

2015

Diagnóstico Social y estrategias de intervención del Trabajador Social en situaciones de presunción de Maltrato Infantil : Sistematización de la Práctica Institucional Supervisada en el Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil de la localidad de Mar del Plata durante el 2013.

Brull, Daiana

<http://200.0.183.227:8080/xmlui/handle/123456789/85>

Downloaded from DSpace Repository, DSpace Institution's institutional repository



UNIVERSIDAD NACIONAL *de* MAR DEL PLATA

TESIS DE GRADO

Diagnóstico Social y estrategias de intervención del Trabajador Social en situaciones de presunción de Maltrato Infantil.

Sistematización de la Práctica Institucional Supervisada en el Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil de la localidad de Mar del Plata durante el 2013.



DIRECTORA: Doctora Viviana Ibáñez

CO-DIRECTORA: Licenciada Yasmín Abraham

ESTUDIANTE: Daiana Brull

- 2015 -

INDICE

Agradecimientos.....	pág. 4
Introducción.....	pág. 6
Objetivos.....	pág. 9
Metodología y técnicas de recolección de datos.....	pág. 10
<u>PRIMERA PARTE</u>	pág. 12
CAPÍTULO I.....	pág. 13
Marco teórico	
Ciencias Sociales y Paradigmas.....	pág. 14
Trabajo Social.....	pág. 17
Intervención profesional.....	pág. 20
Pensamiento estratégico.....	pág. 21
Método y Metodología de intervención.....	pág. 22
Proceso metodológico.....	pág. 24
Sistematización en Trabajo Social.....	pág. 28
La Salud a lo largo de la historia.....	pág. 30
Campo de la Salud.....	pág. 37
Modelo médico hegemónico.....	pág. 39
Supervisión en Trabajo Social.....	pág. 40
Síntesis del capítulo.....	pág. 43
CAPÍTULO II.....	pág. 44

PARTE A

El patriarcado como contexto.....	pág. 45
Niños y niñas a lo largo de la historia.....	pág. 48
El maltrato infantil como problemática social.....	pág. 51
Evolución en la legislación de protección de los derechos del niño.....	pág. 52
Paradigma de protección integral de derechos en Argentina.....	pág. 55

PARTE B

Definiciones de maltrato.....	pág. 59
Tipología del maltrato infantil.....	pág. 61
Factores de riesgo.....	pág. 66
Factores de protección.....	pág. 67
Indicadores de maltrato.....	pág. 68
Síntesis del capítulo.....	pág. 70

SEGUNDA PARTE.....pág. 71

CAPÍTULO III.....pág. 72

PARTE A

Reseña histórica de la institución.....	pág. 73
Encuadre institucional.....	pág. 76
Caracterización del Servicio Social del HIEMI.....	pág. 78
Objetivos del Servicio Social.....	pág. 84

PARTE B

Práctica institucional supervisada.....	pág. 86
Trabajo de campo.....	pág. 88

Intervención del trabajador social en situaciones de maltrato infantil.....	pág. 89
Sistematización de situaciones de intervención.....	pág. 95
Reflexiones sobre las situaciones trabajadas.....	pág. 126
Conclusiones y Propuestas.....	pág.1 29
Anexos.....	pág. 134
Anexo I: Organigrama del HIEMI	
Anexo II: Organigrama del Servicio Social del HIEMI	
Anexo II: Protocolo de Intervención en Situaciones de Maltrato Infantil en el HIEMI	
Referencias Bibliográficas.....	pág. 142

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar agradezco a mi familia. A mi mamá, pilar fundamental de mi vida, gracias por inculcarme el estudio como un valor y como fuente de realización personal. A mi abuela, que ha sido durante gran parte de mi infancia mi segunda mamá, y me ha formado en un carácter decidido y un tanto terco. Y a mi tía que, aunque no está presente, la recuerdo del modo más feliz que puedo, sabiendo que me ha iniciado en el camino de esta hermosa carrera. Por confiar en mí, por acompañarme, aconsejarme, sostenerme cada vez que caí, y ayudar a levantarme; por llorar mis tristezas y aplaudir mis logros... ¡Gracias! Las quiero con el alma.

También quiero agradecer a mis amigxs, que a lo largo de mi formación me han visto reír y llorar, patear el tablero y juntar las piezas otra vez. Gracias por sus palabras de aliento, los mates, las risas y también los retos...siempre fueron parte del motor que me impulsó a seguir adelante.

Agradezco a quien es mi directora y, además, una docente excepcional. Una de las pocas que ha dejado una huella con sus palabras y acciones. Gracias Doctora Viviana Ibáñez, por aceptarme como tesista y brindarme tu acompañamiento, asesoramiento y, también, tu sabiduría en este proceso.

Gracias Licenciada Yasmín Abraham, mi supervisora institucional y mi "co", por haber sido parte del camino de mi formación preprofesional, y compartir tu tiempo y tu experiencia conmigo. Me siento muy afortunada por haber transitado por el Servicio Social del Hospital Especializado Materno Infantil, y haber aprendido de las experiencias del equipo profesional que lo integran. De corazón, ¡gracias!

Finalmente quiero agradecer a los y las docentes, que durante estos años me han brindado su tiempo, solidaridad, asesoramiento y cariño. Deseo de todo corazón que continúen acompañándome en este camino de formación que no termina aún.

No te rindas

No te rindas, aún estás a tiempo de alcanzar y comenzar de nuevo,
aceptar tus sombras, enterrar tus miedos,
liberar el lastre, retomar el vuelo.

No te rindas que la vida es eso,
continuar el viaje, perseguir tus sueños,
destrabar el tiempo, correr los escombros
y destapar el cielo.

No te rindas, por favor no cedas,
aunque el frío queme, aunque el miedo muerda,
aunque el sol se esconda y se calle el viento.
Aún hay fuego en tu alma, aún hay vida en tus sueños.

Porque la vida es tuya y tuyo también el deseo,
porque lo has querido y porque te quiero,
(...)

Porque no hay heridas que no cure el tiempo.
Abrir las puertas, quitar los cerrojos,
abandonar las murallas que te protegieron,
vivir la vida y aceptar el reto.

Recuperar la risa, ensayar un canto,
bajar la guardia y extender las manos,
desplegar las alas e intentar de nuevo,
Celebrar la vida y retomar los cielos.
(...)

Porque cada día es un comienzo nuevo,
porque esta es la hora y el mejor momento
porque no estás solo, porque yo te quiero.

Mario Benedetti.



INTRODUCCIÓN

La presente tesis de grado tiene por finalidad presentar la sistematización de la práctica institucional supervisada llevada a cabo en el Campo de la Salud, durante el período de Mayo a Diciembre del año 2013, en el Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil, de la localidad de Mar del Plata.

Se presenta a continuación el relato de mi experiencia de inserción en uno de los sectores de Pediatría, Cuidados Moderados "A"¹, donde prevaleció durante el período de práctica la problemática relativa al maltrato hacia niños, niñas y adolescentes.

Aquello que ha llamado particularmente la atención, y que ha impulsado el deseo de querer llevar a cabo esta tesis, fue que las situaciones diagnosticadas como *sospecha de maltrato* reflejan un proceso de construcción cooperativa entre diversas disciplinas, donde se ponen de manifiesto múltiples discursos y valoraciones subjetivas.

Por tal motivo, se considera de suma importancia poder analizar y comprender el proceso que realiza el profesional de Trabajo Social al momento de elaborar el diagnóstico social y la estrategia de intervención, teniendo en cuenta que el significado que le atribuya a cada situación problema-objeto de intervención, no será el mismo que para el resto de las disciplinas, y que en el discurso de cada una de ellas se pondrán de manifiesto valoraciones diferentes y, en muchos casos, opuestas.

En el marco de la Ley 26.061 de Protección Integral de los Derechos de niños, niñas y adolescentes, se han creado a nivel Nacional, Provincial y Municipal, múltiples documentos y protocolos de intervención en los diferentes niveles de atención de la salud, que proponen un encuadre teórico-metodológico para intervenir en situaciones de maltrato infantil. Todas las instituciones de salud están obligadas

¹ El área de Pediatría del HIEMI se subdivide en Cuidados Moderados "A", "B", "C" y "D".

por ley a abordar el maltrato infantil como una problemática que constituye delito, y que excede la esfera que históricamente ha sido percibida como del ámbito “privado”. Esta problemática es detectada mediante el diagnóstico que elabora el equipo de salud, para lo cual no es suficiente únicamente la mirada de la medicina que busque la comprobación empírica del síntoma.

La identificación de factores de riesgo, la contradicción en el discurso del adulto responsable que presenció el episodio que motivó la internación, la presencia o no de signos de alarma, la demora en la consulta, entre otros, son aspectos que se tendrán en cuenta y que otorgan la información sobre la cual, posteriormente, se llevará a cabo la evaluación del equipo de Salud y la construcción del diagnóstico social.

A través del desarrollo de esta tesis, y entendiendo a la sistematización como una forma de producción de conocimientos en las Ciencias Sociales, es que pretendo elaborar un documento que amplíe y/o profundice los conocimientos teórico-prácticos, en relación a la intervención profesional del trabajador social en situaciones de presunción de maltrato infantil.

La estructura del trabajo está dividida en dos partes. La primera parte contiene dos capítulos. En el capítulo I se presenta el marco teórico, el cual permite comprender conceptos relevantes que guían la práctica cotidiana del profesional; como así también, brinda el conocimiento necesario para fundamentar los objetivos planteados en el presente trabajo.

El capítulo II, a su vez, se subdivide en una parte “A”, donde se realiza un recorrido por la historia de la infancia, y los diferentes tratos que han recibido niños y niñas a lo largo de la historia; y una parte “B”, donde se analiza la concepción del niño/a en el contexto actual, caracterizado por el quiebre del paradigma tutelar, y encuadrada ahora en el paradigma de protección integral de derechos, a fin de entender cómo se llegó a establecer al maltrato infantil como problemática social, que además constituye delito.

En la segunda parte de esta tesis se encuentra el capítulo III, que también se subdivide en dos partes. En la parte “A” se detallan una descripción de los aspectos

institucionales donde se llevó a cabo la práctica: los objetivos, misiones, funciones, dinámica, áreas, haciendo especial hincapié en la de Servicio Social, y las problemáticas que prevalecen y que configuran el campo problemático de intervención. La parte “B” se centra en el trabajo de campo. Se presenta la sistematización de tres situaciones seleccionadas para analizar las dimensiones teórico-metodológicas y epistemológicas de la intervención profesional.

Posteriormente se presentan las conclusiones y reflexiones finales que surgieron a partir del análisis crítico de esta experiencia, como así también las propuestas que, a modo de aportes, pueden ser tenidas en cuenta al momento de elaborar el diagnóstico social y las estrategias de intervención

Por último se presentan los anexos y la bibliografía utilizada.

OBJETIVO GENERAL:

■ Indagar acerca de la construcción del diagnóstico social y la elaboración de las estrategias de intervención del Trabajador Social en situaciones de presunción de maltrato infantil, en el Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil de la localidad de Mar del Plata.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

■ Realizar una caracterización del HIEMI para entender el funcionamiento actual del mismo y el espacio donde se inscribe el Trabajo Social.

■ Identificar las variables que constituyen la categoría de análisis para la elaboración del diagnóstico social en situaciones de maltrato infantil.

■ Describir y analizar 3 situaciones de intervención, a fin de explicitar la intervención del Trabajador Social.

■ **Metodología y técnicas de recolección de datos**

La presente tesis se enmarca en las características del tercer ítem, punto “d”, artículo 4 del anexo de la OCS 1613, que propone *una Sistematización de una experiencia de campo*. Lo que se sistematiza es el trabajo de campo que se llevó a cabo en el Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil “Don Victorio Tetamanti” de la localidad de Mar del Plata, en el transcurso de la Práctica Institucional Supervisada durante los meses de mayo a diciembre del año 2013; en relación a la problemática específica del maltrato hacia niños, niñas y adolescentes.

Mediante la producción de este documento, y valiéndome de la sistematización como una forma de construcción de conocimiento no positivista en Trabajo Social, es que pretendo dar a conocer la intervención del trabajador social ante situaciones de maltrato infantil desde el ámbito hospitalario, rescatando la perspectiva, discurso y experiencia de los actores intervinientes y protagonistas. *“Precisamente, una profesión social tiene como eje medular de su constitución y de su legitimación social a la práctica profesional que desarrolla. Esta última tiene un sentido social en relación con la función social que cumple la profesión, y la respuesta que da a las demandas sociales que justifican su existencia. Por lo tanto, lo que entendamos por práctica (de la profesión, de los sujetos demandantes y de la sociedad en general) es clave para pensar el sentido de esa profesión y las posibilidades que ésta pueda tener en el ámbito del hacer y del conocer”* (Parola, R., 2009:53).

Las técnicas de recolección de datos son todas las formas de las que se vale el investigador para obtener la información necesaria en el proceso investigativo. Se hace referencia, también, al procedimiento, condiciones y lugar de recolección de datos, dependiendo de las distintas fuentes de información tanto primarias como secundarias.

- Fuentes de información primaria: es aquella información que se obtiene directamente de la realidad misma, sin sufrir ningún proceso de elaboración previa. Son las que el investigador recoge por sí mismo en contacto con la realidad.

Para la elaboración esta tesis de grado se utilizaron las siguientes técnicas:

- Entrevista institucional y entrevista domiciliaria
 - Observación participante y no participante
 - Registro diario en el cuaderno de campo
- Fuentes de información secundarias: son registros escritos que proceden de un contacto con la realidad, pero que han sido recogidos y procesados por sus investigadores.

Como técnicas de recolección secundaria se implementaron:

- la lectura de legajos, expedientes, historias clínica, informes socioambientales, oficios, y lectura teórica complementaria en relación a la problemática tratada.

PRIMERA PARTE

CAPÍTULO I

MARCO TEÓRICO

■ **Ciencias Sociales y Paradigmas**

Bajo el término “paradigma”, Kuhn designa una perspectiva teórica compartida y reconocida por la comunidad científica, fundada sobre adquisiciones que preceden a la disciplina misma, y que actúa dirigiendo la investigación en términos de identificación y elección de los hechos relevantes a estudiar, como de la formulación de hipótesis entre las que situar la explicación del fenómeno observado y de preparación de técnicas de investigación empíricas necesarias. (Corbetta, 2010).

En principio se puede decir que hay tres grandes paradigmas que históricamente predominaron en la investigación social: el Paradigma Positivista, cuyos orígenes se remontan al s. XIX, en la cultura francesa siendo sus principales exponentes Comte, Stuart Mill, Herbert Spencer y Durkheim. Por otro lado, el Paradigma Interpretativista, agrupando bajo este término de “interpretativismo” a todas las visiones teóricas para las cuales la realidad no es simplemente observada para llegar a leyes generales, sino que además debe ser interpretada, teniendo como máximos expositores a Edmund Husserl y Herbert Blumer, entre otros; por último, fue la escuela de Frank Furt (Horkheimer, Adorno, Habermas) la que desarrolló un concepto de teoría que tenía como objetivo fundamental la emancipación del hombre. A esta concepción de teoría es a la que se refiere el nombre de Teoría Crítica. El Paradigma Crítico, que surge en oposición a la pretendida racionalidad instrumental y técnica impulsada por el Positivismo, planteando la necesidad de una racionalidad que incluya los juicios, los valores, la historia social, política y económica de los sujetos, contextualizadas en una histórica de apropiación desigual de recursos y de lucha de clases. Para la teoría crítica es fundamental la relación entre teoría y praxis, porque ella misma surge de la revisión de esta relación, y es por ello que la concepción de la relación teoría-praxis es el criterio que utiliza el paradigma crítico para diferenciar los distintos paradigmas o tradiciones de la investigación. La ciencia social crítica será pues aquella que yendo más allá de la crítica aborde la praxis crítica; esto es una forma de práctica en la que la “ilustración” de los agentes tenga su conciencia directa en una acción social transformada. Esto requiere una

integración de la teoría y la práctica en momentos reflexivos y prácticos de un proceso dialéctico de reflexión y lucha política, llevado a cabo por los grupos con el objetivo de su propia emancipación.

Si bien estos son los tres grandes paradigmas de la modernidad, hay un consenso entre múltiples pensadores en identificar una crisis paradigmática, y la emergencia de nuevos paradigmas en las Ciencias Sociales, que surgen bajo la premisa fundamental de la inter-subjetividad como condición necesaria para comprender la realidad social. *“El discurso de las ciencias sociales ordena que los discursos de las personas, deban ser interpretados bajo los paradigmas o dentro de los paradigmas que el discurso de las ciencias sociales acepta. No se permite que los discursos obtenidos bajo esta forma participativa, puedan cuestionar algo del orden científico-técnico que lo recoge. Para las ciencias sociales es otra forma de recibir información de las personas, otra forma de codificación. No es un programa de participación, es una forma de extraer mejor la información para que después el discurso de las ciencias sociales legitime el programa de participación. Y así, se deslice lo participativo hacia formas edulcoradas de control del poder. Es solo sociología”.*²

Al respecto Kisnerman señala: *“la crisis muestra que los paradigmas vigentes no dan respuesta a un conjunto de problemas porque en ellos comienzan a encontrarse incompatibilidades o contradicciones, que señalan la necesidad de revisar y/o reemplazar un paradigma por otro que, como respuesta directa a la crisis, obtenga la adhesión de un número de científicos cada vez mayor”* (Kisnerman, 1998:113).

El Construccionismo social refleja la emergencia de un nuevo paradigma en las Ciencias Sociales, generando nuevas propuestas en el Trabajo Social. Tiene sus raíces en los interaccionistas simbólicos y los representacionistas sociales, en cuanto a la construcción social de la realidad (Mead, Vigotsky, Ibáñez, Berger y Luckmann).

² Cátedra de Metodología Social de Caso Individual. U.N.M.D.P. 2008.

Epistemológicamente el Construccionismo niega la neutralidad del investigador, metodológicamente preferencia los métodos cualitativos, y supone a la teoría como resultado de la investigación, no su precursora. Se pone énfasis en el significado de las cosas, de las personas, de las situaciones-problema que atraviesa; no en la medición.

Como propuesta metodológica, el Construccionismo está atravesado por tres momentos: deconstrucción, construcción y reconstrucción. (Kisnerman, 1998). “Deconstruir, construir y reconstruir, son procesos coexistentes de la intervención, entendida como una acción que investiga las situaciones problema, reconstruyéndola con los sujetos, para construir el objeto desde el sistema de significados que comparten y transformar, reconstruyendo, una situación nueva” (Kisnerman, 1998: 232). Deconstruir implica determinar cómo se ha ido construyendo la situación problema y qué preconcepciones, representaciones, prejuicios, supuestos, operan como obstáculos para reconstruir una situación superadora. En la deconstrucción se utilizan procedimientos de distinguir, describir, comprender, significar y explicar. La construcción es un proceso de articulación de lo surgido en la narrativa de los sujetos e interpretarlo para distinguir aquello que es necesario transformar. A partir de la construcción es posible formular enunciados probabilísticos no causales. “La reconstrucción es el proceso en el que democráticamente nuevas realidades y prácticas son modeladas por los sujetos actores para la transformación de lo existente. Implica una planificación estratégica, no normativa, política y direccional”. (Kisnerman, 1998: 234).

Lo interesante de la propuesta de este autor es que posibilita un entendimiento más amplio de la lectura de la realidad, puesto que la realidad social no es percibida como algo estático, sino como dinámica y cambiante, y el conocimiento es algo que se va “deconstruyendo” y “construyendo” constantemente.

■ **El Trabajo Social**

Desde los orígenes del trabajo social en el siglo XIX hasta la actualidad, es posible identificar innumerables mutaciones por las cuales se ha definido qué es “lo propio” de esta profesión, a partir de su reconocimiento o no como ciencia, como actividad filantrópica, como práctica social; a partir de la delimitación de su objeto de estudio, de su especificidad profesional, etc.

A finales del XIX se dan las condiciones para el nacimiento de un nuevo trabajo social. Desde las ciencias de la naturaleza y desde las incipientes ciencias sociales, se estructuran y se organizan grupos que construyen nuevas identidades profesionales. *“Reclaman para sí un cuerpo de conocimientos específicos que poseen en exclusiva, un monopolio de habilidades obtenidas de una mejor preparación y una subcultura compartidas por sus miembros que compartían una identidad de grupo y unos ciertos valores. En el terreno de la intervención social, la buena voluntad propia del voluntariado, de las visitadoras de los pobres, el sentido común, la actitud caritativa y filantrópica se revela como insuficiente ante una realidad tan distinta”*. (Miranda Aranda, 2003:172)

Las diferentes concepciones respecto al trabajo social se construyeron en contextos histórico-sociales y políticos particulares; y también bajo la influencia de determinados paradigmas, o la emergencia de otros. “La coyuntura histórica en que aparece el Servicio Social profesionalizado, es el producto de la convergencia y conjunción de dos factores: la situación de la sociedad en un momento histórico determinado y la respuesta al desafío de esos problemas”. (Ander-Egg, 1985:167).

El Trabajo Social nace, entonces, a principios del siglo XX, como producto de la articulación de tres elementos:

- La institucionalización de la beneficencia que aporta un saber práctico, es decir, una forma de hacer las cosas, apoyado en el sentido común y en el compromiso, una identidad y un lugar.
- La ampliación de las funciones del Estado, que aporta un espacio laboral y legitima el lugar de intermediario bajo la condición de trabajo asalariado, y un

signo ideológico en cuanto impulsa y desarrolla la nueva profesión para que colabore en la sustención de su poder.

- El desarrollo de las Ciencias Sociales que genera un campo diversificado de argumentación teórica y de herramientas metodológicas, de las cuales la nueva profesión extrae en “préstamo” conceptos y técnicas que pasan a constituir su saber especializado. (García Salord, 1991)

Si el contexto histórico determinó el origen de la profesión de Trabajo Social, y continúa condicionando su devenir teórico-práctico resulta razonable hablar, entonces, no de un trabajo social, sino de trabajos sociales, ya que no existe un modo único de interpretar el objeto de la disciplina y, por lo tanto, de la intervención. (Papagallo, 2000). La herencia que nos deja el giro de la reconceptualización, es poner el énfasis en lo social, y en la noción de sujeto como parte de un todo más amplio del que forma parte.

Alfredo Carballeda introduce la noción de “escenarios” para describir una nueva mirada a “lo social” no ya como algo estático, predeterminado por lo que era considerado normal o patológico, donde cada uno desempeñaba un rol previamente establecido. La noción de escenario nos remite a la heterogeneidad como característica de lo social, a la búsqueda de la singularidad dentro de un contexto cambiante donde los distintos actores construyen su rol y son construidos a su vez, en la relación entre actor- papel y escenario. “Actualmente, existen tendencias dentro del campo del Trabajo Social a tratar de comprender y explicar el escenario de la intervención desde la perspectiva del actor, la presentación de éste, su vida cotidiana, pero especialmente a través de cómo fueron “construidos” en tanto los papeles que se le asignaron desde la familia, las instituciones o la sociedad.” (Carballeda, 2003:55).

