			X		
IV. CAPACIDAD PARA EL ESTABLECIMIENTO DE RELACIONES (significativas, apropiadas y efectivas) • **RECURSOS COMUNICACIONALES**					
Expresa con claridad necesidades, pedidos, problemas				X	
Escucha activa de opiniones diferentes				X	
Registra situaciones conflictivas				X	
Supera situaciones conflictivas				X	
Evita triangulaciones y coaliciones juicios, comentarios de problemas a/con otro/s en ausencia del/los involucrados				X	
Maneja adecuadamente las simetrías (pares), asimetrías (autoridades-usuarios-empleados) y complementariedad				X	
Manejo adecuadamente los espacios íntimo, privado y público discrimina adecuadamente				X	
• **RECURSOS EMOCIONALES**					
Tendencia a la compensación expresa y maneja ansiedades y temores esperables en toda situación de aprendizaje				X	
Tendencia a la ansiedad hiperactividad, locuacidad, verborragia		X			
Tendencia al decaimiento desánimo abulia, agotamiento, cansancio	X				
Tendencia presentar situaciones de emergencia crisis casi continuas de salud, familiares..... que afectan continuamente el trabajo	X				

ABRAHAM YASMIN
Lic. en Servicio Social
Mat. Prov. 12.066

ANA LÓPEZ JUNO octubre- Noviembre 2012

PROTOCOLO DE EVALUACION INSTITUCION SEDE

Este protocolo será solicitado y presentado en varias oportunidades durante el transcurso del año académico. Está orientado al registro de la intervención de acuerdo al momento del proceso en que se encuentra el estudiante, por lo tanto se espera ver su evolución en términos de intervenciones y autonomía del supervisor sede

DIMENSIONES E INDICADORES 1 nunca-2 pocas veces-3 algunas veces-4 la mayoría de las veces-5 siempre	1	2	3	4	5
I. CAPACIDAD DE ORIENTAR EL TRABAJO HACIA LOS FINES DE LA INSTITUCION					
Reconoce las problemáticas susceptibles de ser tratadas elegibilidad-admisión					X
Contextualiza la intervención según misión institucional y objetivos del servicio					X
Reconoce el rol prevalente ej. educación: orientación - justicia: control - desarrollo social: promotor - salud: terapéutico					X
Orienta la derivación oportuna y adecuada de las problemáticas o aspectos no tratables por el servicio o la institución.				X	
Trabaja adecuadamente la articulación: define toma a cargo su campo y delega los aspectos a cargo de los otros				X	
II. CAPACIDAD PARA LA GESTION DEL CASO SOCIAL INMIDUAL FAMILIAR					
○ COMPETENCIA METODOLOGICA					
Focaliza , direccionar la investigación				X	
Analiza conceptualiza y sintetiza diagnóstico				X	
Diseña un plan de acción coherente y viable				X	
Evalúa la intervención				X	
Cierra la intervención				X	
Sistematiza la intervención redacción de informes					X
○ CONOCIMIENTO DE LAS CARACTERISTICAS DE LAS PROBLEMATICAS PREVALENTES					
Teorías psicosociales					X
Marcos legales				X	
Aspectos constitutivos y consecuencias para la vida cotidiana					X
○ CONOCIMIENTO DE LOS RECURSOS INSTITUCIONALES -MATRIZ INSTITUCIONAL-					
Identificación y adecuación pertinente				X	
○ CONOCIMIENTO DE LOS RECURSOS COMUNITARIOS -SISTEMA INSTITUCIONAL.					
Manejo adecuado de los que registra el servicio					X
Detección y evaluación de nuevos recursos				X	
Sistematización de los existentes y nuevos (fichero-base de datos-otros)				X	
III. ACTITUD					
○ HACIA LA PROFESION					
Compromiso ético (vinculado a la deontología profesional. Código de ética)					X
Compromiso político (vinculado a la base moral de la disciplina. Estatuto epistemológico de la profesión: postulados, principios-)					X
Actitud crítico-reflexiva: sentir-pensar y actuar intencionalmente evitando la impulsividad, supone capacidad de acción demorada (Mead)					X
Evita el prejuicio					X
Consciencia de riesgo de las personas que atiende registra adecuadamente situaciones de vulnerabilidad					X
○ HACIA EL TRABAJO					

Creatividad e iniciativa: genera espacios-procedimientos-protocolos- proyectos- alternativos, disciplinarios o interdisciplinarios				X	
Dedicación: capacidad para sostener en el tiempo los espacios que genera y / o se integra					X
Organización de su tiempo y productividad: en función de las actividades a su cargo					X
Conciencia de riesgo propio evita realizar actividades simultáneas, registra adecuadamente condiciones personales y contextuales.....					X
• **HACIA LA SUPERVISION**					
Concurre al espacio asignado en tiempo y forma					X
Capacidad de autocrítica reconoce fortalezas, debilidades, amenazas, oportunidades				X	
Capacidad de escuchar señalamientos					X
Capacidad de producir alguna modificación					X
Capacidad de autonomía adquisición gradual y progresiva desde la dependencia del supervisor hacia la independencia – interdependencia				X	
IV. CAPACIDAD PARA EL ESTABLECIMIENTO DE RELACIONES (significativas, apropiadas y efectivas) • **RECURSOS COMUNICACIONALES**					
Expresa con claridad necesidades, pedidos, problemas					X
Escucha activa de opiniones diferentes					X
Registra situaciones conflictivas					X
Supera situaciones conflictivas					X
Evita triangulaciones y coaliciones juicios, comentarios de problemas a/con otro/s en ausencia del/los involucrados					X
Maneja adecuadamente las simetrías (pares), asimetrías (autoridades-usuarios-empleados) y complementariedad					X
Manejo adecuadamente los espacios íntimo, privado y público discrimina adecuadamente					X
• **RECURSOS EMOCIONALES**					
Tendencia a la compensación expresa y maneja ansiedades y temores esperables en toda situación de aprendizaje					X
Tendencia a la ansiedad hiperactividad, locuacidad, verborragia		X			
Tendencia al decaimiento desánimo abulia, agotamiento, cansancio	X				
Tendencia presentar situaciones de emergencia crisis casi continuas de salud, familiares..... que afectan continuamente el trabajo	X				

ABRAHAM YASMIN
Lic en Servicio Social
Mat Prov. 12.066