El Trabajo Social tiene que asumir las nuevas demandas abriendo los límites institucionales, ya que las instituciones vinculadas a la intervención en lo social no logran reaccionar ante estos reclamos generando respuestas rígidas que intentan fortalecer lo institucional y sin capacidad de interrogarse sobre nuevas alternativas que apunten a estrategias a largo plazo. Carballeda propone que el concepto de

interpelación puede ser útil en la medida que “implica hacer visible aquello que está oculto, que no ha sido visto por la comunidad o la agenda pública, de allí que genera preguntas y, por ende, necesidad de respuestas” (Carballeda, 2003:34).

Es importante considerar al Trabajo Social como una disciplina que “tiene una finalidad transformadora puesta al servicio de la promoción y de la plena constitución de sujetos sociales, es decir de personas capaces de autogestionar su propia vida personal, familiar y comunitaria y generar formas organizativas que afiancen el pleno ejercicio de la soberanía.” (Eroles, 1997:25). El trabajo social tiene una finalidad enteramente interventiva, y esto es lo que lo diferencia de otras disciplinas.

Antes de concluir este apartado, es conveniente realizar una aclaración. El Trabajo Social individualizado comprende operaciones de resolución de problemas, integradas en una relación significativa. Para ello, *“el trabajador social deberá captar la naturaleza de la persona, la naturaleza del problema y la naturaleza del lugar en que pueden hallarse los medios para resolver el problema”*. (Perlman, 1965:19).

La consideración de que el Trabajo Social de Casos es una de las partes del Trabajo Social, está influenciada por una clasificación que hace referencia a los niveles de intervención de esta profesión, que se organiza por escalones de complejidad: de lo micro-social a lo macro-social (Miranda, 2004). De esta manera el Trabajo Social de Casos focaliza su atención en la persona-sujeto de intervención y su red de relaciones primarias: la familia.

En este sentido, la clasificación “trabajo social de casos/individual, “trabajo social de grupos” y “trabajo social comunitario”, se interpretan exclusivamente como niveles de intervención, y no como lectura parcializada de la realidad.

■ **Intervención Profesional**

Intervenir significa “venir entre”, “interponerse”, siendo en su uso más corriente sinónimo de mediación, intercesión, ayuda, apoyo, cooperación o mediación. También puede asociarse a otros sentidos, como los de intromisión, injerencia o intrusión, más o menos violenta, más o menos correctiva. (Eroles, 2005). Esta primera aproximación al concepto, permite reconocer que la intervención implica una acción voluntaria que se lleva a cabo con un propósito, una intención de transformación.

La intervención implica la elucidación de los datos complejos de una situación o acontecimiento, en tanto aproximación desde un marco comprensivo explicativo de esa situación o sencillamente, en tanto búsqueda de una secuencia lógica que de sentido a lo que se presenta como demanda y a su vez plantea la posibilidad de respuesta a partir de determinados dispositivos para la acción. En otras palabras intervenir implica la construcción de una lógica del acontecimiento fundante de la demanda desde cierto marco teórico o campo de saber (Carballeda, 2002).

La intervención profesional tiene lugar a partir de la recepción de una demanda, que lleva en sí misma un pedido de ayuda, ya sea de información, de orientación, de asesoramiento o gestión. La persona que recurre al profesional de trabajo social, expresa su solicitud mediante un discurso cargado de subjetividad, de historia, de sentimientos, y espera ser escuchada atentamente por el profesional. Por tal motivo, la Intervención en lo Social se presenta como un “espacio de libertad”, ya que se construye en pequeñas grietas, fracturas, lugares, donde es posible reconstruir historicidad, comprender a ese “otro” como un portador de historia social, de cultura, y de relaciones interpersonales; y no como un sujeto a modelar (Carballeda, 2002).

La intervención profesional de los trabajadores sociales se centra en la atención de las necesidades sociales, que originan la demanda de la práctica profesional presentes en la comunidad a partir de un marco teórico propio de la

profesión. “La práctica profesional se inscribe en la división social y técnica del trabajo, su reproducción depende de su utilidad social. Esto es que sea capaz de responder a las necesidades sociales, que son la fuente de la demanda” (Tonon, 2001:45). En este sentido, la intervención específica del trabajador social remite a la posibilidad conocer en forma directa a través de distintas técnicas los diferentes ámbitos en los cuales los niños, niñas y adolescentes víctimas de maltrato, producen y reproducen sus vidas cotidianas: ámbito familiar, escolar, comunitario, etc. La implementación de técnicas específicas y la interpretación de estas conforman la especificidad profesional.

La identificación de problemáticas sociales, específicamente de la que es objeto esta tesis, el maltrato infantil, no se lleva a cabo de manera aleatoria, al azar, sino que requiere de estrategia. *“En trabajo social, una estrategia puede definirse como el arte de hacer concurrir un conjunto de medios a un fin (...) Se pone el acento en los elementos dinámicos y cambiantes, en la definición de los fines que se quieren alcanzar, y en el análisis de los diferentes elementos que componen la situación”.* (De Robertis, 2006:69)

■ **Pensamiento estratégico**

Tal como se mencionó anteriormente, la intervención profesional del trabajador social requiere de estrategia. En principio, cuando se habla de estrategia se está haciendo referencia a un término de origen militar, que designa los “comportamientos organizacionales destinados al manejo de situaciones en que hay que superar obstáculos que se oponen al logro de un objetivo”. (Testa, 1995:13).

En este sentido, pensamiento estratégico, campo³, y relaciones de poder⁴, se encuentran estrechamente relacionados, ya que no es posible pensar la intervención

³ Se alude al uso del concepto de campo según la perspectiva de Pierre Bourdieu, que será profundizado en el apartado correspondiente del Capítulo III de la presente tesis.

del trabajador social por fuera de un espacio de lucha, donde se presentan diferentes actores, obstáculos y desacuerdos, que deben ser superados para alcanzar los objetivos de la intervención.

De esta manera, se extiende la noción de “pensamiento estratégico” a la de intervención estratégica, es decir, pensar estratégicamente implica, en trabajo social, intervenir estratégicamente. Hablar de estrategias ayuda a entender que toda intervención es política, que intervenir en situación de incertidumbre implica incorporar el análisis político a la cotidiana vida del profesional y tomar decisiones, aún con los riesgos que ello acarrea. (Malacalza, 2009).

■ **Método y Metodología de Intervención**

La cuestión del método en Trabajo Social, desde sus orígenes con Mary Richmond hasta la actualidad, constituye uno de los debates principales en la disciplina. “Método” proviene del griego *metús*, proposición que da idea de “movimientos”; y *odos*, que significa caminos. Se puede decir, entonces, que el método constituye un conjunto de estrategias, procedimientos y técnicas que guían la acción con una finalidad determinada. No son la actividad en sí misma, sino la manera de llevarla a cabo; suponen un camino para alcanzar un fin.

Asimismo, se trata de un recurso analítico y operativo, el cual es apropiado por el Trabajador Social para enfrentar racionalmente los problemas específicos de su ejercicio profesional. “Toda forma de Intervención Social se apoya en referentes técnicos, necesita de métodos y técnicas de acción y tiene una intencionalidad que viene dada por un marco ideológico, político o filosófico de quien realiza esas acciones” (Ander-Egg, 2009:131)

⁴ Este concepto es tomado de los aportes de Michel Foucault, y también será tratado en el Capítulo III de la presente tesis.

Método, se plantea entonces, como esa mediación entre teoría y realidad, que no se define a priori, como dispositivo de axiomas y reglas a seguir, sino y fundamentalmente como construcción. Desde esta mirada, referirse a método se sitúa en pensar en el entramado de supuestos teóricos, epistemológicos, ideológicos y éticos, desde el cual se comprende la realidad a modificar y se establecen los modos de realizarlo; así, se constituye en una estrategia que se sigue para abordar un recorte de la realidad (fenómeno, situación), desde una perspectiva teórica que otorga referencia para la selección de técnicas y procedimientos específicos a usar, teniendo en cuenta las características particulares y la forma, también particular en que debe ser abordado. (Cazzaniga, 1997).

Se puede decir que *“el método en Trabajo Social es la manera en que actúa el trabajador social desde su primer encuentro con el usuario, hasta que finaliza su acción con este”* (De Robertis, 2006:111).

Por su parte, la Metodología “regula y ordena la actividad científica proponiendo orientaciones y procedimientos que aseguren la realización de las acciones, en correspondencia con los supuestos establecidos en las matrices teóricas que las rigen”. (Velez Restrepo, 2003:58)

La intervención profesional, en tanto trabajo, quehacer o práctica específica que intenta generar algún tipo de transformación o modificación en relación con la situación que se le presenta, se expresa en una construcción metodológica, en un conjunto de mediaciones que darán cuenta de la intencionalidad de transformación y de sus cómo particulares.

■ Proceso metodológico

En tanto profesión y práctica especializada, el Trabajo Social requiere del despliegue de una serie de técnicas e instrumentos que permitan pasar de la idea a la acción. (Travi, 2006).

El proceso metodológico hace referencia a una serie de momentos que atraviesa la intervención profesional. Si bien es posible encontrar diversas propuestas de los momentos que se presentan a lo largo de la intervención, se puede afirmar que la práctica profesional se ordena a partir de cuatro momentos de reflexión: definición del problema objeto de intervención, selección de alternativas de acción, ejecución de actividades y evaluación. Estos momentos se los entiende integrados e incluyen otros procedimientos según los objetivos propuestos.

Al respecto, Rozas Pagaza plantea que el proceso metodológico se conforma por tres momentos: inserción, diagnóstico y planificación (Rozas Pagaza 2002).

Como momento inicial, la inserción refiere el primer acercamiento a la realidad que es sometida a la intervención, donde se adquiere el conocimiento de los aspectos generales de la problemática. La adquisición de dicho conocimiento, permite la obtención de información que es analizada desde éste primer momento y durante todo el proceso metodológico. Si bien no hay un único camino para iniciar el momento de inserción, se pueden señalar algunos criterios orientadores de la acción durante este proceso:

- Las formas de inserción son múltiples y no hay recetas específicas para cada inserción, ellas dependen de la particularidad que adquiere cada práctica profesional
- Lo primero que se debe hacer es informarse, saber escuchar y observar antes de confrontar o emitir juicios
- Para informarse se puede hacer uso de diferentes técnicas, por ejemplo, a través del diálogo informal, la lectura de archivos, la observación participante y

no participante, las entrevistas, las visitas domiciliarias y la información de fuentes primarias y secundarias sobre la institución y los actores

- Es necesario profundizar el contacto con informantes claves para alcanzar un proceso de inserción más direccionado, porque estos informantes ya tienen una experiencia que ayuda a comprender la trama social de los actores de la intervención.
- También es importante la información que se puede recabar a partir de la lectura y análisis de proyectos y programas o fichas sociales, a fin de poder contar con información importante sobre la direccionalidad que tienen las instituciones con respecto a la problemática de los sujetos. (Rozas Pagaza, 1998)

El diagnóstico es el momento de síntesis de un proceso de conocimiento que se ha generado desde la inserción del profesional en el contexto particular de su intervención, con el fin de indagar sobre el campo problemático. Este diagnóstico adquiere relevancia cuando se incluye la perspectiva de los actores sociales en la problematización de la realidad, teniendo en cuenta la percepción que tienen acerca de sus propias vidas, su historia y sus necesidades. Un diagnóstico que reúna éstas características permite una mirada crítica y desnaturalizada de los problemas sociales, posibilitando una intervención transformadora.

Después de recogido el material o elementos testimoniales, encuestas, etc., es necesario comparar los datos y luego interpretarlos. Esta temática Richmond la trató en el Capítulo XVIII de su libro "Social Diagnosis", en el que se refiere a la comparación e Interpretación, considerado por ella como el Diagnóstico. El comparar la información, es un proceso crítico e incluye la revisión de cada punto con todos los otros que están en mente y, a veces, con los otros puntos excluidos deliberadamente. No hay que enfatizar los hechos que han sido establecidos con dificultad, ni tampoco las primeras y últimas declaraciones e hipótesis. Se debe volver a probar, cuidadosamente, las inferencias que han reforzado la conducta de la indagación hasta ese momento. A este efecto, Mary Richmond propone un

cuestionario, que da sugerencias detalladas para la comparación de información. Sin embargo, se pueden hacer todas las comparaciones de manera cuidadosa, sin que llegue a ningún resultado. La "maquinaria de trabajo" del Diagnóstico, no asegura resultados donde faltan fundamentos imaginativos. Un buen diagnóstico social está completo y terminado, cuando se ha puesto énfasis en los rasgos que indican el tratamiento social a seguirse. El Diagnóstico resumido en una palabra, en una frase, es una simple clasificación y es de escaso valor; pero un Diagnóstico detallado puede carecer de valor, si le están faltando los factores principales que están influyendo en el caso. El Diagnóstico Social no sólo debe definir claramente las dificultades, sino también descubrir aquellos elementos en la situación que pueden llegar a ser obstáculos o ayuda en el tratamiento.

Bibiana Travi sostiene que "el diagnóstico deberá centrarse en identificar las posibles determinaciones y relaciones causales que inciden en la producción de los fenómenos sociales, y en determinar las posibilidades de acción aportando:

- una visión orgánica y dinámica de los procesos sociales y sus determinaciones, a fin de esclarecer la naturaleza y magnitud de los problemas a abordar
- una ubicación de los espacios estratégicos para la acción, lo cual significa que el diagnóstico no puede limitarse a la descripción de la existencia de los problemas estructurales y procesos sociales afectados". (Travi, 2006:102)

En este sentido, el diagnóstico social también debe ser entendido como una investigación diagnóstica, es decir, como "*un tipo de investigación empírica que nos permite comprender los hechos sociales "situados" o "contextuados", brindándonos un doble resultado. Por un lado una, cosmovisión orgánica y dinámica de los problemas sociales y las determinaciones de éstos, precisando la magnitud cuali-cuantitativa de los mismos, desde los cuales se pretende generar un proceso de intervención profesional. Por otro lado, la investigación diagnóstica nos brinda una delimitación de los espacios estratégicos para la acción*". (Escalada, Fernández, Fuente 2004: 77).

El diagnóstico social es interpretativo y conceptual. Su esencia no únicamente es la recopilación de datos, sino su análisis para establecer relaciones entre los

factores. La interpretación y conceptualización refieren a un esfuerzo cognitivo por elaborar una explicación plausible, detallada y organizada de conceptos a partir del establecimiento de relaciones y asociaciones lógicas entre los hechos disponibles. (Díaz y Fernández Castro, 2013).

También es posible referirse al Diagnóstico como “Evaluación”. Cristina De Robertis prefiere este término por oposición al de diagnóstico, ya que la palabra diagnóstico lleva una impronta ligada al uso médico. El profesional de la medicina elabora su diagnóstico previo al tratamiento, puesto que la enfermedad no puede ser tratada antes de conocerse; en cambio para el trabajador social *“el conocimiento y la comprensión de la situación no constituyen una etapa separada de la acción”*. (De Robertis, 2006:163).

El tercer momento es la Planificación, proceso que permite decidir en forma anticipada qué se quiere lograr, cómo lograrlo, cuándo, con qué recursos, dónde y para quiénes. En este momento se diseñan ordenada y lógicamente las actividades destinadas a lograr los objetivos que se plantea la Intervención. Es en ésta etapa, en la que se construyen estrategias eficientes y eficaces para cada realidad particular. *“La planificación estratégica está orientada a generar un proceso de elaboración y toma de decisiones, a partir de la interacción de los actores y el conocimiento fundamentado de la realidad. Esta realidad es considerada compleja, en la medida que los actores interactúan a través de distintas racionalidades y autorreferencias explicativas”* (Rozas Pagaza, 1998:89).

Cabe aclarar que los diferentes momentos del proceso metodológico no deben ser concebidos a modos de etapas que se suceden de forma lineal. La inserción el diagnóstico y la planificación forman parte de un proceso que se desenvuelve de manera dialéctica, y van acompañados de una evaluación permanente que redirecciona la intervención cada vez que sea necesario.

■ Sistematización en Trabajo Social

Como se mencionó en la introducción de este documento, la presente tesis se enmarca en las características del tercer ítem, punto “d”, artículo 4 del anexo de la OCS 1613 que propone *una Sistematización de una experiencia de campo*.

Se trata de un documento que pretende reflejar la construcción de la práctica institucional supervisada desde una mirada retrospectiva (Gagneten, 1990), que permita describirla, explicarla y analizarla críticamente.

Existen múltiples procedimientos para la producción de conocimientos, y la Sistematización es solo uno de ellos. Sistematizar no implica únicamente las operaciones de descripción y explicación de una práctica sino que, además, implica una reflexión profunda de quien sistematiza, entendiéndose como parte de una época y contexto en particular, que son a la vez alcance y límite de la producción e interpretación de aquello que se está sistematizando. (Sandoval Ávila, 2001).

La sistematización representa una articulación entre la teoría y la práctica y sirve a dos objetivos: mejorar la práctica y enriquecer, confrontar y modificar el conocimiento teórico existente, contribuyendo a convertirlo en una herramienta útil para entender y transformar la realidad.

Es “un proceso de reflexión e interpretación crítica de una intervención profesional o de un aspecto de ella, que parte de la explicitación del marco epistemológico, teórico y valorativo desde el cual se intervino y desde el cual se realizará la reflexión”. (De Quiróz, M. y Rodríguez, 2004; 11)

En este sentido, Oscar Jara propone dos formas de concebir la sistematización: como sistematización de datos (información), o como sistematización de experiencias.

- En el primer caso, se hace referencia al “ordenamiento y clasificación de datos e informaciones, estructurando de manera precisa categorías, relaciones, posibilitando la constitución de bases de datos organizados, etc.”
- En el segundo caso, “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.” (Jara, 2001: 2)

Tal como lo expresa la Cooperativa Centro de Estudios para la Educación Popular (2010), la sistematización tiene cuatro propósitos, que se encuadran en los principios de la educación popular: aprender desde la experiencia, producir conocimientos desde la experiencia, construir propuestas transformadoras desde la experiencia y, finalmente, socializarlos resultados de la sistematización de experiencias.

Lo que se intenta es reconstruir una práctica a partir del procesamiento de los datos, a fin de comprenderlos e interpretarlos de manera crítica, para que puedan construirse y compartirse nuevos conocimientos y experiencias. Es un desafío el intentar llevar a cabo este proceso de construcción de conocimiento científico en las Ciencias Sociales, puesto que, históricamente, han sido y en muchos casos continúan estando subordinadas a los criterios de rigurosidad científica del enfoque Positivista. (Parola, 2009)

De las múltiples propuestas metodológicas para sistematizar la práctica de pregrado, objeto de la presente tesis, se ha optado por la de Antonio Sandoval Ávila. Se trata de un esquema que propone una sucesión de momentos que organizan el material y la forma de trabajarlo de manera flexible. Los momentos que integran la propuesta metodológica de sistematización de este autor son los siguientes:

1. Justificación
2. Objetivos
3. Contextualización y reconstrucción de la práctica
4. Descripción de la práctica. Elaboración del discurso descriptivo de la práctica reconstruida
5. Interpretación crítica de la práctica reconstruida
6. Conclusiones
7. Prospectiva
8. Socialización

■ La Salud a lo largo de la historia

En primer lugar, es necesario tener en cuenta que no hay un concepto unívoco, aceptado y consensuado universalmente que defina a la Salud. Se trata, entonces, de una construcción histórica, social, cultural y subjetiva, que ha mutado a lo largo del tiempo y que, a su vez, varía y adquiere diferentes connotaciones y significados, según distintos contextos y grupos sociales.

- La Salud en la Prehistoria

El hombre aparece en la Tierra hace aproximadamente 500.000 años. Durante la Era Cuaternaria, el planeta estaba casi cubierto de hielo, el hombre prehistórico vive en cuevas y utiliza los elementos que tiene a su alrededor para mejorar sus condiciones de vida y obtener alimentos. Posteriormente se producen un periodo interglaciar, tras los que mejora la temperatura ambiental y aparece tierra bajo las grandes cantidades de hielo. El hombre sale de las cuevas, construye chozas y aprende a hacer trampas para cazar animales. Al mejorar las condiciones de vida, la esperanza de la misma es más alta.

A partir del año 8 a.C. el hombre empieza a aprender a sembrar semillas y a conservar cosechas para el invierno. Alrededor del año 5 a.C. se entra en la Edad de los Metales, ésta revolucionará totalmente las condiciones de vida de las personas.

Durante esta época, la primera organización social se va a desarrollar alrededor de lo que se conoce como clanes. El *clan* es un grupo de personas (hombres, mujeres y niños) en los que todos pertenecen a la misma familia. Cuando varios clanes se unen por interés es cuando se organizan las *tribus*. Éstos llevarán aún una vida nómada, yendo de un lugar a otro en busca de alimentos.

Paralelamente a la división social, se va a producir también una división del trabajo a partir del sexo y la edad. Los hombres se encargarán de la caza y la pesca y las mujeres de preparar alimentos y cuidar a los niños y enfermos.

La mujer desde la primera sociedad primitiva va a tener asignada la tarea de cuidar de los niños y de los ancianos, ya que estos últimos debido a su edad no podían cazar.

Las primeras ideas relacionadas con el tratamiento de la enfermedad, se adquieren a partir de la observación de la naturaleza y de la vida de los animales. De este modo el hombre empieza a encontrar explicación y tratamiento para algunos de sus males o enfermedades.

El hombre primitivo creía que todos los objetos naturales tenían vida, que estaban vivos y poseían un espíritu o alma, esto constituía el eje central del pensamiento mágico-religioso: todo lo anormal era atribuido a una causa sobrenatural. La enfermedad era consecuencia de un castigo divino.

Se hacía necesario que alguien interpretara los síntomas e indicara la forma de sanarlos. A partir de este momento la tribu asigna este cometido a una persona del grupo, la que más habilidad tenía para ello y se pensaba que tenía relación con dichos espíritus. Es cuando aparece la figura del curandero o mago-chamán.

Dado que la cosmovisión de salud-enfermedad en esta etapa se centra en lo sobrenatural, las intervenciones sobre estos procesos es a través de ritos y cultos a los dioses.

- Edad Antigua-Cultura Griega y Romana

Este período marca el inicio de una concepción naturalista y racionalista. La salud es el bien máspreciado, porque sin salud no puede haber belleza. La enfermedad es concebida como un desequilibrio, una desviación de la norma. Para Hipócrates (460 A.C.) las causas de la enfermedad no tenían un origen divino, sino que manifestaban cambios ocurridos en el interior del organismo como consecuencia de su interacción con el medio que lo rodeaba. Hipócrates da origen a la medicina como saber técnico y científico: propone investigar la causa de la dolencia,

En esta etapa se pasa del sentido mágico-religioso al desarrollo de la higiene personal y pública. Las intervenciones en salud tienen un fuerte componente preventivo que van desde cuidados en la alimentación y el fomento de la higiene

personal, hasta cuestiones de higiene ambiental vinculadas con las condiciones de vida.

- Salud en la Edad Media

La escolástica es la corriente teológico-filosófica dominante del pensamiento medieval, y se basa en la coordinación entre fe y razón, que en cualquier caso siempre supone la sumisión de la razón a la fe. Tras la muerte de Galeno y posteriormente con la caída del Imperio Romano, las ideas de las culturas griega y latina sufren una involución. Renace el primitivismo y la brujería, observándose una fanática reaparición del modelo extranatural de la enfermedad.

Por las influencias religiosas, no podía inspeccionarse los cuerpos. Dios era motor, principio y fin de todas las cosas y, como consecuencia, la enfermedad venía directamente de él. De aquí que las “buenas obras” permitiesen conservar una salud perfecta tanto del cuerpo como del espíritu, lo que a su vez ayudaba a alcanzar la vida eterna.

La salud del cuerpo va acompañada de la salud del alma, por esto la salvación del alma es uno de los objetivos de los Estados cristianos. La curación en estos casos estará encomendada a los sacerdotes primero y a los religiosos y religiosas después que mediante la “imposición de manos” y las “oraciones”, serán los que intercedan ante Dios para conseguir la salvación, tanto del cuerpo como del alma. Las primitivas prácticas mágicas relacionadas con la curación de las enfermedades, no desaparecerán, sino que se unirán a los nuevos criterios religiosos y, aunque unos y otros irán sufriendo transformaciones con el paso del tiempo, durante siglos seguirán estando presentes en la mente humana.

- Modernidad (S. XVIII y XIX):

En este período, como consecuencia de las nuevas formas de producción, comienza a haber una preocupación por un grupo emergente de nuevas enfermedades, producto de las condiciones de trabajo de los obreros. Surge en

Europa el concepto de Medicina de Estado, haciendo referencia al rol que éste debe ocupar en el control de la vida ciudadana.

Durante este período se retoma con la importancia del ambiente y su impacto en la salud. Se configuran las bases de lo que será la Salud Pública, teniendo en cuenta las condiciones sociales productoras de enfermedad, y tomando medidas preventivas a nivel social.

- Siglo XIX e inicios del S. XX

El paradigma que se impone durante este período es el Positivista. La Modernidad puede ser entendida como todo aquello que involucra la razón, negando todo lo que no puede explicarse si no a través de la ciencia, dejando a la creencia popular fuera del conocimiento universalmente aceptado. Dentro de esta concepción de creencia, la "Salud", entendida como ente fundamental del "Bienestar Humano" es atacada por diversas enfermedades, que ya no pueden ser tratadas por inexpertos brujos, ni sacerdotes. Se implanta así el modelo biomédico, el cual considera que los problemas de Salud son cuestiones estrictamente individuales; su perspectiva analítica, separa cuerpo y mente, realizando una operación de división para su estudio y tratamiento.

En este siglo se consolidan los Estados Nacionales, que deben garantizar salud a toda la población. De este modo, el modelo de Salud Pública que implementan los Estados Nacionales se expande y consolida sobre la base del modelo biomédico, centrado en la enfermedad y que entiende a la salud como lo opuesto a enfermedad. Desde la mirada del Estado Gendarme de la Modernidad, la Salud Pública ha requerido de un aparato policial, distintas instituciones de vigilancia, control y castigo para garantizar el orden, la producción y la salud de la población.

“En cuanto a la acción sobre el cuerpo, tampoco ésta se encuentra suprimida por completo a mediados del siglo XIX. Sin duda, la pena ha dejado de estar centrada en el suplicio como técnica de sufrimiento; ha tomado como objeto principal la pérdida de un bien o de un derecho. Pero un castigo como los trabajos forzados o incluso como la prisión -mera privación de libertad-, no ha funcionado jamás sin

cierto suplemento punitivo que concierne realmente al cuerpo mismo: racionamiento alimenticio, privación sexual, golpes, celda.” (Foucault, 1975:17)

- La Salud en el Siglo XX

En las primeras décadas del S. XX, la salud no era entendida en general como un asunto de Estado. Su mención como derecho, en las Cartas Constitucionales de los países, recién se extiende después de la Primera Guerra Mundial. Es decir que, el concepto más difundido, atribuía a la salud una responsabilidad individual. Cuando el Estado se ocupaba de construir hospitales, a menudo urgido por necesidades de guerra, en general cedían luego su administración a asociaciones civiles, de carácter benéfico o confesional.

En términos de la "contención" que la sociedad brindaba a los problemas sanitarios que los desposeídos padecían, como consecuencia de su situación social, el recurso predominante provenía de la lógica de beneficencia, en cuyo nombre las clases pudientes o las instituciones religiosas, proporcionaban ayuda y cuidados a la población carenciada.

Otro componente de la "contención" social es el que ejercían los sectores de bajos recursos entre sí, con el carácter de ayuda o socorros mutuos. Es decir, una entidad no estatal de asociación voluntaria, mediante la que sus miembros contribuían a un fondo común para recibir ciertos beneficios en el momento en que los necesitaran. Probablemente, esta modalidad sea consecuencia de una reproducción extra-estatal del modelo de Seguridad Social, implementado en Alemania e Inglaterra antes de la 1ª Guerra Mundial y trasladado luego por los inmigrantes.

El enfoque sanitario de ese momento, entendido como intervención de los poderes públicos para proteger la salud de la población, se limitaba a una visión higienista, destinada a vigilar las condiciones del medio-ambiente urbano y a circunscribir la diseminación de las epidemias. El enfoque higienista también se expresaba en las Asistencias Públicas, como organismos típicamente urbanos

destinados a vigilar la higiene ambiental, las emergencias y más tarde las vacunaciones.

En nuestro país, las Sociedades de Damas de Beneficencia se ocupaban de la administración de los hospitales públicos. Estas Sociedades existían en las principales ciudades del país y, todas ellas, estaban agrupadas en una Federación. Las actividades sanitarias se conducían desde dos organismos del Estado nacional: el Departamento Nacional de Higiene, dependiente del Ministerio del Interior, y la Comisión Asesora de Asilos y Hospitales Regionales, en la órbita del Ministerio de Relaciones Exteriores y Culto. La vinculación formal del Estado con las Sociedades de Beneficencia, así como con los hospitales confesionales, se establecía a través de la citada Comisión Asesora.

En 1948, junto con la firma de la carta constitutiva de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), se crea el ente sectorial dedicado a salud, la Organización Mundial de la Salud (OMS). El enfoque sanitario adquiere una denominación identificatoria y un cuerpo conceptual: salud pública, es decir, una disciplina de abordaje de lo social o colectivo, como visión superadora del enfoque clínico o individual. El mismo año en que se inaugura la OMS, se crea el Servicio Nacional de Salud (SNS) británico, un modelo socializado de Medicina, en el seno de una economía netamente capitalista, conducido piramidalmente desde el Estado Nacional.

El manejo de los servicios de salud como un sistema universal, estatal y centralizado, determina que la planificación constituya el recurso metodológico por excelencia de la política sanitaria. La clave del éxito de una buena gestión, dependerá de la más minuciosa y ordenada asignación de los recursos, en función de la representatividad de los datos estadísticos, que reflejen la situación sanitaria y las necesidades existentes.

- Acepciones Actuales del Concepto de Salud

Dada la vigencia que todavía tiene el modelo biomédico en nuestra sociedad, es posible detenerse en algunas las concepciones de Salud que continúan persistiendo en nuestra cultura occidental.

Una de ellas es la que hace referencia a la salud como *ausencia* de enfermedad manifiesta, es decir, como una condición opuesta a enfermedad. El individuo estará *saludable* mientras permanezca libre de dolor. Esta concepción de salud se centra en aspectos físicos, y tiene una visión estática y a-histórica del individuo, por lo cual no contempla la incidencia del contexto social en la salud.

Una segunda definición, ampliamente criticada, pero que merece ser tenida en consideración por la aceptación que incluso actualmente posee en los equipos de salud, es la propuesta por la OMS, en el año 1948. En la misma se define a la salud como “*un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente ausencia de enfermedad*”.⁵

En esta definición se puede apreciar el intento por superar la mirada individualista del modelo biomédico, ya que se incorpora, por un lado, el aspecto subjetivo, el “bienestar” y, por otro, se toma en cuenta a la persona desde una perspectiva integral, como ser *bio-psico-social*. Sin embargo, giran en torno a esta conceptualización nuevos interrogantes: si la salud es un “estado”, ¿cómo se llega a él?; ¿qué implica un “completo bienestar”?

Otra perspectiva que pretende ampliar la mirada que se tiene sobre la salud y extenderla más allá de un “estado”, es aquella que propone a la salud como *proceso*. En este sentido, es necesario tener en cuenta que salud y enfermedad no son extremos de una recta. Ningún ser humano está totalmente sano o totalmente enfermo. La salud-enfermedad podrían considerarse como diferentes grados de adaptación y transformación del hombre a su medio social, los modos y estilos de vida. En este constante cambio y dinamismo, se habla de *proceso* salud-enfermedad-atención, pues no hay un límite exacto entre ambos conceptos.

⁵ Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO) Disponible en: <http://salud.ciee.flacso.org.ar/files/flacso/pdf/Modulo1.pdf>

Al respecto Floreal Ferrara afirma que “la salud tiene que ver con el continuo accionar de la sociedad y sus componentes para modificar, transformar aquello que deba ser cambiado y permita crear las condiciones donde a su vez se cree el ámbito preciso para el óptimo vital de esta sociedad”. (Floreal Ferrara, 1993).

Finalmente, es menester mencionar el enfoque que plantea la salud como *derecho*. La Declaración Universal de Derechos Humanos, aprobada por la ONU en 1948, hace un reconocimiento de la dignidad y derechos inalienables del hombre, entre ellos el derecho a la salud, y compromete a los Estados a asegurar su reconocimiento y cumplimiento. Ahora bien, *¿qué se entiende por derecho a la salud?* “Derecho a la Salud no significa derecho a gozar de buena salud (...), significa que los gobiernos y las autoridades públicas han de establecer políticas y planes de acción destinados a que todas las personas tengan acceso a la atención de salud en el plazo más breve posible”.⁶

■ **Campo de la Salud**

Por “campo” se entiende un espacio de acción y de influencia, donde se dan relaciones sociales determinadas. Estas relaciones quedan definidas por la posesión o producción de una forma específica de capital, propia del campo en cuestión. No se trata de la suma de las personas que se consagran a la política o la producción cultural, sino del sistema de posiciones que ocupan esos agentes en la política o en la cultura. (Bourdieu, P.1981:113).

Un campo se define, entre otras cosas, por lo que está en *juego*, y los intereses específicos del mismo. Cada campo producirá un tipo específico de capital, de interés propio, por el cual los diferentes agentes que lo constituyen se disputan. En este sentido, todo campo es campo de fuerza, “de lucha” entre los agentes, de

⁶ Veinticinco preguntas y respuestas sobre salud y derechos humanos”. Serie de publicaciones sobre salud y derechos humanos, Nº 1. Organización Mundial de la Salud. Julio 2002.

planificación de estrategias de actores e instituciones comprometidos en ese campo. En definitiva, se trata de conservar o de transformar la estructura de distribución del capital específico.

Bourdieu rompe con la tradición heredada por Marx de capital económico, y amplía la noción a otros tipos de capital: cultural, social, simbólico. “Capital” es el conjunto de bienes acumulados que se producen, se distribuyen, se consumen, se invierten, se pierden. (Costa 1976; citado en Gutiérrez 2002).

El campo en el cual se llevó a cabo la experiencia que se sistematiza en esta tesis fue el de salud. Hugo Spinelli, caracteriza el Campo de la Salud como la *“complejidad, producto de la combinación de la alta concentración de capital económico; los problemas de financiamiento; la corrupción –macro y micro–; la persistencia de estructuras administrativas arcaicas en el Estado, que atentan contra quienes intentan dar cuenta de otras institucionalidades; las bajas capacidades de gobierno/gestión; la falta de regulación en la formación de profesionales; el significativo número de trabajadores que componen la fuerza de trabajo; la autonomía de los mismos y el destacado valor social de los temas sobre los cuales se desarrollan las prácticas”* (Spinelli, 2010:276).

Las prácticas que se llevan en el campo de la Salud responden a la lógica de lucha entre los efectores de salud, forzados continuamente a interpelarse, a negociar significados y a construir, en el mejor de los casos, consensos en la intervención profesional. (Carballeda, 2004) La intervención del Trabajador Social en el Campo de la Salud, exige comprender los significados que los sujetos le asignan a sus situaciones cotidianas en torno a la salud.

■ **Modelo médico hegemónico**

El llamado Modelo Médico Hegemónico (MMH) constituye una perspectiva que se establece a partir del paradigma positivista desarrollado y expandido en las Ciencias a largo del siglo XIX.

Este ha tenido un acelerado desarrollo y prestigio basado en la evolución de la Biología y de las Ciencias Naturales sobre la base del llamado Método Científico y el diseño experimental. El Modelo, considera que los problemas de Salud son cuestiones estrictamente individuales; su perspectiva analítica, separa cuerpo y mente, realizando una operación de división para su estudio y tratamiento.

Se debe aclarar, que el MMH no sólo se sustenta en la práctica médica, sino que también, lo hace a través de los diferentes sujetos que intervienen en el Campo de la Salud. Cuando se habla de diferentes sujetos, se hace referencia a pacientes, familiares, trabajadores de la Salud, autoridades de todos los niveles, entre otros; actuando como productores y reproductores, dentro de esta lógica biologicista en la cual se basa el Modelo.

Es pertinente aclarar que éste Modelo conocido como Modelo Médico Hegemónico no es el único Modelo vigente dentro del Campo de la Salud, ya que existen otros Modelos que buscan imponerse como dominantes, entre ellos se encuentran el Modelo Biopsicosocial o Antropológico, la psicologización, o Modelos relacionados al naturismo; que en cierta medida, continúan otorgándole un protagonismo central a la práctica médica ante los demás profesionales actuantes en el Campo. (Escoda, Guy, Moyano 2013)

Mientras que para el denominado Modelo médico hegemónico la salud es una mercancía y lo que se busca es la ausencia de enfermedad, independientemente de los factores sociales, culturales, económicos y/o ambientales que inciden sobre ella, el Trabajo Social en el ámbito hospitalario debe asumirse desde una perspectiva de Derechos Humanos, como promotor de ciudadanía, lo que implica considerar a la persona que presenta una demanda como sujeto pleno de derechos y protagonista central en la construcción de la salud. (Cesilini y otros, 2007)

Como agentes activos del campo de salud, los trabajadores sociales buscan cuestionar e interpelar la naturalización del dolor y sus causas. “Allí, donde hay algo más que un cuerpo enfermo, un número de cama, un caso psiquiátrico, hay un sujeto que demanda ser escuchado en clave social”. (Carballeda, A. 2012:9).

■ **Supervisión en Trabajo Social**

La palabra supervisión procede del latín *super videre*, “ver por encima”. Una primera aproximación lexicográfica define a la supervisión como “la actividad de vigilancia e inspección superior de una actividad”.

Pese a las diferentes caracterizaciones que se pueden hacer respecto a qué implica supervisar, cómo debe llevarse a cabo la supervisión, qué características debe poseer el supervisor, etc; se pueden encontrar en las implementaciones del término dos características fundamentales que comparten la mayoría de los autores: uno de ellos tiene que ver con el componente educativo de la supervisión, es decir, el proceso de supervisión es una forma de aprendizaje, adiestramiento y desarrollo de destrezas y habilidades; y el otro con la mejora de la calidad de los servicios brindados por la institución.

Se puede decir que “la supervisión 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”. (Aguilar, 1994:32).

La autora desglosa el concepto, explicando cada uno de los aspectos que lo conforman:

- *Proceso Sistemático*: la supervisión se realiza mediante procedimientos rigurosos y sistemáticos que, apoyados en el método científico, permiten la mayor

validez y fiabilidad posible de los resultados obtenidos, a la vez que posibiliten un grado aceptable de objetividad en el tratamiento de los mismos.

- *De Control*: las actividades de la supervisión forman parte del control operacional de los servicios y programas sociales.

- *Seguimiento*: las actividades deben llevarse a cabo en el tiempo y modo previsto

- *Evaluación*: el proceso de supervisión implica enjuiciar el mérito y el valor del trabajo que alguien está desarrollando.

- *Orientación*: se busca guiar al supervisado en su trabajo, indicándole las formas en que puede mejorar.

- *Asesoramiento*: la supervisión pretende ayudar a utilizar de la forma más eficaz posible los conocimientos y habilidades del supervisado.

- *Formación*: la supervisión es un modo de aprendizaje a partir de la reflexión crítica sobre la propia práctica.

- *De carácter administrativo y educativo*: la supervisión tiene componentes administrativos, en tanto que forma parte de la gestión de programas y servicios; y tiene elementos educativos por cuanto procura mejorar y ayudar a los trabajadores o estudiantes en el desempeño eficaz de sus tareas, haciéndolos más competentes.

- *Que lleva a cabo una persona en relación con otras*: el proceso de supervisión tiene un componente relacional y de comunicación interpersonal entre supervisor y supervisado.

- *Sobre las cuales tiene una cierta autoridad dentro de la organización*: el rol y función del supervisor implica siempre un grado de jerarquía administrativa superior a los supervisados.

- *A fin de lograr la mejora del rendimiento del personal, aumentar su competencia y asegurar la calidad de los servicios*: la supervisión posibilita llevar a cabo una evaluación del rendimiento del personal, es decir, de la suma de competencias, habilidades y destrezas que un trabajador debe poseer para el mejor desempeño de sus tareas, incluyendo la propia satisfacción en el puesto de trabajo. (Aguilar, 1994)

En suma, puede decirse que la Supervisión es una práctica sistemática de formación permanente, centrada a la revisión de las condiciones e interferencias de la intervención, previsibles o imprevisibles, registrables objetiva y subjetivamente, conducente a la construcción y apropiación del rol específico, al desempeño profesional ético y competente, al ejercicio de una práctica consciente y contextualizada histórica y culturalmente, y a la gestación de un profesional autónomo.⁷

Todo proceso de supervisión, para que sea llevado a cabo eficientemente, requiere de un encuadre, que se trata de todas aquellas condiciones para hacer una tarea determinada sobre acuerdos mutuos entre los actores que la realizan. Cada supervisor determina desde qué esquema conceptual-metodológico o paradigma va a trabajar. Esto configura el primer cuerpo de constantes. El segundo lo integran las constantes témporo-espaciales, y el tercero las constantes de funcionamiento, que son las que facilitan la tarea, como ser lo referente a los roles, relaciones, objetivos, registros, etc. (Kisnerman, 1999).

⁷ Ficha de cátedra "Supervisión", UNMDP, Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social. Año 2013.

■ **Síntesis del capítulo**

Hasta aquí se ha propuesto un marco teórico con las matrices conceptuales que configuran el Trabajo Social, las cuales se consideran fundamentales para comprender cómo se articula la teoría y la práctica profesional.

El trabajo social es una profesión cuya construcción es histórica y cambiante, sujeta a los contextos sociales, políticos y culturales. Se vale de un cuerpo teórico que se nutre con los aportes de múltiples ciencias; y de un método propio que posibilita el logro de los objetivos.

Actualmente intervenimos en una realidad compleja y dinámica, que nos demanda una permanente formación en relación a las problemáticas sociales en las que intervenimos, y una postura crítica y reflexiva, alerta a la realidad conflictiva y cambiante en la que trabajamos, por lo tanto el paradigma que adoptemos va a determinar los procedimientos que utilicemos en nuestra intervención.

Elegimos ser profesionales que forman parte del cambio, de la transformación de una realidad que nos parece injusta y desigual y, a la vez, confrontamos con aquellos que pretenden mantener el orden de lo preexistente. En este sentido, nuestra intervención se lleva a cabo en un espacio de lucha entre diferentes actores, atravesado por relaciones de poder.

Aceptar la idea de que intervenimos en un espacio de confrontación implica, entonces, aceptar que debemos adoptar estrategias que nos permitan identificar los obstáculos que vayan a desafiarnos y que tendremos que resolver para alcanzar nuestros objetivos. Nuestra intervención, entonces, es una intervención que requiere de un pensamiento estratégico, que nos permita anticiparnos a los desafíos que se nos presenten en nuestro quehacer diario.

CAPÍTULO II

PARTE A

■ El patriarcado como contexto

Siendo el maltrato infantil la problemática social objeto de esta tesis es conveniente, antes de abordarla completamente, situarse en el contexto social y cultural en que tal problemática ha encontrado razón y fundamento de su ejercicio.

A partir de la división sexual del trabajo y del espacio público y privado, se acentuó un proceso que, si bien comenzó a desarrollarse antes del período capitalista, adquiere en el capitalismo características particulares que llevaron progresivamente a la supremacía del hombre-padre-de-familia, por sobre la mujer y los hijos. *“La división sexual del trabajo es universal, pero es específica la forma que adopta cada sociedad, existiendo una gran variabilidad cultural (...) lo que demuestra que la vinculación entre trabajo y sistemas de género depende de factores culturales y no de diferencias biológicas entre hombres y mujeres”*. (Comas d’Argemir, 1995:32)

Los cambios que la sociedad y la familia han sufrido, sobre todo a partir del proceso de industrialización reconfiguraron los roles de la familia. (Susana Torrado, 2003). Los roles de los hombres, mujeres y niños en la familia, se vieron afectados por los cambios, desde los primeros años de la industrialización, ya que además de ocuparse de los hijos en el hogar, muchas mujeres salían a trabajar. Pero en los grupos con mejor situación económica llegó a ser una creencia muy extendida que el lugar de la mujer es la casa, mientras que el hombre era quien tenía que ganar el pan. (Giddens, 1995).

“Fundada durante siglos en la soberanía divina del padre, la familia occidental se vio, en el siglo XVIII, ante el desafío de la irrupción de lo femenino. Se transformó, entonces, con la aparición de la burguesía, en una célula biológica que otorgaba un lugar central a la maternidad” (Roudinesco, 2013:11). La familia nuclear burguesa, como nueva organización de la unidad doméstica, adquiere una imagen inédita tanto en su interior como hacia el conjunto de la sociedad. Se convierte casi exclusivamente en un ámbito de producción de sentimientos, un lugar privado considerado responsable de la protección, educación y contención de las nuevas generaciones y como unidad de consumo. (Laurin-Frenette, 1991) Al mismo tiempo

adquiere una función necesaria para el mantenimiento de la cohesión y reproducción social, convirtiéndose en unidad vital de la sociedad.

Estas transformaciones en la actualidad se han consolidado fuertemente, aunque el Estado también participa en algunas de las funciones consideradas como propias del ámbito privado, tales como educación, salud, asistencia social, etc., pero como complemento, o sea sin menoscabar la prioridad de la familia. Como indica Cristina Carrasco *“en el proceso de reproducción de la vida participan tres esferas: la de la producción mercantil en forma indirecta a través del salario; la familiar o reproductiva a través del trabajo doméstico, que no responde a criterios mercantiles, para asegurar la subsistencia de todos sus miembros; y la esfera pública que actúa a través de determinados bienes y servicios sociales que controla y distribuye mayormente el Estado”*. (Carrasco, 1995:34)

A medida que avanzan estos procesos, el lugar socialmente asignado como prioritario a las mujeres se va configurando en torno de las funciones de cuidado de la familia y las tareas domésticas. De este modo, la vinculación con lo doméstico se convierte en la definición primaria del rol de las mujeres en las sociedades capitalistas. Su participación en la producción se entiende como complementaria o secundaria respecto de su función primordial, ocupando en la esfera de la producción un lugar subordinado y de menor valor con respecto al varón. Para los varones se sigue definiendo como “su” lugar el espacio público, la producción, y su función es la de adquirir los recursos suficientes para la satisfacción de las necesidades materiales de subsistencia de las y los miembros del hogar

Después de la Segunda Guerra Mundial, las transformaciones sociales y económicas produjeron una ampliación de los derechos sociales, políticos y económicos de las mujeres, que impactó en el rol tradicional de lo femenino. Se dieron grandes cambios para las mujeres: universalización del sufragio femenino, ingreso masivo en el mercado laboral y en el sistema educativo, introducción de algunas de sus demandas en los sistemas políticos y en las “agendas” de los gobiernos nacionales y organismos internacionales, aumento de los estudios y análisis sobre la situación de las mujeres, etc.

Las mujeres acrecentaron perceptiblemente su participación en el ámbito público, pero esto no significó la abolición de las jerarquías en las relaciones de género, sino una modificación de dichas relaciones. *“Si bien las mujeres occidentales ya no están recluidas exclusivamente en el ámbito doméstico y participan de casi todas las actividades de la vida pública, esto no significa que se hayan desligado de parte de sus tareas en el ámbito doméstico, sino más bien que están conviviendo viejas y nuevas prácticas en una relación de tensión conflictiva”*. (Fernández, 1994:135).

El patriarcado es el sistema que controló, disciplinó reguló y puso a los varones en el espacio de lo público, del sujeto activo, de lo racional; y a la mujer en el ámbito de la naturaleza, la reproducción y del objeto sexual, arrastrando a los niños, naturalmente obedientes al hombre adulto, a ese mismo espacio. (Naddeo, 2005). El maltrato infantil y marital constituye unas de las más serias disfunciones de la familia, ya que no sólo le impiden cumplir con el cometido que le es propio, sino que la transforman en un sistema desintegrador de los miembros que la componen.

La autoridad del hombre ha sido, y en muchos aspectos continúa siendo indiscutida. Por tal motivo, no resulta tan extraño que los derechos de los niños y niñas hayan quedado relegados, puesto que la problematización de los mismos no encontraba lugar bajo el dominio patriarcal, y aun hoy la naturalización del sistema patriarcal subyace en diversas prácticas sociales.

■ Niños y niñas a lo largo de la historia

El maltrato de niños y niñas ha tenido lugar desde el comienzo de la civilización. Sin embargo su reconocimiento como un problema es relativamente reciente. “Desde la antigüedad, padres, madres, tutores y adultos responsables de su crianza han utilizado diferentes formas de maltrato, las cuales han sido consideradas como formas de enseñanza o medidas correctivas” (Tonon, 2001:9)

Si se hace un recorrido por la historia de la infancia y los tratos que los niños y niñas han recibido desde su nacimiento, se puede ver que la utilización de la violencia y el castigo como forma de adiestramiento, han sido prácticas habituales y hasta vistas con naturalidad por parte de los adultos encargados de su formación y cuidados. (Lloyde deMause, 1974).

DeMause se basa en una periodización que se fundamenta en la transformación gradual en sentido positivo de la relación entre el adulto y el niño y esboza una historia de la infancia desde la antigüedad hasta hoy; en la cual la evolución de los modelos de crianza siguen este proceso: 1) infanticidio; 2) abandono; 3) ambivalencia; 4) intrusión; 5) socialización; 6) ayuda. (DeMause, 1974)

1. El infanticidio: Esta fue una modalidad característica de la Antigüedad hasta el siglo IV D.C. El asesinato de los hijos a manos de sus padres era moneda corriente. Los niños carecían de un lugar definido en el grupo social y llegaban a representar una sobrecarga, un estorbo (en el caso de las hijas legítimas) o una vergüenza (en el de todos los hijos ilegítimos) antes que seres humanos con potencialidades. Se mantenía la costumbre de eliminar, sobre todo a las niñas, privilegiando la supervivencia de los varones primogénitos. Eran naturales, tanto que hasta el siglo IV, ni la ley ni la opinión pública veían nada malo en el infanticidio en Grecia o Roma. A los casos de infanticidio hay que agregar el de los niños ofrecidos en sacrificio, a los abandonados por representar una molestia, a los vendidos como esclavos y a los mutilados deliberadamente para mendigar.

2. El abandono: Este fue el modo peculiar del vínculo paternofamiliar entre los siglos IV y XIII. Dar muerte a los niños había empezado a ser considerado legalmente como asesinato. Así entonces las maneras de deshacerse de un niño pasaron a ser el

abandono, la entrega al ama de cría, la internación en monasterios o conventos, la cesión a otras familias en adopción, el envío a casas de otros nobles como criado o rehén o el mantenerlos en el hogar en una situación de grave abandono afectivo. Demause cita abundantes referencias sobre los malos tratos a que sometían las amas de cría a los niños que quedaban a su cuidado. Malos tratos tan severos que, generalmente terminaban en la muerte.

3. La ambivalencia: Tuvo su apogeo entre los siglos XIV y XVII. El niño a quien se le empieza a permitir tomar contacto y entrar en la vida afectiva de los padres, sigue representando peligros para ellos. En esta etapa histórica se considera que dichos peligros residen en el interior de los niños y, por lo tanto, todos los esfuerzos se dirigen a mantenerlos bajo control. Se compara a los niños con arcilla, con yeso o cera blanda a la que hay que darle forma. En este periodo aparece un número importante de manuales de instrucción infantil. Se recomendaban castigos corporales frecuentes y preventivos, se les restringían los movimientos envolviéndolos con una venda. Se los sujetaba con trabas durante los primeros años de vida y, posteriormente, se les impedía moverse libremente utilizando diferentes recursos (corsés, faja, maderas o hierro). Se los ataba a espaldas o se les colocaba los pies en el cepo mientras estudiaban, se usaban collares de hierro y otros elementos para corregir las posturas. Además se les imponía restricciones en los alimentos, no dándoles los suficientes, debían tomar pequeñas cantidades de comida y poca carne o ninguna. A su vez, se les suministraba opio y bebidas alcohólicas para que no llorasen, lo hacían para callar al niño y desde luego así muchos se quedaron callados para siempre. Los padres también se preocupaban por controlar lo que sucedía en el interior del cuerpo de sus hijos y eliminaban la suciedad y la descomposición con frecuentes purgas, supositorios y enemas. El hecho de que el excremento del niño tuviera un aspecto y olor desagradables significaba que el propio niño tenía allá, en lo más profundo de su cuerpo, una mala inclinación.

4. La intrusión: es el modo de relación paternofilial que particulariza al siglo XVIII. Durante este periodo los adultos comienzan a tomar contacto con sus hijos de otra

manera. Se modificaron las concepciones acerca de la infancia, ya que se les pasó a atribuirles un alma, aunque salvaje y maligna. En el siglo XVIII, los adultos dejan de considerar a los niños como portadores de una interioridad peligrosa aunque subsiste la necesidad de controlarlos mediante el dominio de la mente infantil. En esta época los niños eran criados por sus padres, amamantados por sus madres, permanecían pocos meses fajados, su educación higiénica comenzaba tempranamente. De cualquier modo, los castigos físicos son reemplazados por 9 sustitutivos, entre ellos el confinamiento y el encierro en cuartos oscuros durante horas e incluso días. En este siglo nace la pediatría que, juntos con la mejora general de los cuidados prodigados por los padres, redujo la mortalidad infantil.

5. La Socialización: Se extiende desde el siglo XIX hasta mediados del XX. La crianza comienza a entenderse no como un modo de dominar la voluntad del niño sino como la posibilidad de formarlo, guiarlo por el buen camino, enseñarle a adaptarse, socializarlo. Es una época en la que aparecen diferentes teorías psicológicas que se muestran firmemente interesadas en investigar qué les sucede a los pequeños, cómo perciben el mundo, cómo piensan, muchas veces comparándolos con los llamados “hombres primitivos”. El padre comienza por primera vez a interesarse por su hijo y su educación, ayudando, a veces, a la madre en la crianza. Hacia fines de esta etapa aparecen las primeras descripciones de niños maltratados.

6. La ayuda: que caracteriza el vínculo paternofilial en esta segunda mitad del siglo XX, se basa en la idea de que el niño sabe mejor que el padre lo que necesita en cada etapa de su vida e implica la plena participación de ambos padres en el desarrollo de la vida del niño, esforzándose por empatizar con él y satisfacer sus necesidades peculiares y crecientes. El niño no recibe golpes ni reprensiones y sí disculpas cuando se le da un grito motivado por la fatiga o el nerviosismo.

■ **El Maltrato infantil como problemática social**

La construcción de problemas sociales surge en la modernidad, no tienen existencia por sí mismas, sino que son un producto de un proceso de definición colectiva e histórica. Esta se constituye cuando un número significativo de personas considera ciertas situaciones como no deseadas, y tienen suficiente poder para transmitir esa percepción a otros sectores. (Carballeda, 2015)

El siglo XX marcó un quiebre en la forma de concebir la naturaleza del niño. (Volnovich, 1999). Hasta este siglo los derechos del niño no constituían objeto de protección en el derecho internacional, y la familia desempeñaba su rol de forma muy distinta al modo como lo desempeña actualmente, ya que “la familia se caracterizaba por fuertes elementos de autoritarismo y patriarcalismo que impedían que se produjeran lazos emocionales entre sus miembros.” (Bertad, 1998:85).

Se puede decir que la infancia es una categoría sociopolítica de la modernidad que extiende su influencia hasta nuestros días. Las figuras de infancia no son ni naturales ni unívocas ni eternas. Las variaciones que han sufrido en el espacio y en el tiempo son una prueba del carácter sociohistórico. Las transformaciones que han afectado a la percepción de la infancia moderna están íntimamente ligadas a los cambios en los modos de socialización.

En este sentido se puede afirmar que *“la categoría de infancia es una representación colectiva producto de formas de cooperación entre los grupos sociales y también de pugnas, de relaciones de fuerza, de estrategias de dominio destinadas a hacer triunfar, como si se tratara de las únicas legítimas, las formas de clasificación de los grupos sociales que aspiran a la hegemonía social. Si la categoría de infancia, incluye diferentes figuras encubiertas bajo una aparente uniformidad, no se hubiese construido resultarían ininteligibles los proyectos educativos elaborados en función de grupos de edad y de prestigio, así como habrían sido inviables códigos científicos tales como los discursos pedagógicos, la medicina infantil y la psicología evolutiva. Todos estos saberes son inseparables de*

instituciones, organizaciones y reglamentos elaborados en torno a la categoría de infancia que a su vez se ve instituida y remodelada por ellos". (Varela, 1986:174).

Se puede decir que lo que permitió la construcción del maltrato infantil como problemática social, fue la propia problematización de la infancia y el cambio en la percepción del niño/a. Al desnaturalizar las prácticas que se llevaban a cabo por parte de los adultos hacia los niños y niñas, se desnaturalizan, también, las situaciones de vulneración de derechos, y se empieza a reconocer al maltrato infantil como problemática ya no del ámbito privado, familiar, sino del ámbito social.

En el apartado siguiente se hará mención a cómo se ha materializado este cambio de paradigma sobre la niñez, en relación a la legislación.

■ **Evolución de la legislación de los derechos del niño**

Seguidamente se menciona la evolución de las normas tanto internacionales como nacionales, en materia de legislación sobre derechos de la infancia⁸:

- En 1924 La Liga de las Naciones aprueba la Declaración de Ginebra sobre los Derechos del Niño. La declaración establece el derecho de los niños y niñas a disponer de medios para su desarrollo material, moral y espiritual; asistencia especial cuando están hambrientos, enfermos, discapacitados o han quedado huérfanos; ser los primeros en recibir socorro cuando se encuentran en dificultades; libertad contra la explotación económica; y una crianza que les inculque un sentimiento de responsabilidad social.
- 1948 La Asamblea General de las Naciones Unidas aprueba la Declaración de Derechos Humanos, que en su artículo 25 dice que la infancia tiene "derecho a cuidados y asistencia especiales".

⁸ Los datos mencionados se han extraído del Seminario sobre Intervenciones Integrales en las Problemáticas propias de la Niñez y Adolescencia, a cargo de la Secretaría de Extensión Universitaria de la UNMDP. 2013-2014. Mar del Plata. Argentina.

- 1959 La Asamblea General de las Naciones Unidas aprueba la Declaración de los Derechos del Niño, reconoce derechos como la libertad contra la discriminación y el derecho a un nombre y a una nacionalidad. También consagra específicamente los derechos de los niños a la educación, la atención de la salud y a una protección especial.
- 1966 Se aprueban el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Ambos pactos promueven la protección de los niños y niñas contra la explotación y el derecho a la educación.
- 1973 La Organización Internacional del Trabajo aprueba el Convenio No. 138 sobre la edad mínima de admisión al empleo, que establece los 18 años como la edad mínima para realizar todo trabajo que pueda ser peligroso para la salud, la seguridad o la moral de un individuo.
- 1979 La Asamblea General de las Naciones Unidas aprueba la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, que protege los derechos humanos de las niñas y las mujeres. También declara el año 1979 como el Año Internacional del Niño, una medida que pone en marcha el grupo de trabajo para redactar una Convención sobre los Derechos del Niño jurídicamente vinculante.
- 1989 La Asamblea General de las Naciones Unidas aprueba unánimemente la Convención sobre los Derechos del Niño, que entra en vigor al año siguiente.
- 1990 La Cumbre Mundial en favor de la Infancia de 1990 aprueba la Declaración mundial sobre la supervivencia, la protección y el desarrollo del niño, junto a un plan de acción para ponerla en práctica en el decenio de 1990.
- 1999 La Organización Internacional del Trabajo aprueba el Convenio No. 182 sobre la prohibición de las peores formas de trabajo infantil y la acción inmediata para su eliminación.
- 2000 La Asamblea General de las Naciones Unidas aprueba dos Protocolos Facultativos de la Convención sobre los Derechos del Niño: uno sobre la

participación de los niños en los conflictos armados y el otro sobre la venta de niños, la prostitución infantil y la utilización de niños en la pornografía.

- 2002 La Asamblea General de las Naciones Unidas celebra la Sesión Especial en favor de la Infancia, una reunión en la que se debaten por primera vez cuestiones específicas sobre la infancia. Cientos de niños y niñas participan como miembros de las delegaciones oficiales, y los dirigentes mundiales se comprometen en un pacto sobre los derechos de la infancia, denominado “Un mundo apropiado para los niños”.
- 2007 Una reunión para realizar un seguimiento cinco años después de la Sesión Especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas en favor de la Infancia finaliza con una Declaración sobre la Infancia aprobada por más de 140 gobiernos. La Declaración reconoce los progresos alcanzados y los desafíos que permanecen, y reafirma su compromiso con el pacto en favor de Un mundo apropiado para los niños, la Convención y sus Protocolos Facultativos.

En el año 2005 se sancionan en Argentina la Ley Nacional 26.061 de Protección Integral de los derechos de las niñas, niños y adolescentes; y la Ley Provincial 13.298.

La Ley 26061 establece en su Artículo 2 que *“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.”*

Esta ley no sólo incorpora como derechos y garantías “mínimos” de los niños, niñas y adolescentes a los previstos en la Constitución Nacional, la Convención de los Derechos del Niño, y a los que surgieron a partir de la misma ley, sino también a los contemplados en los Tratados Internacionales, ratificados por la Nación Argentina, “y en las leyes que en su consecuencia se dicten”, lo cual comprende los

actualmente como a los que a futuro se celebren. Cabe destacar que la importancia de repensar las leyes radica en que, a través de ellas, se configuran condiciones de posibilidad, de efectivizar, o no, los principios protectores de los derechos de niños, niñas y adolescentes.

Este recorrido histórico por la legislación nacional e internacional en relación a los derechos de la niñez, permite visibilizar el cambio en la forma de concebir la infancia y al niño/a. En algún punto de la historia se dejó de pensar a los niños y niñas como objetos de derechos, y se los comenzó a concebir como sujetos autónomos titulares de derechos, con libertades e independencia.

■ **Paradigma de protección integral de derechos en Argentina**

En la actualidad podemos encontrar dos paradigmas acerca de la niñez y adolescencia, uno más antiguo, el llamado Patronato de Menores y otro producto del movimiento de derechos humanos, el llamado de Protección Integral de Niños, Niñas y Adolescentes. Actualmente, conviven y se han superpuesto durante el último siglo. Ambos lograron ser reflejados en leyes nacionales. La más antigua se plasmó en nuestro país en la Ley de Patronato de Menores (1919) y la segunda, en la Ley de Protección Integral de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes (2005).

El proyecto nacional asumido por el Gobierno a partir del año 2003, busca alcanzar la recuperación política, social y económica del país de la mano de un Estado activo, presente y promotor del desarrollo con equidad social, a través de la política como principal herramienta para la transformación social. Uno de los hechos más significativos del ciclo de gobierno Kirchnerista iniciado en el año 2003, fue el abandono de la doctrina de la “situación irregular”, adoptada hacía casi 100 años atrás. *“El escenario anterior se revirtió gracias a la consagración del paradigma de la protección integral de los niños y niñas, y su visualización ya no como objetos de protección, sino como sujetos de derechos”.* (Kirchner, 2010:221).

El Sistema de Protección Integral de Derechos es “un sistema de naturaleza política y social, compuesto por un conjunto de interacciones que se estructuran y confluyen en torno a co-responsabilidades de todos los actores que lo conforman, respetando las competencias de cada actor y la co-responsabilidad de todos en el funcionamiento del sistema”⁹

La Ley Nacional 26.061 derogó a la antigua ley de Patronato y estableció la creación a nivel nacional de la Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia. Con el fin de abordar las diferentes problemáticas que afectan a niños y niñas, el Ministerio de Desarrollo Social de la Nación desarrolla distintas iniciativas tendientes a la promoción, protección y restitución de derechos de los niños/as. Seguidamente se mencionan algunos de los hitos más significativos:

- **Articulación Interinstitucional:** se puso en marcha el Consejo Federal de Niñez, Adolescencia y Familia, que es el órgano de planificación, articulación y concertación de políticas públicas dirigidas a la niñez en todo el territorio de la República Argentina
- **Primera infancia:** hay un importante consenso entre los especialistas de diversas disciplinas en caracterizar a los primeros años de vida como fundamentales para un deseable desarrollo de las personas. La Ley 26.233 crea los Centros de Desarrollo Infantil en todo el territorio nacional; estos espacios están destinados a la atención integral de la primera infancia con el objeto de brindar los cuidados adecuados e imprescindibles.
- **Restitución de derechos para las peores formas de maltrato. Combate a la Explotación Sexual Infantil y Trata de Personas:** se llevan a cabo a nivel Nacional, Provincial y local diferentes encuentros, talleres y capacitaciones a efectores de políticas involucrados en conjunto con los órganos de protección de derechos de cada jurisdicción.

⁹ ¿Qué es un sistema de protección integral de derechos de niñas, niños y adolescentes? Cuadernillo publicado por CASACIDN. En <http://www.casacidn.org.ar>

El giro que toma el Estado hacia una mirada protectora de la infancia implica un cambio epistemológico para quienes trabajan en niñez, ya que 20 años después se asume esta temática desde un paradigma de Integralidad de Derechos, que *“no protege personas ni cuerpos, sino derechos, derechos que tiene el niño y el adolescente por su sola condición de ser humano”* (Sosa Cecilia, 2005:85).

Si bien la Doctrina de Protección integral supone avances amplios en esta perspectiva, es menester mencionar que, en la actualidad, existen deficiencias ya sea por resistencias ideológicas, por falta de conocimiento de quienes deben garantizar sus medidas o por escasa implementación de cambios en las prácticas y políticas. Aunque se incorpora la visión de un nuevo paradigma no es suficiente para lograr el cumplimiento de los derechos y el consiguiente mejoramiento de las condiciones de vida de niños, niñas y adolescentes. Representa si, la suma de ordenamientos normativos que ayudan en el avance de la lucha social y política para alcanzar estos objetivos

PARTE B

■ Definiciones de maltrato infantil

Como se señaló con anterioridad, durante siglos los niños fueron criaturas muy susceptibles al abuso parental y/o por parte de otros adultos encargados de su crianza, ya que eran vistos como propiedad de los padres o del estado.

El infanticidio era materia muy común y rutinaria en países tales como Egipto, Grecia, Roma, Arabia y China. En la edad media la situación no era mucho mejor, en muchas ciudades de Europa la pobreza era tal que los niños se convertían en un gasto oneroso para los padres, lo que motivaba a muchos de estos a abandonarlos o mutilarlos. Durante la revolución industrial, los niños de padres que provenían de estratos bajos de la sociedad, solían ser obligados a trabajar en tareas pesadas. Frecuentemente estos eran golpeados, no se les daba de comer o se los sometía a tratos degradantes.

Según la Organización Mundial de la Salud, el maltrato infantil abarca todas las formas de maltrato físico y/o emocional, abuso sexual, negligencia o trato negligente, o a cualquier tipo de explotación comercial o de cualquier otra índole, que ocurren en el contexto de relaciones de responsabilidad, confianza o poder, y que resulten en daño real o potencial para la salud, la supervivencia, el desarrollo o la dignidad de los niños. (OMS, 1999) Hacia el año 2000, la OMS señalaba que, *“en todo el mundo, 40 millones de niños/as entre 0 a 14 años padecían alguna forma de maltrato o negligencia requiriendo atención médica o social”* (Intebi-Osnojanski, 2003:21).

También es posible definir al maltrato infantil como *“toda acción, omisión o trato negligente, no accidental que priva al niño de sus derechos y su bienestar, que amenaza y o interfiere su ordenado desarrollo físico, psíquico o social y cuyos autores pueden ser personas, instituciones o la propia sociedad.”*¹⁰

¹⁰ Esta definición se encuentra en el “Manual para la Formación para los Profesionales” publicado por la asociación Save the Children, en el año 2001.

En el Protocolo para la detección e intervención en situaciones de maltrato infantil desde el sistema de salud¹¹ de la Provincia de Buenos Aires, se define al mismo 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”* y luego agrega que *“el maltrato a la infancia puede producirse en diferentes contextos: violencia en las aulas, maltrato entre iguales, violencia ejercida por personas ajenas a la familia del menor”*.

Finalmente es pertinente recordar que, cuando hablamos de maltrato, estamos hablando de una forma de violencia. La violencia implica siempre el uso de la fuerza o de algún modo de coerción 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 o la obediencia. (Lamberti-Sánchez-Viar: 1998).

La Ley N° 12.259 de Violencia Familiar, que rige en el territorio de la Provincia de Buenos Aires, define a la violencia familiar como *“toda acción, omisión, abuso, que afecte la integridad física, psíquica, moral, sexual y/o la libertad de una persona en el ámbito del grupo familiar, aunque no configure delito”*.¹²

Hasta aquí se han presentado diferentes conceptualizaciones sobre el maltrato infantil, y los diferentes ámbitos donde éste se ejerce. Independientemente de las perspectivas de cada definición, todas ellas convergen en un mismo punto, y es que el maltrato infantil siempre y en todos los casos, configura delito.

¹¹ El mencionado Protocolo se encuadra dentro del Programa Provincial de Prevención y atención de la violencia familiar y de género.

¹² Ver Anexo I

■ Tipología del maltrato infantil

María Inés Bringiotti (2005) menciona que a partir de la década del '60 se comienza a tipificar el maltrato infantil, distinguiendo las diferentes formas en las que este se manifiesta: maltrato físico, maltrato psicológico, abuso sexual infantil, negligencia, entre otros. Por otro lado, Kempe y sus colaboradores delinearon las características clínicas y las repercusiones de lo que ellos llamaron "el síndrome del niño maltratado". Este síndrome se caracterizaba por la presencia de síntomas y signos en el niño/a, como fracturas óseas, hemorragias intracraneales, hinchazón de tejidos blandos, hematomas, entre otros.

En la extensa bibliografía respecto a esta problemática, es posible identificar distintas formas en las cuales el maltrato se manifiesta; estas manifestaciones han dado lugar a una tipología del maltrato infantil que se detalla a continuación.

- **Maltrato físico**

Una de las formas en que el maltrato se expresa, es mediante la agresión al cuerpo. Por maltrato físico se entiende *"cualquier conducta no accidental de ambos o de uno de los progenitores o de alguna persona en posición de responsabilidad, confianza o poder, que provoque daño físico real o potencial, enfermedad, incluso la muerte del niño, o lo coloque en situación de grave riesgo de padecerla"*. (Bertini y otros, 2005:247).

Se considera maltrato físico a aquella forma de maltrato infantil que origina daño físico real o potencial a partir de algún tipo de interacción ubicable dentro de los márgenes razonables de control de uno o ambos progenitores, o de alguna persona en posición de responsabilidad, confianza o poder. Los incidentes pueden ser únicos o múltiples. (OMS, 2001). Cuando se menciona a las interacciones ubicables dentro de los márgenes razonables de control se está señalando la diferencia entre lesiones intencionales y no intencionales. Las lesiones no intencionales son aquellas que se producen como consecuencia de un conjunto de circunstancias que no pueden prevenirse, dada la propensión del

ser humano a cometer errores, y debido a la imposibilidad de prever las consecuencias negativas de manera precisa. En cambio, las lesiones intencionales son las que se producen debido a la interacción -o la falta de interacción- del adulto/a encargado/a de los cuidados y el niño/a, (siempre que el adulto/a pueda tener control sobre dicha interacción) con el objetivo de producir daño. El grado de intencionalidad es variable y se trata de una cuestión conjetural que frecuentemente requiere ser probada por el sistema legal. (Intebi, 2009)

- Maltrato emocional

Esta forma de maltrato *“implica la ausencia de un entorno adecuado y contenedor de alguna figura de apego primario que favorezca, en el niño el desarrollo de capacidades emocionales y sociales estables. Comprende que esas interacciones que tienen una alta probabilidad de originar daños en el desarrollo físico, mental, espiritual, moral o social de un niño debido a que son inadecuadas para un determinado período evolutivo, o bien insuficientes o incoherentes. Comprende tanto acciones como comisiones, por lo tanto abarcaría el maltrato y la negligencia emocional”* (Ibid 147).

En el Protocolo para la detección e intervención en situaciones de maltrato infantil desde el sistema de salud, se define al maltrato emocional como *“la hostilidad verbal crónica en forma de insulto, burla, desprecio, crítica, amenaza de abandono y constante bloqueo de las iniciativas que interacción infantiles (desde la evitación hasta el encierro) por parte de cualquier miembro adulto del grupo familiar”*. Cabe destacar que, desde esta postura, se continúa sectorizando al maltrato infantil estrictamente como una problemática familiar.

- Abuso sexual infantil

Se considera abuso sexual infantil el involucrar a un niño o adolescente en actividades sexuales que no llega a comprender totalmente, ya que por su

condición de tal, carece del desarrollo madurativo, emocional y cognitivo para dar consentimiento informado acerca del o los actos en cuestión.

El abuso sexual infantil se manifiesta en actividades entre un niño y un adulto o entre un niño y otro (al menos 5 años de diferencia) que, por su edad o su desarrollo, se encuentra en posición de responsabilidad, confianza o poder. Estas conductas comprenden desde un manoseo hasta la implicación de niños y adolescentes en cualquier tipo de intercambio sexual ilegal, tales como la explotación de niños a través de la prostitución o la producción de materiales y exhibiciones pornográficas.

El abuso sexual infantil engloba una amplia gama de actividades sexuales, y sin contacto físico: exhibicionismo, voyeurismo, estimulación de genitales, sexo oral, masturbación del adulto y/o del niño, penetración genital con el dedo y/u objeto.

Finalmente se debe tener en cuenta que el ASI¹³ no es sinónimo de violación, porque *“raramente el agresor utiliza la fuerza física para un asalto sexual que no ocurre de manera impredecible ni repentina, sino que generalmente se trata de un vínculo abusivo que se va construyendo en el tiempo, en base al manejo de la confianza, la autoridad o el poder”* (Bertini, 2005:250)

- Negligencia

Es la omisión parte de padres o cuidadores de proveer al niño de aquello que necesita para su desarrollo en las áreas de: salud, educación, alimentación, vivienda, desarrollo emocional y condiciones de seguridad; omisión que implique una posibilidad de producir daños en el desarrollo psicofísico, mental, espiritual, moral o social del niño.

Es necesario aclarar que la satisfacción de las necesidades del niño debe estar dentro de los recursos disponibles de sus cuidadores, de tal modo que no se consideran negligentes conductas motivadas por condiciones de pobreza o discapacidades psicofísica. También son formas de conducta negligente

¹³ Abuso Sexual Infantil

cualquier tipo de falta de supervisión y protección adecuadas de un niño o adolescente.

Al respecto, el ya mencionado Protocolo advierte sobre dos formas distintas de negligencia: la negligencia física, que implica que las necesidades físicas básicas del niño (alimentación, vestido, higiene, educación, protección y vigilancia en las situaciones potencialmente peligrosas, y/o cuidados médicos) no son atendidas temporal o permanentemente por ningún miembro del grupo que convive con el niño; y por otro lado la negligencia emocional definida como “la falta persistente de respuesta a las señales, expresiones emocionales y conductas procuradoras de proximidad e interacción iniciadas por el niño porque, y falta de iniciativa e interacción y contacto por parte de una figura adulta estable”.

- Síndrome de Munchausen por poderes

Lleva ese nombre por el Barón de Munchausen, un personaje sobre el que hace unos años hicieron una película; transcurre en la edad moderna, él va de pueblo en pueblo contando historias que en realidad son fabulaciones, historias fantásticas, y con eso se ganan la vida. A raíz de este Barón y de sus cuentos fabulados, se le pone ese nombre a un síndrome que implica inventar o crear una enfermedad o signos de enfermedad a un niño, de manera que el equipo médico, intervenga de alguna manera, y entonces así, en vez de ser la madre la que actúa sobre el niño, la que afecta al niño, es el médico.

Los padres o cuidadores simulan enfermedades en el niño al que someten a continuas exploraciones médicas, suministro de medicamentos o ingresos hospitalarios, alegando síntomas ficticios o generados de manera activa por la persona adulta.

- 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 que los niños; y que son asignadas con el objetivo fundamental de obtener un beneficio económico o similar para los Padres o la estructura familiar.

■ Ritualismo

Se obliga a los niños y niñas a participar en rituales, ceremonias o prácticas religiosas donde se la somete a diferentes formas de abuso.

- Corrupción

Conductas que impiden la normal integración del niño y refuerzan pautas de conducta antisocial o desviada especialmente en las áreas de agresividad, sexualidad, drogas o alcohol.

- Maltrato prenatal

Cuando se habla de maltrato prenatal, se habla de consumo de sustancias, alcohol, medicamentos prohibidos que ponen en riesgo al bebé o que hace que puedan hacerlo con algún tipo de deficiencia; también se incluyen todas aquellas situaciones de violencia conyugal, o sea, golpes que ponen en riesgo al bebé.

- Secuestro y sustitución de identidad

Se refiere a todos aquellos casos en lo que el niño/a fue separado de su madre al nacer, para ser entregado al personal policial o personas relacionadas con secuestradores, negando su identidad y la posibilidad de vuelta a su familia de origen. Asimismo incluye a los niños secuestrados con sus padres y entregados a otros sujetos no familiares.

■ **Factores de riesgo**

Es el 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 detección y/o intervención, contribuye a elaborar una predicción sobre: a) la probabilidad de que el niño/a sufra un daño y b) que se daño sea severo. (Intebi, 2009). Por este motivo constituyen un elemento clave en la toma de decisiones por parte de los profesionales que intervienen en la detección y tratamiento del maltrato infantil. Es necesario aclarar que *“ninguna variable potenciadora de un daño es en sí misma ni de forma unívoca la causa del maltrato, ya que el maltrato infanto-juvenil como problema psicosocial responde una multiplicidad de factores personales, familiares y sociales”* (Bertini, 2005:243).

Para evaluar estos factores hay que tener en cuenta los siguientes aspectos:

- Las características del incidente que motiva la intervención.
- Los factores de vulnerabilidad infantil.
- Las características de los/as adultos/as responsables de los cuidados.
- Las características del entorno familiar.
- La respuesta ante la intervención.

■ **Factores de protección**

Es el conjunto de indicadores -físicos, conductuales y sociales- tanto del niño/a como de los/as adultos/as y del grupo familiar, y de los recursos disponibles a nivel social y educativo, que contribuye a modificar y a mejorar las condiciones familiares de manera tal que se reduce o evita la posibilidad de dañar a los/as niños/as.

La evaluación de la situación de riesgo en que se encuentra un niño/a, se hará en función de la presencia de factores de riesgo y de la neutralización (o no) que pueda producirse ante la presencia de factores de protección.

De lo antedicho se desprende que un buen instrumento de evaluación de riesgo debe incluir en su formato:

- La evaluación de todas las áreas o factores de riesgo.
- La identificación de los factores de riesgo de especial gravedad
- La identificación de los factores de riesgo que puedan interactuar de manera peligrosa
- La evaluación de los aspectos positivos y recursos de la familia
- La evaluación de los factores de protección
- La valoración global del riesgo para el niño/a, teniendo en cuenta conjuntamente los factores de riesgo, los aspectos positivos de la familia, y los recursos (por ejemplo, de apoyo, educativos, psicoterapéuticos) que es posible proporcionar.

La evaluación de riesgo, teniendo en cuenta los factores de riesgo y los factores de protección, siempre debe estar vinculada a la planificación de la intervención. (Intebi, 2009)

■ **Indicadores de maltrato**

Se trata de signos objetivos que se asocian a una manifestación concreta del maltrato infantil. Cada manifestación o tipología del maltrato infantil tiene asociado un conjunto de indicadores que lo definen y que, a su vez, pueden clasificar en el maltrato en leves, moderado o severo, en función de la gravedad del mismo. Asimismo, los indicadores de maltrato infantil tienen peculiaridades distintas en función del entorno del que se detecten.

En el caso del maltrato físico, los indicadores más frecuentes son: lesiones cutáneo-mucosas, lesiones oculares, quemaduras, lesiones osteo-articulares, traumatismo de cráneo, intoxicaciones, lesiones genitales y anales, mordeduras, lesiones viscerales, estrangulación o asfixia, alpecias traumáticas.

El caso de la negligencia física, los indicadores más habituales en esta tipología de maltrato son: alimentación inadecuada o insuficiente, vestuario inadecuado al tiempo atmosférico, escasa higiene corporal, ausencia o retraso en la atención médica, falta de supervisión del adulto, condiciones higiénicas y de seguridad del hogar peligrosas, y me asistencia injustificada y repetida a la escuela.

En situaciones de abuso sexual infantil, algunos de los indicadores que señalaría este tipo de maltrato son: comportamientos y discurso sexuales que no están de acuerdo a la edad del niño/a, presencia de enfermedades venéreas, ropa interior ensangrentada o rota, dolor en zona genital, embarazo temprano, dificultad para relacionarse con sus pares.

En síntesis, desde el ámbito sanitario, se identifican como indicadores más habituales de maltrato infantil en el niño:

- Cicatrices, heridas, quemaduras que aparecen repetidamente o que presentan distintas fases evolutivas
- Dolores recurrentes a los que no se encuentran causa evidente (somatizaciones)
- Ausencia de los cuidados médicos básicos
- Comentarios del niño/a sobre falta de alimentación, de cuidados, etc.

- Niños/as que están sucios, con falta de higiene corporal, vestidos en forma inadecuada de acuerdo a la climatología
- Pudor inexplicable en la exploración física, sobre todo en la genital
- Durante la revisión: demostración de conocimientos inapropiados para su edad o conducta sexual explícita

También es posible reconocer indicadores en padres o tutores de los niños, que permitirían sospechar que el niño/a está padeciendo alguna situación de maltrato. A saber:

- Padres o tutores que imposibilitan el conocimiento de la vida
- Los datos que aportan a la anamnesis¹⁴ son vagos, difusos o se contradicen
- Pedimento por parte de padres o tutores para desvestir o examinar al niño/a
- También trote traumatismos previos que luego se constatan a través de diferentes estudios médicos
- Incumplimiento de tratamientos prescritos al niño/a; seguimiento de y patologías tanto aguda como crónicas inadecuado
- Retraso en acudir a los servicios sanitarios
- Abandono del niño/a hospitalizado sin causa justificada; visitas infrecuentes y/o cortas

¹⁴ Conjunto de datos que se recogen en la historia clínica de un paciente con un objetivo diagnóstico.

■ **Síntesis del capítulo**

En la parte “A” de este capítulo, se realizó un recorrido histórico por la problemática social que constituye el objeto de la presente tesis: el maltrato infantil. Se ha sostenido que esta temática no siempre fue “problemática”, y que ha atravesado un proceso de construcción que ha permitido concebirla y visibilizarla como problema social, de orden público, incorporada en forma progresiva a diversas normativas que definen, regulan y garantizan su tratamiento.

También se ha señalado el contexto histórico donde esta problemática surge, y las condiciones de posibilidad que hacen que se mantenga hasta la actualidad. La sociedad patriarcal, que ubica al hombre, masculino, con autoridad sobre la mujer y los niños/as, legitima y reproduce en las instituciones de la sociedad un tipo particular de relaciones asimétricas y, por lo tanto, de poder, que permiten ejercer un dominio masculino no sólo sobre la mujer, sino también sobre los niños/as.

En la parte “B” se configura un segundo marco teórico, específico de la problemática abordada, con los conceptos fundamentales que debe tener en cuenta el profesional de Trabajo Social para intervenir en situaciones de maltrato infantil. Se ha dicho que el maltrato constituye una forma de violencia, y que la violencia no sólo se expresa mediante un acto que llega a producirse, sino también mediante una omisión.

Según las formas en que el maltrato se expresa, se pueden establecer categorías: maltrato físico, emocional, psicológico, negligencia, ASI, etc. A cada una de estas formas de maltrato, le corresponde indicadores que son los que permiten identificar signos de alarma al profesional del equipo de salud. Cabe aclarar que estos indicadores no son unívocos, y muchas veces un mismo indicador puede reflejar síntomas de patologías orgánicas. Es importante tener en cuenta que la presencia aislada de un indicador no demuestra, necesariamente, un presunto maltrato infantil.

SEGUNDA PARTE

CAPÍTULO III

PARTE A

■ Reseña histórica de la institución

El 15 de agosto de 1891, se habilitó el primer Hospital, situado en las calles 25 de Mayo y Rioja. Fue la Sociedad de Beneficencia de Socorros de los Pobres la que funda ese centro de Salud, hasta que se construyó el Hospital.

El antiguo "Hospital Mar del Plata", remonta su origen al 15 de Febrero de 1903, fecha en la que se colocó la piedra basal sobre la que se levantó el edificio. Fue su fundador Don Victorio Tetamanti, quien presidió la primera comisión directiva, integrada, entre otros por Don Felix U. Camet, Dr. Arturo Alio, Dr. Héctor Jara y demás personalidades de la época, cuyos nombres, al igual que el de los citados, perdurarán en el acervo histórico de la ciudad.

A posteriori 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 mas 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.

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 Jose Undinarran, en nombre del gobernador de la Pcia. de Buenos Aires Don Ignacio Irigoyen

El acta fundacional del Hospital dice así:

"...En el pueblo de Mar del Plata, cabeza del Partido de Gral. Pueyrredón, jurisdicción de la Provincia de Buenos Aires, República Argentina, los quince días del mes de Febrero de 1903, siendo Presidente de la República el Teniente General Julio Argentino Roca, Gobernador de la Provincia el Dr. Marcelino Ugarte y obispo de la Diócesis Monseñor Juan N. Terrero, hallándose reunidos con el objeto de proceder a la colocación de la piedra fundamental del Hospital a construirse en este pueblo, en terreno ubicado en la chacra Nº 267, compuesto de 86 metros de frente por igual de fondo, donado por la Sra. Josefa Fernández de Fonseca Vaz..."¹⁵

El régimen de gobierno del Hospital fue de institución privada dirigida por la Sociedad de Beneficencia y con aportes periódicos de los gobiernos de la nación, la provincia y la municipalidad. En 1947, por dificultades económicas de esa Sociedad, pasó a depender del Ministerio de Salud Pública de la Provincia de Buenos Aires.

En la década del 60, funcionaban servicios como el de los Prematuros, Clínica Médica, Microanálisis, Clínica Obstétrica, Ginecología, Infecciones, Oftalmología, Otorrinolaringología, Enfermedades de la Nutrición, Endocrinología, Urología, Radioisótopos, Radiología, Radioterapia Gastroenterología, Cirugía del Tórax, Dermatología, Anatomía Quirúrgica, Cirugía Plástica, Cirugía Infantil, Neurocirugía. Psiquiatría, Anestesiología, Alergología, Cardiología, Laboratorio, Ortopedia,

¹⁵ Material extraído de la web <http://fotosviejasdemardelplata.blogspot.com.ar/2014/06/hospital-materno-infantil.html>.

Traumatología, etc., es decir que era muy completo para la época. El plantel se componía de 197 Médicos, de los cuales 126 eran rentados y el resto “ad honorem”, 8 Odontólogos, 8 Laboratoristas, 2 Farmacéuticos, 15 Obstétricas y 2 Kinesiólogos.

En 1959 las autoridades provinciales otorgan el título de “Hospital de Primera Categoría”.

En 1960 se promulga la Ley Provincial que establece la Reforma Hospitalaria y la y la Regionalización Sanitaria. La Secretaría de Estado de la Provincia de Buenos Aires encaró la “Reforma Hospitalaria”, que contemplaba como innovación los criterios de fijar y percibir retribuciones por la asistencia que se prestaba en los establecimientos hospitalarios del Ministerio de Salud.

Paralelamente en 1961 es inaugurado el Hospital Regional; actualmente Hospital Interzonal General de Agudos “Oscar Alende” (HIGA) ubicado en la avenida Juan B. Justo y 164.

Hacia 1967 se abre el Servicio de Voluntarias para Hospitales “Damas Rosadas”, que brinda ayuda material y espiritual a los enfermos que se encuentran en los hospitales y a sus familias, y presta colaboración al personal técnico y médico de las instituciones. En 1971 Comienza la Residencia de Pediatría y Obstetricia en el HIEMI.

Finalmente en 1977 el “Hospital Mar del Plata” pasa a ser “Hospital Materno Infantil”. Se anuncia la transformación edilicia y asistencial del Establecimiento. El hospital se convierte oficialmente en Hospital Interzonal Especializado Materno-Infantil.

En el año 1979 se incorpora el Sistema de Atención Médica Organizada (SAMO), destinado a la población recibiendo el beneficio de la mayor utilización de los recursos materiales, económicos y fundamentalmente humanos.

En 1982 se produce la inauguración del nuevo y moderno edificio que conforma el actual Hospital. El Interzonal Especializado Materno Infantil, se instala en el moderno edificio de la calle Castelli. Con sus 320 camas es un establecimiento de primera línea en Pediatría, Obstetricia, Diagnóstico por imagen, Laboratorio, Anatomía Patológica, Odontología Cirugía Infantil, clínica Quirúrgica, Ortopedia y

Traumatología, Oftalmología, otorrinolaringología, Cirugía Plástica y Quemados, Cirugía Máxilofacial y una amplia gama de consultorios externos que incluyen Neurología, Psiquiatría, Dermatología, Alergia y Cardiología. Se inicia la nueva Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP). Surge para facilitar el manejo de las Enfermedades Respiratorias Agudas, Post-operatorios de Cirugías Complejas, Insuficiencia Renal Aguda (HUS), Politraumatizados y Cardiopatías Complejas.

En 1997 comienzan las obras de ampliación y remodelación de Consultorios Externos y en 1998 comienza a funcionar la Sala de Hospital de día: área determinada para la hospitalización de paciente con intervenciones breves, con patologías breves o post-operatorias con menos de 24 hs. de evolución, donde luego se decidirá si ocupará una cama en el piso o se va de alta médica. También se produce la inauguración del Aula de Ateneos “Dr. Mariano Carlos Palá”.

En el 2006 el Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil pasa a formar parte del “Hospital Universitario Integrado”, declarado por la Facultad de Ciencias Médicas de La Plata.

■ **Encuadre institucional**

El Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil es un nosocomio de complejidad 8, que depende del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. Se trata de una institución formal, regulada por normas, leyes, estatutos, reglamentos y jerarquías.

La conducción del hospital se realiza a través de un Director Médico Ejecutivo y dos Directores Asociados, de quienes dependen las diferentes áreas y servicios. El H.I.E.M.I. es un hospital especializado cuyos destinatarios son:

- Los niños, de 0 a 14 años de edad; su protección como sujetos de derechos en las prácticas de salud

- Las mujeres-madres, embarazadas a partir del octavo mes o embarazos de riesgo; protagonistas en los escenarios familiares y en el contexto social.

La institución posee camas destinadas para la internación en los sectores de: Pediatría, Obstetricia, recién nacidos sanos, Neonatología, Hospital de día, Sala de observación de guardia pediátrica. Además, cuenta con una residencia para madres, Residencia de Madres Dr. Moisés Modad (para el Servicio de Neonatología, para las madres que están amamantando).

El Hospital de agudos brinda cobertura en salud de alta complejidad a la población materno-infantil de la ciudad de Mar del Plata, cabecera del Partido de General Pueyrredón, como así también a la población que conforma la Región Sanitaria VIII, cuyo territorio comprende dieciséis partidos: General Pueyrredón, Mar Chiquita, General Alvarado, Necochea, San Cayetano, Lobería, Villa Gesel, Pinamar, Miramar, Tandil, Balcarce, General Lavalle, General Madariaga, Maipú, La Costa, Ayacucho y General Guido.

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. El H.I.E.M.I. tiene como referencia y lugares de derivación al Hospital de Niños de La Plata “Sor María Ludovica” y al Hospital Nacional de Pediatría “Dr. Juan P. Garrahan”. Asimismo se articula con las instituciones de salud nacionales, como por ejemplo el Instituto Nacional de Epidemiología (I.N.E.)

El HIEMI adhiere a los “cuidados progresivos del paciente”, se trata de una modalidad que posibilita organizar 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 clínico. Teniendo en cuenta esto, la internación se organiza de la siguiente manera:

- Cuidados intensivos: para pacientes críticos, con patología aguda o crónica que requieran de observación permanente y cuidados intensivos de enfermería
- Cuidados intermedios (C.I.M): para pacientes que requieren de control de los signos vitales y prestaciones de enfermería frecuentes

- Cuidados mínimos: para pacientes autosuficientes 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 paciente en su domicilio; la atención y cuidados se brindan dentro del marco familiar
- Atención de largo plazo: para pacientes que requieren atención especializada del médico y de enfermería por tiempo prolongado.

Además de ser un hospital de referencia zonal, es un hospital de docencia, lo que posibilita que se lleven a cabo residencias de medicina, enfermería, terapia ocupacional, trabajo social, etc.

■ **Caracterización del Servicio Social del HIEMI**

El Servicio Social en el ámbito hospitalario basa su intervención en una visión integral del hombre, sin limitarse a los aspectos orgánicos y/o puramente asistenciales. Desde el abordaje del proceso de salud-enfermedad-atención-cuidado, se intenta explicar de qué manera lo social se expresa en lo biológico, identificando la incidencia de los factores sociales, culturales, económicos, etc; en el origen de la enfermedad.

El Servicio Social del HIEMI abarca el siguiente horario de atención: lunes a viernes de 8.00 a 17.00 hs, y sábados de 8.00 a 13.00 hs. Se suma a lo anterior las Guardias Pasivas. No se otorgan turnos para la atención, la misma se lleva a cabo a solicitud (interconsulta) o espontáneamente.

Actualmente el Servicio Social se encuentra integrado por 11 profesionales de planta permanente, entre ellos la jefa del Servicio, Lic. María Eugenia Epele; 10 profesionales residentes y un secretario administrativo.¹⁶

Los profesionales del Servicio inician su actividad a las 8.00 hs diariamente. Como parte de la metodología de trabajo, los días miércoles se llevan a cabo los Ateneos, espacios con una duración aproximada de dos horas, en los que se reúne el equipo para tratar diversas cuestiones: socialización de información, debates sobre temas propios de la profesión o relativos a la salud, capacitación profesional con invitados de otras instituciones y/o sectores de trabajo, intercambio de experiencias y situaciones de intervención, entre otros. Cabe destacar que este espacio también es utilizado para la celebración de acontecimientos, como cumpleaños, despedidas de compañeros que se van del hospital, y bienvenida de aquellos que se incorporan.

A lo largo del 2013, se llevaron a cabo ateneos en los que se han abordado las siguientes temáticas:

- Intervención en Crisis
- Terapia sistémica
- La intervención del Trabajador Social en el proceso de Rehabilitación psico-física
- Cuidados Paliativos
- Informe Social
- Entrevista en Trabajo Social

Las temáticas a tratar son propuestas por la Jefa del Servicio y, en otras ocasiones, las inquietudes son llevadas a las reuniones por otros integrantes del equipo. Generalmente la coordinación de la reunión se lleva a cabo por la Lic. Epele, acompañada por quien tiene la tarea de conducir el Ateneo. Es de destacar que los Ateneos se llevan a cabo entre los miembros del Servicio Social, contando excepcionalmente con la presencia de un profesional de otra área/disciplina.

¹⁶ Ver Anexo I

La implementación de políticas sociales de Salud tanto a nivel nacional, como provincial y local, forma parte del quehacer profesional en el Servicio Social Hospitalario. Gran parte de la intervención del Trabajador Social se encuadra en el asesoramiento y cumplimiento de Planes y Programas que se ejecutan en los centros de Salud.

Los planes nacionales con los que se trabaja en el HIEMI son los siguientes:

- El Plan Nacional de Seguridad Alimentaria (PNSA): fue creado en 2003 en el marco de la Ley 25.724, con el objetivo de posibilitar el acceso de la población en situación de vulnerabilidad social a una alimentación complementaria, suficiente y acorde a las particularidades y costumbres de cada región del país. La seguridad alimentaria de una familia o comunidad contempla, según lo establece la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO), los siguientes componentes: disponibilidad de alimentos; acceso suficiente a los alimentos; buena selección; correcta elaboración, manipulación y conservación; adecuada distribución dentro del grupo familiar; y buen aprovechamiento por el organismo. En este sentido, la ejecución del PNSA involucra en sus líneas de acción los distintos aspectos necesarios para promover la seguridad alimentaria y realiza actividades de educación nutricional que aseguren el derecho a tener acceso a información científica, culturalmente aceptada y adecuada a las distintas comunidades del país.
- 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. El Plan Nacer funciona en los hospitales, maternidades y centros de atención primaria a partir de un esfuerzo conjunto entre la Nación y las provincias en el marco estratégico del Plan Federal de Salud buscando lograr mayor equidad en el acceso a los sistemas

de salud, favorecer la inclusión social y mejorar la calidad de vida de nuestra gente.

Por otro lado, los programas provinciales con los que se trabaja son los siguientes:

- Sumar: este programa es una ampliación del Plan Nacer. Comenzó a implementarse a partir del año 2005; además de brindar cobertura a la población materno-infantil, incorporó a los niños/as y adolescentes de 6 a 19 años y a las mujeres hasta los 64 años sin obra social.
- 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 contar con los beneficios del programa sólo hace falta concurrir al servicio social de cualquier hospital público provincial o municipal. Allí, se le 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 dirigido a las personas que padecen esta enfermedad y no tienen cobertura social ni recursos para acceder a los medicamentos. El PROEPI entrega en forma gratuita dos tipos de medicación para controlar esta enfermedad crónica: entre las llamadas “drogas clásicas” otorga Carbamazepina, Clonacepam, Clobazam, Fenobarbital, Fenitoína, Ácido Valproico. Por otra parte, en los casos que así se requiera por justificación médica, brinda “drogas de segunda línea o nuevas drogas anticonvulsivante”: Oxcarbamazepina, Lamotrigina, Vigabatrina y Topiramato. Para ser beneficiario del PROEPI el paciente debe iniciar su gestión en el Servicio Social del Hospital Provincial o Municipal más cercano a

su domicilio. Allí completará con el trabajador social una encuesta en la que deje constancia de su imposibilidad de adquirir medicamentos y de la falta de cobertura de obra social. Se le adjuntará fotocopia de primera y segunda hoja del DNI. Luego, en el servicio de neurología estatal el especialista que asista al paciente completará un registro de vigencia anual que permite verificar la causa de indicación del tratamiento, el consumo mensual de la medicación y los controles periódicos. Con todo esto, más la prescripción de los medicamentos en un carnet especial el paciente retirará la medicación de la farmacia hospitalaria.

- Qunita: es un nuevo programa desarrollado por el Estado Nacional para acompañar a las mamás durante el embarazo y luego del nacimiento de sus hijos, para garantizarles la mejor atención y las mismas oportunidades para nacer y crecer sanos. Está destinado a todas las mujeres embarazadas de la Argentina titulares de la Asignación por Embarazo (AUE) otorgada por ANSES. Para poder acceder a este derecho, la mujer debe acercarse al centro de salud u hospital público más cercano e inscribirse al programa.

A nivel local, desde el Servicio Social del HIEMI se propicia un trabajo interdisciplinario y se constituyen comités conformados por profesionales de diversas disciplinas:

- Comité de Maltrato Infantil y ASI: está integrado por trabajadores sociales, psicólogos, psiquiatras y pediatras. El objetivo es investigar esta problemática social, su complejidad, su relación con otras problemáticas; con el fin de elaborar una estrategia de intervención eficiente y eficaz.
- Comité de Bioética: La Comisión Provincial de Bioética, de acuerdo con la Resolución Ministerial N° 2.220/2013, es el Organismo entre cuyas funciones se encuentra la capacitación, registro y acreditación de los Comités de Bioética Clínica Asistencial Hospitalarios. Los Comités de Bioética Clínica tienen como objetivo primordial resguardar la dignidad y los derechos del paciente. En Argentina, se cuenta con marco regulatorio establecido por la Ley Nacional

N°24.742 de Comités Hospitalarios de Ética desde el año 1996. Dicha Ley Nacional indica que en todo Hospital del Sistema Público de Salud y Seguridad Social, en la medida en que su complejidad lo permita, deberá existir un Comité de Bioética Hospitalario, el que cumplirá funciones de asesoramiento, estudio, docencia y supervisión de la investigación respecto de aquellas cuestiones éticas que surgen de la práctica de la medicina hospitalaria.

A nivel local el Comité de Bioética del HIEMI se encuentra conformado por médicos/as, trabajadores/as sociales, enfermeras/os, psicólogos/as, y una persona que participa como referente de la comunidad.

El Comité interviene bajo dos modalidades: -Bioética en la investigación, donde se evalúan protocolos de investigación que se presentan ante el comité para obtener la aprobación bioética para ser desarrollados; y –Bioética asistencial, donde se evalúan situaciones presentadas por el equipo de salud mediante un escrito formal y consulta concreta. El Comité emite una respuesta que tiene carácter de recomendación, la cual puede ser considerada o desestimada por el equipo de salud.

- Equipo interdisciplinario de Fibrosis Quística: conformado por profesionales de Neumonología, Nutrición, Enfermería y Trabajo Social. El objetivo de este equipo es garantizar la adhesión al tratamiento, mediante el seguimiento, asesoramiento y contención del paciente.
- Equipo interdisciplinario de Diabetes
- Equipo de VIH/SIDA
- Equipo interdisciplinario de Mielomeningocele: está conformado por profesionales de las siguientes disciplinas: Pediatría, Urología, Neurocirugía, Gastroenterología, Ortopedia y Traumatología, Neonatología, Terapeuta Ocupacional y Trabajador Social. Como parte de la metodología de trabajo, el equipo se reúne el anteúltimo miércoles de cada mes, para socializar la información de los pacientes y acordar futuras intervenciones de cada disciplina. El último miércoles de cada mes se reserva para la intervención con los pacientes.

■ **Objetivos del Servicio Social**

- Participar como profesional de la salud, desde lo específico de la disciplina, en la organización de estrategias sanitarias que contribuyan al mejoramiento de la calidad de vida de la población en el marco de la vigencia del derecho a la salud.
- 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.
- Analizar los procesos de salud – enfermedad- atención, desde los aportes de las ciencias sociales como campo de intervención del Trabajo Social, integrando Equipos Interdisciplinarios.
- Favorecer la adecuada información, acceso y aprovechamiento de los recursos de la institución y de la comunidad, mediante la articulación intra y extrahospitalaria.
- Lograr una eficiente coordinación con los centros de salud y otras instituciones para no demorar el egreso hospitalario, asegurar continuidad al tratamiento y prevenir reingresos.

PARTE B

■ **Práctica institucional supervisada**

El proceso de supervisión en el ámbito institucional del HIEMI estuvo encuadrado en un período que fue desde el mayo a noviembre del año 2013, con una concurrencia de entre 20 y 25 horas semanales, de lunes a viernes. La fase de inserción institucional estuvo mediada por los siguientes aspectos, cuyos fines eran lograr la orientación inicial de la supervisada (Aguilar, 1994):

- Presentación a los miembros del equipo de trabajo y al resto del personal: el primer día de práctica la jefa del Servicio, Lic. Eugenia Epele, presentó a las estudiantes y, a su vez, fueron presentados los respectivos supervisores.
- Conocimiento de la infraestructura física de la institución: mediante la técnica de observación directa e indirecta (espacio físico del hospital y documentos de la residencia y otros facilitados por los supervisores) fue posible conocer la estructura edilicia del hospital, sus áreas, la localización de las mismas y referentes institucionales en cada uno de esos sectores.
- Conocimiento de los procedimientos cotidianos de la institución: con el transcurrir de los días se pudo comprender ciertos aspectos esenciales de la dinámica institucional, protocolos, normas y estatutos internos.
- Conocimiento de la Institución, objetivos, programas y servicios, estructura y funcionamiento: continuamente los supervisores y demás integrantes del Servicio Social brindaron información sobre los objetivos de la institución y del Servicio. Paralelamente la estudiante investigó sobre la historia del hospital, el encuadre legal, los planes y programas con los que trabaja, etc.

Cabe aclarar que estos momentos no fueron lineales y estáticos. Por el corto período de transición en el hospital, el conocimiento de su funcionamiento, áreas y procedimientos no se completó en ningún momento, habiéndose incorporado por la supervisada aquello que era inmediato de aprehenderse para poder llevar a cabo una práctica lo más ordenada posible. Este primer momento fue experimentado con ansiedad y temor por parte de la supervisada, ya que la inserción a una institución tan grande y compleja generó miedos y abrumación. Sin embargo estos sentimientos

se disiparon progresivamente, a medida que la interacción supervisora-supervisada se afianzó, y hubo un acercamiento a diferentes referentes, actores y mayor conocimiento de la institución.

Por otro lado, a medida que se desarrollaba la fase inicial de inserción institucional, y debido a la propia dinámica acelerada de la intervención, comenzó el momento de conocer el trabajo profesional del trabajador social en el ámbito hospitalario. Durante el transcurso de este momento, la supervisada participó de todas las reuniones interdisciplinarias, pases de sala, interconsultas, guardias en ventanilla, etc. Para este momento fue imprescindible implementar diferentes técnicas, como el registro diario de las intervenciones en un cuaderno de campo, la observación participante y no participante en reuniones y/o entrevistas, los diálogos formales e informales con diferentes profesionales y referentes institucionales; la lectura de informes, cartas, solicitudes de recursos, entre otros.

Este segundo momento tuvo por finalidad lograr una progresiva autonomía en la supervisada, siempre con el acompañamiento de la supervisora. Fue el momento más enriquecedor de la práctica, ya que fue donde se dilucidaron los lineamientos de la intervención, y se llevó a cabo la práctica propiamente dicha. También fue el momento de mayor ansiedad, no la ansiedad experimentada durante la inserción, puesto que, para este segundo período, ya había un conocimiento de la institución y la dinámica de la misma; se trató de la ansiedad propia de cualquier estudiante que, por primera vez, se ve a sí mismo realizando diferentes prácticas *como si* fuese un profesional.

Como tercer y último momento, y tras haber tomado mayor conocimiento del trabajo profesional, se pudo comprender el perfil del ejercicio profesional del trabajador social en el ámbito hospitalario. En esta última etapa, si bien se continúa con la supervisión constante por parte de la supervisora, la estudiante ha generado cierta autonomía para poder ejecutar pequeñas intervenciones sumamente enriquecedoras a nivel personal, puesto que reflejan no solo el bagaje de conocimientos y experiencias adquiridas durante su formación, sino el vínculo de confianza y respeto construido entre supervisora y supervisada.

■ **Trabajo de campo**

Desde el punto de vista antropológico, el trabajo de campo se define como la presencia directa y prolongada del investigador en el lugar donde se encuentran los actores de la unidad socio-cultural que desea estudiar. El campo de una investigación es su referente empírico, la porción de lo real que se desea conocer. Aquello a lo que se denomina “real” no está compuesto únicamente por fenómenos observables, sino también por la significación que los actores le asignan a su entorno y a la trama de acciones que los involucra. (Guber R. , 2004)

El trabajo de campo que se llevó a cabo por la tesista en el HIEMI, estuvo enmarcado en un área específica de la institución y en un sector particular: Pediatría, Cuidados Moderados “A”. Las problemáticas y patologías de cada sector varían, prevaleciendo en el sector A durante el período de práctica del año 2013, aquellas relativas a la violencia familiar, los malos tratos y al abuso sexual infantil. La prevalencia de estas problemáticas, y la particularidad que se pudo evidenciar en cada uno de los casos, han llevado a la selección de tres situaciones para sistematizar.

Por otro lado, si bien la problemática objeto de esta tesis es el maltrato infantil, no quisiera dejar de destacar brevemente la participación que se llevó a cabo durante el 2013 en la conformación del Equipo Interdisciplinario de Abordaje Integral de Pacientes con Mielomeningocele¹⁷. El haber formado parte de esta experiencia fue sumamente gratificante, ya que el Equipo se conformó durante la práctica institucional supervisada y, como estudiante avanzada, pude presenciar el proceso, con todo lo que ello implica: fundamentación del Proyecto, elaboración de los objetivos, tanto generales, particulares y del trabajador social en el mismo; confección de la planilla que sirva de instrumento de recolección de datos y lineamientos de la intervención del trabajador social.

¹⁷ El Mielomeningocele (MMC) es una mal formación del sistema nervioso central de origen congénito. Hay una alteración en la formación de una vértebra (espina bífida) y esto afecta a la medula y a sus envolturas. Puede ocasionarse en la columna cervical, dorsal o lumbar. Puede ser un simple quiste y llamarse Meningocele o tener en su interior elementos neuronales anormales como medula y sus raíces.

■ **Intervención del Trabajador Social en situaciones de Maltrato Infantil**

Como se ha mencionado con anterioridad en este documento, la identificación de ciertos signos en niños, niñas y adolescentes, pueden sugerirle al profesional de la Salud una situación de maltrato. Se ha dicho, también, que un signo y/o síntoma no es suficiente para arribar a un diagnóstico de maltrato; hasta entonces lo que se tiene es un presunto diagnóstico, que deberá profundizarse con el fin de esclarecer la situación. Una lesión, un indicador, una marca o un llanto espontáneo en un niño de 4 años no remiten, necesariamente, a una situación de maltrato. Será tarea del equipo de salud determinar no solo si existe una causalidad en los hechos, sino también qué significados le asignan los protagonistas, con el fin de garantizar la seguridad del niño/a, reducir el riesgo de que ocurran los malos tratos, abordar con éxito los efectos del maltrato sobre el niño/a y su familia, lograr los objetivos y las tareas del plan de caso y lograr resultados a nivel familiar (Intebi, 2009)

En este proceso de investigación, en donde se busca pasar de una situación indeterminada, desordenada y confusa, a una situación ordenada (Dewey, 1950), la intervención profesional del trabajador social en los equipos de salud es de fundamental importancia, ya que tenemos la posibilidad privilegiada de acceder a la vida cotidiana de los sujetos con los que trabajamos.

La vida cotidiana se presenta como una realidad interpretada por los hombres y que para ellos tiene el significado subjetivo de un mundo coherente que se origina en sus pensamientos y en sus acciones y que está sustentado como real. (Berger y Luckmann, 1995). Se estructura tanto en el espacio como en el tiempo, la estructura espacial posee una dimensión social en la medida en que se intersectan las zonas de manipulación de los sujetos, la temporalidad se da asimismo intersubjetivamente, proporciona la historicidad que determina la situación del sujeto en el mundo de la vida cotidiana. Las relaciones temporales y espaciales contribuyen a estructurar el mundo en el encuentro cara a cara.

Es en esta situación "cara a cara", la subjetividad del otro es accesible al trabajador social mediante un conjunto de síntomas que se expresan en un discurso,

ninguna otra forma de relación puede reproducir la abundancia de síntomas de subjetividad que expresa la situación cara a cara donde la subjetividad del otro se encuentra próxima.

Cuando el trabajador social interviene en una situación de maltrato infantil, necesariamente debe conocer la trama familiar. La posibilidad de acceder al mundo íntimo de la familia, incluso a su hogar, permite identificar la dinámica familiar en lo concreto. Las formas de comunicación y de vínculo entre sus miembros, las relaciones de poder y de autoridad en la casa, los roles que ejercen los miembros de la familia, los mandatos culturales, cómo significan la violencia, si naturalizan o no esos episodios. También se pretende interiorizarse en los aspectos habitacionales, condiciones de habitabilidad e higiene; factores socioeconómicos, empleo, satisfacción de necesidades básicas; aspectos de salud, de educación, culturales, religiosos, etc.

El conocimiento de la dinámica familiar es central en la intervención del trabajador social, sin embargo esta intervención debe estar siempre sustentada en un objetivo. El profesional no se propone penetrar en la trama familiar amparado en un deseo por saciar su curiosidad, tampoco con fines de disciplinamiento. Lo que justifica esta intervención es la existencia de un riesgo real sobre el niño, niña o adolescente, tal como afirma Bringiotti (2005), cada familia tendrá su matriz de funcionamiento única y específica, que si bien en principio debe ser respetada, hay un límite que se coloca en el momento y situación en que se vea alterado el bienestar y crecimiento adecuado de los hijos. No se trata de discutir valores o posiciones respecto a lo que se quiere para el hijo, sino de intervenir en aquellos casos en que aparece una posibilidad de riesgo.

Por otro lado, se intenta conocer a la familia ampliada a fin de identificar la existencia o no de una red familiar continente, o de otros adultos referentes (vecinos u otros allegados); y de evaluar la posibilidad de acompañamiento y contención hacia el niño, niña o adolescente víctima de maltrato. Teniendo en cuenta que, según la gravedad del maltrato, en ocasiones los niños, niñas o adolescentes permanecen hospitalizados, la presencia de figuras protectoras que puedan acompañar durante el

proceso de internación es de suma importancia para contribuir al cuidado de los pacientes.

Además de la observación de los diferentes ámbitos donde se desenvuelve la vida cotidiana de los sujetos, el trabajador se vale de otra herramienta durante su intervención: la entrevista. Escuchar la trama discursiva de los sujetos-de-intervención es de suma importancia, puesto que es lo que permite al trabajador social no solo comprender el significado que los sujetos asignan a las situaciones que vivencian y a las prácticas que realizan, sino que a través de la palabra es que los adultos, y los niños y niñas en la medida de sus posibilidades, reconstruyen el relato del episodio de violencia que ha dado origen a la intervención.

Para describir la intervención del trabajador social en situaciones de maltrato en el ámbito hospitalario, es preciso retomar las propuestas de abordaje individual-familiar, también llamadas “metodología de casos”.

La forma en que se origina la intervención puede ser por demanda espontánea en el Servicio Social o en los consultorios externos del hospital, por interconsulta o derivación de otro profesional, entidad judicial, hospital de origen (en el caso de los pacientes que ingresan al HIEMI derivados de otras localidades).

Luego de haber tomado conocimiento del problema, el trabajador social realiza intervenciones indirectas (De Robertis, 2006) antes de tomar contacto con la familia o los adultos que acompañen al niño o niña durante la internación. Entre estas intervenciones se encuentran: la lectura de la historia clínica, a fin de tomar conocimiento del recorrido histórico del paciente en la institución hospitalaria, la existencia o no de internaciones previas, los motivos de las internaciones, la duración de las mismas; y otros datos que puedan resultar relevantes al momento de tener el primer contacto, tales como el nombre del padre, madre o adulto a cargo del niño/a; teléfonos de contacto, direcciones, etc. Si existe una denuncia penal, puede que esté en un apartado de la historia clínica y el trabajador social tenga acceso a ella.

Además de la lectura de la HC¹⁸, el trabajador social va al primer encuentro con el paciente habiendo tenido una charla, más o menos formal, con los profesionales que tomaron conocimiento del caso previamente, y que han aportado información sobre el hecho. Es importante tener en cuenta que esa información no debe predisponer al profesional de trabajo social a elaborar juicios previos de ningún tipo. La información obtenida con anterioridad se puede transformar en una herramienta de utilidad o de obstaculización.

Luego de haberse informado sobre cuestiones fundamentales, el trabajador social realiza el primer contacto cara a cara con el paciente y su grupo familiar. La primera entrevista generalmente se lleva a cabo en el hospital, en la misma sala de internación o en el espacio físico del Servicio Social. Las características de esta primera entrevista varían, de modo que el profesional debe tener la flexibilidad necesaria para adaptarse a los condicionamientos externos, como ruidos propios del ámbito hospitalario, presencia de otros pacientes y/o familias, otros profesionales; como así también los condicionantes inherentes al entrevistado/a: su predisposición para la entrevista, el tiempo que desea brindar o las dificultades que pueda tener para hablar del hecho. En esta primera entrevista el trabajador social tiene un objetivo claramente delimitado, que es obtener la información necesaria respecto al episodio que originó la hospitalización.

Con posterioridad a este primer encuentro, y de acuerdo a las características de cada caso, el trabajador social evalúa si es pertinente o no llevar a cabo otras entrevistas. Si es necesario, entrevistará a otros miembros del grupo familiar conviviente o no conviviente; asimismo tomará la determinación de realizar entrevistas domiciliarias, o tomar contacto con referentes institucionales como pueden ser la institución educativa donde asiste el niño/a, el CAPS donde realiza sus controles, u otras instituciones donde concurra el paciente y el trabajador social pueda obtener datos de interés para la investigación diagnóstica.

¹⁸ Historia clínica

Cada intervención del trabajador social requiere de la utilización de diversas técnicas, sean entrevistas, observaciones, lectura de informes o documentos relacionados con la situación en la que interviene, etc. no constituyen, *per sé*, un juicio conclusivo que permita validar un diagnóstico de maltrato infantil. Es la relación de la información obtenida a través de las diferentes fuentes de las que se vale el profesional de trabajo social, y la interpretación que este realiza desde su saber lo que le dará valor a éstas técnicas, y las hará útiles a los fines investigativos y diagnósticos (Mariño, 2009).

Luego de evaluar la situación a partir de toda la información obtenida, el trabajador social elabora el diagnóstico de la situación. Cabe aclarar que esta tarea le compete como profesional que integra un equipo de salud, y que tal evaluación es ejecutada no solo por el trabajador social, sino por todos los integrantes del equipo. Lo que este diagnóstico refleja es la presencia de factores de riesgo y/o indicadores que permiten afirmar que el niño, niña o adolescente fue víctima de maltrato.

Cuando el equipo de salud valida el diagnóstico, se procede a dar intervención a los organismos y/o instituciones correspondientes. Se pone en conocimiento de la situación al Sistema de Promoción y Protección de los Derechos del niño, niña o adolescente; o se deriva el caso al Equipo de Atención al niño en riesgo, cuando el egreso hospitalario debe ser acompañado por una medida de abrigo u otra disposición judicial.

Como parte de la intervención que lleva a cabo el trabajador social, también se elabora un Informe Social. Se trata de un documento escrito que expone la necesidad no satisfecha o la vulneración de un derecho, concreta o potencial, de la persona o el grupo con que el profesional trabaja; y que nos expone en tanto hace visibles las propias acciones profesionales y las posiciones desde las cuales fundamentamos nuestra intervención (Giribuela & Nieto, 2009).

Si bien la confección del Informe Social se enmarca en la dimensión técnico instrumental de la profesión, no está escindida de las dimensiones epistemológica, teórica, metodológica y ético-política. Como sostiene Travi, "*no son herramientas neutras sino que se apoyan en supuestos epistemológicos, fundamentos y marcos*

teóricos en los que fueron concebidas” (Travi, 2006:16). Asimismo, afirma que “*su construcción supone siempre una decisión no solo teórica sino también político-ideológica*” De esta manera, exigirá la vocación crítica necesaria para el uso de una herramienta que puede ser utilizada tanto para el control social, como para el reconocimiento y restitución de derechos.

En este sentido, un Informe Social se constituye en un instrumento de poder, que hace públicos aspectos privados de la vida de las personas, y permite u obstruye el acceso a prestaciones y servicios, es decir, es un documento que expresa mucho más que una problemática social. Es precisamente en ese punto y en el modo en que ponemos en acto la “evaluación”, en que se juega la intervención profesional como control social o como instancia de aporte a la construcción de autonomías y responsabilidades (Cazzaniga, 2000).

Cabe destacar que, en todo este proceso, el trabajador social no interviene solo. En este punto se hace necesario rescatar la importancia del trabajo interdisciplinario coordinado y dirigido al esclarecimiento del hecho y la protección de niños y niñas. Según Follari (1992), lo interdisciplinario es la conjunción de lenguajes diferentes, que hablan de cosas distintas, en términos diferentes y por lo tanto implica un arduo esfuerzo, mancomunar puntos de vista y acercar diferencias de significado de las palabras. Teniendo en cuenta esta multiplicidad de *lenguajes*, al trabajador social le cabe desplegar sus conocimientos teóricos a fin de expresar con claridad esa mirada particular que permite decir y hacer con voz propia, y desde allí dialogar con otros saberes (Cazzaniga, 2001).

■ Sistematización de situaciones de intervención

A continuación se presentan 3 situaciones de intervención durante el período de práctica institucional supervisada en el año 2013.

■ Descripción de la situación de intervención N° 1:

- Diagnóstico de ingreso: *“Epifisiolisis de Patela Humeral – Sospecha de maltrato infantil”*.
- Institución receptora de la demanda: Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil “Don Victorio Tetamanti”. La demanda fue emitida por el Sector de Pediatría, Cuidados Moderados A¹⁹ al Servicio Social del hospital.
- Origen de la demanda: el niño ingresa por guardia del HIEMI, derivado del Hospital de Niños de la localidad de Tandil “Debilio Blanco Villegas”.
- Motivo de la demanda: evaluación de la presunta situación de maltrato infantil
- Organismos intervinientes:
 - Hospital de Niños de la localidad de Tandil “Debilio Blanco Villegas”.
 - HIEMI
 - Servicio local de Promoción y Protección de los Derechos del niño, niña y adolescente de la localidad de Tandil
 - Juzgado de Familia N° 1

¹⁹ En adelante CMA.

➤ Datos Personales del Paciente

Nombre y Apellido: **R. A.**

Edad: 2 años

Fecha de Nacimiento: 15/07/12

DNI: 50.XXX.XXX

Obra Social: No posee

Domicilio: Zona rural (la progenitora desconoce el nombre del mismo)

Barrio: Tres Mojones

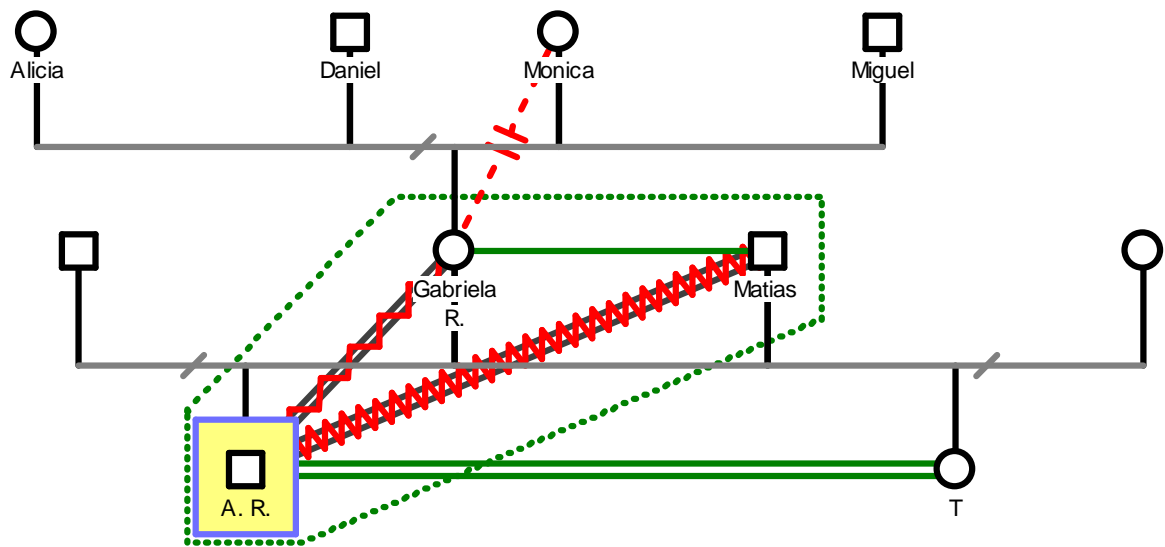
Localidad: Tandil

Teléfonos de contacto: (02494) – xxxxxx (madre) // (0223) – 155xxxxxx (prima materna).

Centro de Salud de Referencia: Hospital de de Niños de Tandil “Debilio Blanco Villegas” – Hospital de Tandil “Santamarina” – Centro de Atención Primaria de la Salud “Mangioni”

En el siguiente genograma familiar²⁰ se reflejan los datos del grupo familiar conviviente y no conviviente:

²⁰ “El genograma es la representación gráfica de una constelación familiar multigeneracional (tres generaciones) que por medio de símbolos permite recoger, registrar, relacionar y exponer , categorías de información del sistema familiar , en un momento determinado de su evolución y utilizarlo para la resolución de problemas”. Dr. Ricardo Ramos Martínez. Medico y Psicoterapeuta Familiar Coord. Enseñanza e Investigación UMF/UMAA No. 53. IMSS DURANGO.



Referencias:

-la línea verde punteada representa al grupo familiar conviviente, compuesto por el paciente, su madre y la actual pareja de su madre

La línea verde simple representa el vínculo armonioso-cercano referido por Gabriela hacia su actual pareja Matías

-esta línea representa el vínculo cercano y negligente por parte de la madre hacia el paciente

La línea roja escalonada que va desde Matías hacia el niño representa el vínculo de violencia que se ejerce por parte del adulto

La línea verde doble entre la niña T. y el niño R. expresa la amistad-cercanía que existe entre ellos.

Esta línea representa la ruptura en la relación filia madre-hija que la madre del paciente tuvo con Mónica desde su infancia

➤ Situación económica

La joven Gabriela percibe la AUH y es ama de casa. El joven Matías, se desempeña laboralmente en el campo como Boyero en un tambo.

El paciente no posee obra social

➤ Situación habitacional

El paciente habita con su progenitora y la pareja actual de ésta última, en una vivienda cedida por el propietario de un campo de la localidad de Tandil, se desconoce el nombre del mismo. La vivienda cuenta con un dormitorio, una cocina y un baño interno. El niño duerme en una cama de una plaza, mientras que su madre duerme con su pareja en una cama matrimonial. Ambas se encuentran en el único dormitorio que posee la vivienda.

Servicios: luz – gas envasado - pozo ciego – agua de pozo. Se calefaccionan con una pantalla con garrafa.

➤ Situación de Salud

El día 20/07/13 se interna en el Sector de Pediatría, Cuidados Moderados “A”, el paciente R. A., de 2 años de edad, derivado del Hospital de Niños de la localidad de Tandil “Debilio Blanco Villegas”, acompañado por su progenitora, con diagnóstico de ingreso: “ *Epifisiolisis de Paleta Humeral - Sospecha de Maltrato Infantil*”.

El día posterior a su ingreso, se recibe por fax a la Dirección del HIEMI, la Denuncia Penal realizada por la médica que evaluó al niño en el Hospital de origen.

➤ De las entrevistas mantenidas con la joven Gabriela, madre del paciente, surge la siguiente información:

- Que convive con su pareja actual, desde hace aproximadamente 4 meses, refiriendo tener un buen vínculo.
- Que no posee relación con su madre, refiriendo que siente rencor hacia ella, desde la separación de sus padres, cuando ella tenía 4 años de edad, además manifiesta no quererla.
- En relación al comportamiento del niño refiere que el mismo es tranquilo, que mira televisión con su pareja, que ella lo sienta en un sillón y ahí se queda, por lo que se infiere que siendo un niño tranquilo no condice con las lesiones actuales y previas que padece.

➤ Relato del episodio (motivo de internación)

De la entrevista mantenida con la progenitora del niño, en relación al motivo de internación surge lo siguiente:

- Manifiesta que siendo el día viernes 19/07/13 por la tarde, siendo las 15: 00 aproximadamente, el niño se encontraba jugando en la habitación con la niña Tamara, hija de su actual pareja, de 5 años de edad, mientras ella se encontraba lavando la ropa en la cocina.
- El episodio del golpe no fue observado por adulto responsable.
- Durante el transcurso del día, según relato materno, el niño no refiere dolor ni llanto, no pudiendo reconocer que su hijo se habría golpeado.
- Además manifiesta que esa noche su hijo no quiso cenar.
- Siendo las 3:00 am, de día 20/07/13, cuando su pareja concurre a su hogar luego de su jornada laboral, observa que el niño se encuentra llorando y molesto, mientras que su madre dormía.
- Luego el joven Matías, despierta a Gabriela y le comunica el estado en el cual se encuentra el niño, en la primera entrevista mantenida con la progenitora,

manifiesta que su hijo estaba vestido y no lo habría desvestido, motivo por el cual no pudo visualizar la lesión del brazo (el cual se encontraba hinchado por la Fractura del codo derecho).

- Durante el transcurso de otra entrevista mantenida con la progenitora, manifiesta que cuando su pareja le comunica que el niño se encuentra llorando y con dolor, ella le quita la ropa, observando la hinchazón del brazo. Ante ésta situación no consultaron al médico de forma inmediata.
- Siendo las 12:00 horas del mismo día, la progenitora llama a un remis, para concurrir con el niño al Hospital de origen, considerando que el mismo se encontraba con dolor y llanto. En la consulta se detectan múltiples lesiones, además de la lesión actual, motivo por el cual se deriva al HIEMI y se realiza la Denuncia Penal en la ciudad de origen.

En relación a las lesiones que padece el niño, la madre manifiesta al respecto lo siguiente:

- Que 20 días previos a la internación actual, el niño tenía una hinchazón en la cara, refiriendo que le pusieron hielo y le compraron medicamentos, pero no consulta al médico.
- Que en reiteradas oportunidades el niño se cae de la cama matrimonial y de su cama de una plaza, observado esto por su progenitora, pero no consulta al médico.
- Que en una oportunidad el niño se habría caído de arriba de la mesa, encontrándose el mismo en el huevito, pero no consulta al médico.
- Que en otra oportunidad ella se encontraba bañando a su hijo en un fuentón, y el mismo se resbala, pero no consulta al médico.

➤ Objetivos de la intervención

- Evaluar la situación socio-familiar del paciente y su grupo familiar al momento del ingreso hospitalario.
- Identificar factores de riesgo y factores protectores y/o compensatorios.
- Poner en conocimiento de la situación actual del paciente al Sistema de Protección de la localidad de origen, considerando la existencia previa de una denuncia penal realizada por la médica que recepcionó al niño en la localidad de Tandil, y el diagnóstico de ingreso del niño.
- Evaluar el dispositivo de egreso pertinente que asegure el bienestar del niño.

➤ Factores de riesgo identificados por la trabajadora social:

- El diagnóstico de ingreso del niño y su corta edad.
- El episodio que motivó la internación no fue presenciado por un adulto.
- Falta de consultas médicas ante las reiteradas lesiones del niño y demora en la consulta médica de la hospitalización.
- Presencia de múltiples hematomas con diferentes estadios de evolución (mejilla izquierda, puente nasal, brazo izquierdo).
- En el relato materno se observa discurso contradictorio y dudoso en relación al origen de las lesiones que presenta su hijo.

➤ Factores protectores identificados por la trabajadora social:

- La presencia de una prima de la madre del paciente, que acompaña al niño durante el período de internación.
- Compromiso y responsabilidad por parte del equipo de salud, sobre todo en la médica del hospital de origen, quien realiza la denuncia formal.

➤ Intervenciones realizadas desde el Servicio Social durante el proceso de internación en el Sector de Pediatría de Cuidados Moderados A.

- Entrevistas a la madre del paciente, único familiar directo que acompaña al niño durante la internación.
- Se brinda contención y acompañamiento a madre del paciente durante el proceso de internación del niño.
- Se solicita a médicos tratantes el Informe Médico y al profesional interviniente, el Informe de Salud Mental, para ser presentado ante quien corresponda.
- Lectura de la denuncia penal enviada por la médica que recepcionó al paciente en el hospital de origen.
- Contacto telefónico con el Servicio Social del hospital de origen, a fin de obtener información pertinente para el esclarecimiento del hecho.
- Reuniones con el equipo de salud para evaluar la situación y sugerir un dispositivo de egreso que garantice el bienestar del niño.
- Elaboración del Informe Social que ponga en conocimiento de la situación del niño y de intervención al Sistema de Promoción y Protección de los Derechos del Niño de la localidad de Tandil; y al Juzgado de Familia N° 1.

➤ Diagnóstico Social

A partir de las entrevistas realizadas a la madre del paciente, único familiar directo que acompaña al niño durante la internación, se evalúa que:

- el niño se encuentra expuesto a reiterados episodios de maltrato físico, evidenciándose múltiples lesiones y hematomas con diferentes estadios de evolución.
- vulneración del derecho a la Integridad Física y Emocional del paciente.
- esta situación se agrava con la presencia de factores de riesgo que obstaculizan el adecuado desarrollo que el niño debe tener acorde a su edad
- naturalización por parte de la progenitora del paciente respecto a las múltiples lesiones que padece el niño, infiriendo el nulo registro de signos de alarma.
- negligencia en el ejercicio de la responsabilidad parental, en relación a las demoras en las consultas médicas, no solo en el episodio que dio origen a la internación en el

HIEMI, sino también en episodios de traumatismos previos, incluso observados por adultos.

- los datos proporcionados por la progenitora, en relación al origen de las lesiones, son confusos y contradictorios.
- Red familiar prácticamente incontinente.

➤ Plan de acción

De lo evaluado por el Servicio Social del HIEMI, se procede a solicitar la inmediata intervención de los organismos correspondientes, a fin de implementar un dispositivo de egreso que garantice el bienestar psicofísico del paciente, considerando su situación de vulnerabilidad y desprotección.

Se elabora la estrategia más conveniente para facilitar el egreso hospitalario del paciente.

➤ Evaluación

- Se pudo entrevistar a la madre del paciente durante el período de internación, lo cual permitió tener una aproximación a la cotidianidad del niño y la dinámica familiar. Esto fue de suma importancia, puesto que la distancia del lugar de origen, y el no tener acceso a la situación socio-ambiental del grupo familiar constituyó el mayor obstáculo en la intervención hospitalaria.
- El equipo de salud interviniente del HIEMI logró acordar con el Hospital de Origen el traslado del niño al mismo, a fin efectivizarse el dispositivo de egreso. En este sentido, se destaca la articulación coordinada entre las instituciones que posibilitó la instrumentación de un dispositivo de egreso que garantice el bienestar del niño.
- Se lograron los objetivos propuestos para la intervención.

■ Descripción de la situación de intervención N° 2:

- Diagnóstico de ingreso: *“Enfermedad de transmisión sexual / herpes genital – Sospecha de Abuso Sexual Infantil”*.
- Institución receptora de la demanda: Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil “Don Victorio Tetamanti”. La demanda fue emitida por el Sector de Pediatría, CMA al Servicio Social del hospital.
- Origen de la demanda: la demanda se origina como derivación interna, a partir de la interconsulta realizada por el Sector de Pediatría CMA a la trabajadora social.
- Motivo de la demanda: evaluación de la presunta situación de abuso sexual infantil
- Organismos intervinientes:
 - HIEMI
 - Equipo de Atención al niño/a y adolescente en situación de riesgo – 102 MGP
 - Comisaría de la Mujer y La Familia
 - Centro de Promoción y Protección del niño, niña y adolescente.

➤ Datos Personales de la Paciente

Nombre y Apellido: **M. A.**

Edad: 6 años

Fecha de Nacimiento: 30/09/07

DNI: 48.XXX.XXX

Obra Social: No posee

Domicilio Actual (Madre del Padrastro de la niña): Juramento N° XXXX

Barrio: Juramento

Domicilio de la Hermana del paciente: Martínez de Hoz y xxxxxxx (asentamiento, la tercera vivienda, entrando por el pasillo).

Barrio: Puerto

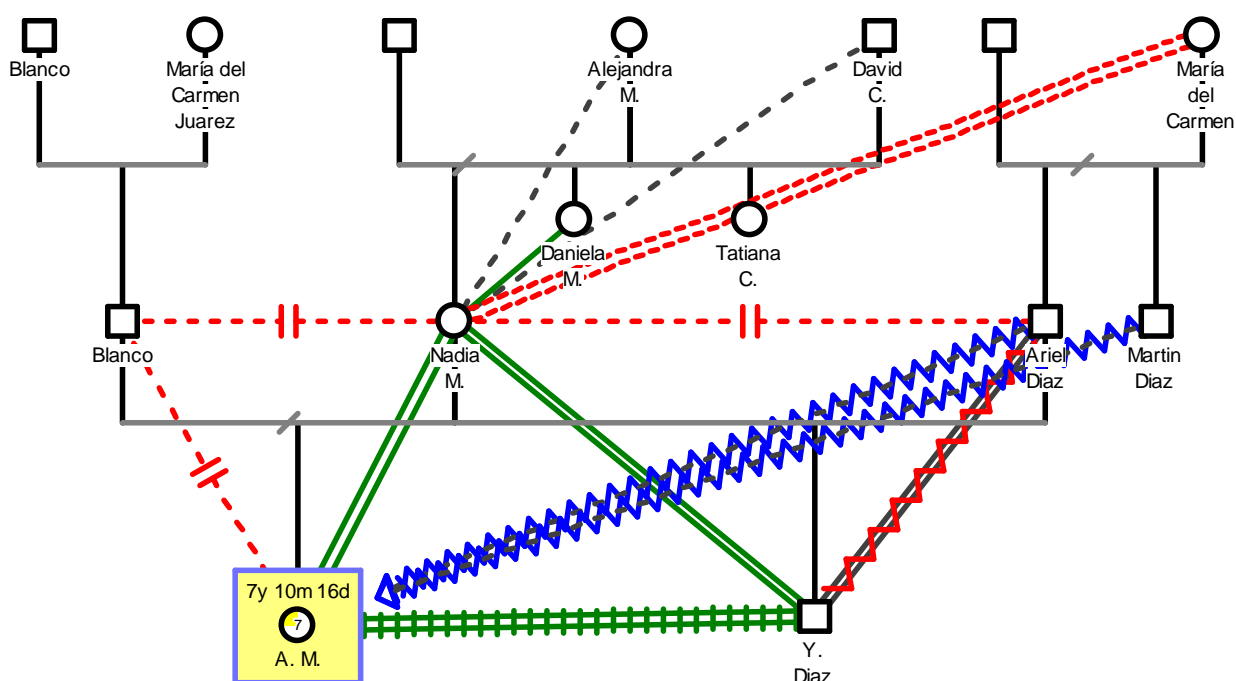
Teléfonos de contacto: 156-xxxxxx (madre). / 156-xxxxxx (Daniela, tía materna)

Establecimiento Educativo: Jardín 901, calle 51 y Cerito; sala de 5 años.

Centro de Salud de Referencia:

- CAPS “El Martillo”
- CAPS “Meyrelles”
- HIEMI

En el siguiente genograma familiar se reflejan los datos y relaciones del grupo familiar conviviente y no conviviente:



La línea negra punteada delimita el grupo familiar conviviente, integrado por la paciente, su hermano menor, su madre, la pareja de la madre (separados al momento del ingreso hospitalario de la niña) y la señora María del Carmen, madre del Sr. Ariel Díaz.

Estas líneas representan la ruptura del vínculo paterno-filial y, también, del vínculo entre ambos progenitores de la paciente

Las líneas verdes doble representan la cercanía y confianza entre Nadia y sus dos hijos

La línea gris y roja escalonada representa el vínculo cercano pero a la vez hostil que el señor Díaz mantiene con su hijo

Las líneas azules escalonadas que van desde Ariel y Carlos hacia la niña, reflejan la situación de abuso ejercida por parte de ambos adultos hacia la paciente

Esta línea refleja el vínculo estrecho entre ambos hermanos, observado durante todo el proceso de internación

La línea gris punteada representa el vínculo distante entre Nadia y su madre, abuela de la paciente, y también con su actual pareja

La línea verde simple refleja la cercanía de Nadia con su hermana materna

➤ Situación económica

La joven Nadia, madre del paciente percibe la AUH por ambos niños y se desempeña laboralmente como empleada doméstica.

➤ Situación de salud

Los niños poseen la vacunación completa según el calendario de vacunación. No poseen obra social ni ellos ni su progenitora.

La niña M. A., de 6 años de edad, se encuentra internada en el Sector de Pediatría de Cuidados Moderados A del HIEMI (hab. 121), desde el día 27/09/13, con diagnóstico de ingreso: "Enfermedad de transmisión sexual / herpes genital/ sospecha de abuso sexual infantil".

➤ De la entrevista domiciliar realizada en la vivienda de Nadia, compartida con su suegra y padre de su hijo Y., surge lo siguiente:

- En el domicilio se encontraba presente el joven Ariel Díaz y su madre la Sra. María del Carmen R., quienes se encontraban cuidando al pequeño Y. (hermano de la paciente), a los adultos se los observó suspicaces y desconfiados ante nuestra presencia, e incómodos por momentos, debido al tenso clima que habían creado ambos.

- Se focaliza en la situación ambiental. La vivienda es propiedad de la Sra. María del Carmen, habitándola hace aproximadamente un año y medio, cuenta con cocina – comedor – y dos dormitorios, uno destinado a Nadia Y Ariel y el otro destinado a la Sra. María del Carmen y la niña A. M., donde se observa una cama matrimonial. Además, cuenta con baño interno precario, observándose un inodoro y un lavatorio, el cual no funciona. En relación a los servicios: cuenta con: luz – gas envasado – agua corriente y cloacas. Posee termotanque eléctrico y se calefaccionan con estufa eléctrica y hogar a leña, el cual no tiene buen tiraje, ya que se encuentra tapado. Se llueve en todos sus ambientes, visualizándose que el techo es de losa, totalmente en pésimo estado de conservación.

-Se realiza entrevista domiciliaria en la casa de Daniela, hermana materna de Nadia, sito en la calle Martínez de hoz y XXXXXXXXXXXX (entrando por un pasillo la tercera vivienda).

La vivienda es un ambiente único dividido por una cortina, posee una cocina con gas envasado, luz cedida (instalación precaria, con cableado a la vista), el piso es de carpeta sin cerámicos y las paredes no se encuentran revocadas, el techo está construido con chapas y tirantes podridos, sin membrana, observándose claros en el mismo, por lo que se llueve todo el ambiente, ya que el mismo se lo observa deteriorado y agujereado. Posee una cama matrimonial y una cuna, destinada al hijo de Daniela, Lautaro, de dos años de edad. La vivienda no posee baño, el mismo es compartido con la vecina.

➤ Relato del episodio (motivo de internación)

De la entrevista mantenida con la joven Nadia, progenitora de la niña, en relación al motivo de internación surge lo siguiente:

- Que el día 22/09/13 la niña A. es acompañada por su progenitora al HIEMI, debido a que la niña se encontraba dolorida en sus partes genitales, manifestándole a su madre que se había golpeado en el Jardín con una silla (viernes 20/09/13). En el hospital le realizaron unos análisis y le brindaron pautas de alarma.

- El martes 24/09/13 vuelve al hospital con la niña por el mismo motivo, pero en ésta oportunidad la niña le había manifestado a su madre que se había golpeado en la plaza, nuevamente la evaluaron clínicamente y le indicaron una crema.
- El día viernes 27/09/13 al persistir con dolor genital la madre de la pareja actual de Nadia, la llama al trabajo y le refiere que la niña se encuentra muy quejosa y que lloraba, refiriéndole a María del Carmen, que le dolía “la chuchi y la cola”; y ante éste llamado Nadia le dice que por favor la lleve nuevamente al hospital, donde previa evaluación clínica se decide su internación.

Nota: según relato materno, la niña Abigail le habría manifestado a su madre que el joven Martín Díaz, de 21 años de edad, hermano de la pareja actual de Nadia, le habría tocado los genitales en varias oportunidades. Agregando que el día 3/10 cuando llega de ampliar la denuncia, donde insta la acción penal, la niña le refiere en el hospital que también Ariel, pareja actual de Nadia, habría abusado de ella en varias ocasiones. (Se angustia, llora y se percibe sensación de impotencia por parte de la progenitora).

Nota: Luego de realizar la entrevista domiciliaria en la vivienda de Daniela, hermana materna de Nadia, quien se encontraba cuidando a Y., hermano materno de la paciente, se decide desde el equipo de salud, que el niño se interne junto a su hermana, hasta que se resuelva el egreso hospitalario de la niña.

- De las entrevistas mantenidas con la joven Nadia M., madre de la paciente, surge lo siguiente:
 - Que se encuentra en pareja con el joven Ariel Díaz, padre de Y. Díaz, desde hace aproximadamente 5 años.
 - Que se separaron por dos meses éste año, retomando la relación el día 18 de agosto del corriente, ambos poseen un vínculo conflictivo.

- Que desde que su hija A. le refirió que él (Ariel) también habría abusado de ella, decidió separarse y retirar a su hijo de la vivienda y dejarlo al cuidado de su hermana Daniela. El niño Y. quedó bajo el cuidado de ésta última desde el día 03/10/13 hasta el día 08/10/13.
- Que Ariel y su hermano Martín, trabajan juntos en un taller mecánico, por lo que poseen buena relación. (según relato de la niña a su madre ambos habrían abusado de ella).
- Que tanto la niña A. como el niño Y., siempre concurrían a la casa de Martín y su pareja Marianela; como ésta última es ama de casa, la ayudaba con el cuidado de los niños, cuando ella se iba a trabajar.
- Que no posee vínculo con su madre y abuela materna del paciente.
- Que sólo posee vínculo con su hermana Daniela, y sus dos tías Mariel y Melisa.
- Ante las alternativas de egreso, ella manifiesta que podría irse a vivir con sus hijos a la casa de Daniela, su hermana, pero que luego de realizar la entrevista domiciliaria, se descarta esa opción por los profesionales del Servicio Social, considerando que la vivienda no es adecuada, no sólo por la precariedad de la misma, sino por la situación con la que nos encontramos cuando nos presentamos en la vivienda, la pareja de Daniela nos recibe desde la cama con una cortina que separaba la cocina de la cama donde se encontraba, considerando que es un ambiente único y de extrema precariedad habitacional; motivo por el cual la entrevista estaba dirigida a Daniela, quien nos recibe en la cocina, y ante las preguntas realizadas, Daniela es poco lo que puede acotar, debido a que su pareja desde la cama, sin poder verle la cara respondía a todas las preguntas dirigidas a Daniela; percibiendo un clima muy denso, a pesar que las preguntas realizadas, se encontraban focalizadas en lo ambiental. Por éste motivo, se decide que el niño Y. se interne en el hospital, hasta resolución del Sistema de Protección.
- Otra alternativa de egreso que ofrece Nadia, es irse a vivir a lo de su tía Melisa.

➤ Objetivos de la intervención

- Evaluar la situación socio-familiar del paciente y su grupo familiar al momento del ingreso hospitalario.
- Aplicar las técnicas más adecuadas que permitan obtener la información necesaria para el esclarecimiento de la situación.
- Identificar factores de riesgo y factores protectores y/o compensatorios.
- Aplicar el Protocolo de Maltrato del HIEMI
- Poner en conocimiento de la situación actual del paciente al Sistema de Protección, considerando el diagnóstico de ingreso de la niña y los derechos vulnerados que se advirtieron no solo de ella, sino de su pequeño hermano.
- Evaluar el dispositivo de egreso pertinente que asegure el bienestar de la paciente.
- Identificar los miembros de la red familiar que puedan colaborar en el cuidado y contención, tanto en el proceso de internación como al momento del egreso.

➤ Factores de riesgo identificados por la trabajadora social:

- El diagnóstico de ingreso de la niña y su corta edad.
- La proximidad física/geográfica de los presuntos abusadores hacia la paciente
- La inexistencia de una vivienda hacia la que puedan trasladarse la paciente, su madre y su pequeño hermano.

➤ Factores protectores identificados por la trabajadora social:

- La presencia de Daniela, tía materna, que se mostró predispuesta a colaborar en lo que pueda, incluso ofreciendo su casa para hospedar a la paciente, su madre y hermano.
- Durante las múltiples entrevistas que se realizaron con la joven Nadia, se mostró siempre muy predispuesta y aceptando las sugerencias brindadas por los profesionales del Servicio Social.
- Se la observa muy preocupada y angustiada por la situación delicada de salud que se encuentra atravesando su hija A.

- Se observa la fortaleza de Nadia al tomar la decisión de separarse de su pareja y realizar la denuncia penal.
- Intervenciones realizadas desde el Servicio Social durante el proceso de internación de la niña, en el Sector de Pediatría de CMA:
 - Se sugirió a la joven Nadia realizar la ampliación de la denuncia, a fin de instar la Acción Penal.
 - Se solicita a los profesionales médicos, el Informe Médico, al profesional de Salud Mental, el Informe Psicológico, a fin de adjuntarlo al Informe Social, para ser presentado ante el Sistema de Protección (102).
 - Se solicita al grupo de voluntarias Kumelén su aporte, a fin de acompañar al paciente durante el proceso de internación, considerando que Nadia se encuentra sola en la internación de su hija.
 - Se decide la internación hospitalaria del hermano de la paciente, hasta se tenga una resolución del CPDN correspondiente.
 - Elaboración del Informe Social, a fin de poner en conocimiento al Sistema de Protección la delicada situación de la niña, su pequeño hermano y su madre.
 - Desde el Servicio Social se le menciona que podría existir la alternativa de irse a un Hogar donde ella pueda estar con ambos niños y pueda también continuar trabajando como empleada doméstica, como lo viene sosteniendo hasta el día de la fecha, aún con su hija internada, siendo éste su mayor ingreso económico. Al respecto se la observa con muy buena predisposición a la alternativa, como última instancia, considerando la inexistencia de familia materna que pueda contenerla y acompañarla en este difícil momento.

➤ Diagnóstico Social

Desde el servicio Social del HIEMI, se evalúa:

- vulneración del derecho a la Integridad Sexual, Física y Emocional de la niña A.,
- situación de vulnerabilidad y desprotección de su pequeño hermano y su madre
- escaso soporte familiar

- inexistencia de una vivienda digna, donde puedan habitar al egreso hospitalario,

➤ Plan de acción

Se solicita la intervención del 102, a fin de elaborar un dispositivo de egreso que garantice el bienestar psicofísico del paciente, neutralizando los factores de riesgo que pongan en peligro el normal crecimiento y desarrollo de la niña.

Se sugiere la incorporación del paciente, su pequeño hermano y madre a un Hogar transitoriamente, al egreso hospitalario, hasta tanto Nadia pueda reorganizar su cotidianeidad.

➤ Evaluación

- Se evalúa como aspecto positivo la actitud de la madre de la paciente en todo el transcurso de la internación, mostrándose receptiva a las sugerencias del equipo de salud
- Se logró la aceptación de todo el equipo de llevar a cabo la internación del hermano menor de la paciente mientras la niña A. se encuentre internada.
- Se aseguró un contexto de protección para la niña, su hermano y su madre, garantizando el egreso hospitalario con el acompañamiento de los organismos correspondientes.

■ Descripción de la situación de intervención N° 3:

- Diagnóstico de ingreso: *“Sospecha de Abuso sexual Infantil”*.
- Institución receptora de la demanda: Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil “Don Victorio Tetamanti”. La demanda fue emitida por el Sector de Pediatría, CMA al Servicio Social del hospital.

- Origen de la demanda: la demanda se origina como derivación interna, a partir de la interconsulta realizada por el Sector de Pediatría CMA a la trabajadora social.
- Motivo de la demanda: evaluación de la presunta situación de abuso sexual infantil.
- Organismos Intervinientes:
 - HIEMI
 - Comisaría de la Mujer y la Familia MGP
 - Fiscalía N°----
 - Fiscalía de Responsabilidad Penal Juvenil. Se abrió una causa Penal al joven G., de 16 años de edad, caratulada como: “*Abuso Sexual Infantil con acceso carnal*”.
 - Equipo de Atención al niño/a y adolescente en situación de riesgo – 102 MGP
 - EMA - MGP(Equipo de Medidas de Abrigo)
 - ECO – MGP (Equipo de seguimiento de situaciones complejas).

➤ Datos Personales de la Paciente

Nombre y Apellido: **P. A.**

Edad: 2 años

Fecha de Nacimiento: 24/06/11

DNI: 51.XXX.XXX

Obra Social: No posee

Domicilio: Jacinto Peralta Ramos N° XXXX

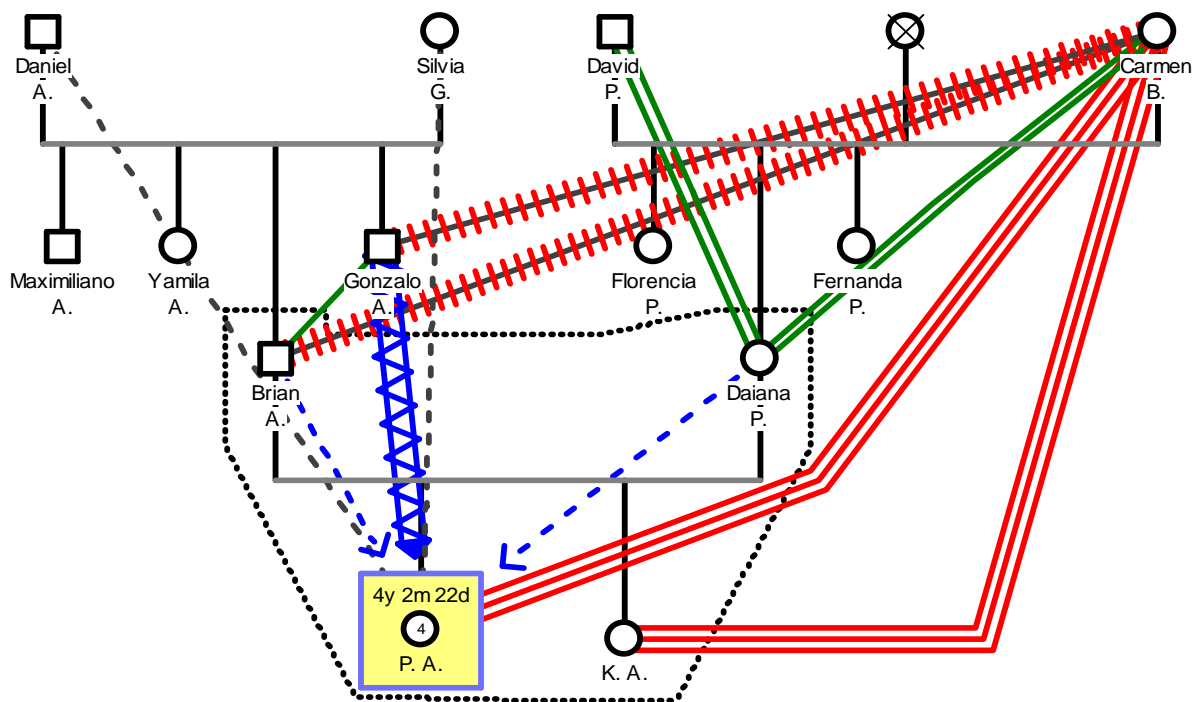
Barrio: Las Canteras

Teléfonos de contacto: 156-xxxxxx (padre) // 155-xxxxxx (madre) // 482-xxxxxx (abuela materna).

Centro de Salud de Referencia:

- CAPS “El Martillo”
- HIEMI

En el siguiente genograma familiar se reflejan los datos del grupo familiar conviviente y no conviviente:



- La línea negra punteada especifica el grupo familiar conviviente, integrado por la paciente P. A., su hermana K.A, y ambos progenitores.
- La línea roja triple representa el vínculo cercano de afecto y protección por parte de la señora Carmen, abuela de crianza de las niñas.
- Las líneas azules punteadas que van desde ambos padres hacia la paciente representan el trato negligente que han tenido hacia la niña P. A.
- La línea azul escalonada indica la relación de abuso entre el adolescente y la niña P. A.
- Las líneas grises punteadas que van desde el Sr. Daniel A. y la señora Silvia G. (abuelos paternos de la paciente), reflejan el trato distante que ambos adultos han tenido con la niña durante el período de internación hospitalaria
- Las líneas verdes doble representan el vínculo cercano entre Daiana, madre de la paciente, su padre y la pareja de su padre.

Esta línea representa la desconfianza por parte de la señora Carmen hacia Brian y Gonzalo.

➤ Situación de salud

La niña se encuentra internada en el Sector de Pediatría de Cuidados Moderados A del HIEMI (hab. 124), desde el día 23/09/13, con diagnóstico de ingreso: “*Sospecha de Abuso sexual Infantil*”. Se deja constancia que la niña fue intervenida quirúrgicamente en la madrugada del día 24/09/13.

La niña ingresa por guardia del HIEMI, acompañada por su progenitora, la joven Daiana P., de 23 años de edad, y su bebe recién nacida de aproximadamente 1 mes de vida, el cual actualmente se encuentra en internación conjunta con su hermana P.

➤ Situación económica

La joven Daiana es ama de casa y percibe la AUH por ambas niñas. El joven Brian se desempeña laboralmente como albañil, posee un trabajo no registrado, con una jornada laboral de 8:00 a 17:00 horas.

➤ Situación de salud

La paciente presenta hasta el momento el calendario de vacunación completo. No presenta antecedentes de ninguna enfermedad crónica.

Ningún miembro del grupo familiar posee obra social.

La niña A. P., de 2 años de edad, se encuentra internada en el Sector de Pediatría de Cuidados Moderados A del HIEMI (hab. 124), desde el día 23/09/13, con diagnóstico de ingreso: “*Sospecha de Abuso sexual Infantil*”. Se deja constancia que la niña fue intervenida quirúrgicamente en la madrugada del día 24/09/13.

➤ Situación habitacional

De la entrevista domiciliar realizada por el S. Social, surgen los siguientes datos:

- La niña P. convive con ambos progenitores y su hermana menor de 1 mes de vida, en una vivienda cedida por un primo materno de la madre del paciente, ubicada en la calle Jacinto Peralta Ramos N° XXXX, del Barrio: “Las Canteras”. La misma cuenta con cocina – comedor, baño interno y una sola habitación, manifiestan los padres que hace 4 años aproximadamente que se encuentran en esta vivienda.
- En relación a las características generales de la vivienda, el baño se encuentra en pésimo estado, se visualiza una pileta con una pérdida importante de agua, motivo por el cual se encuentra inundado, el inodoro no funciona, el sector de la ducha que tampoco funciona, debido a que no poseen calefón eléctrico, es solo utilizada por los progenitores, higienizándose calentando agua caliente en la cocina que funciona con gas envasado.
- El piso es de carpeta sin cerámicos, se observa humedad en todos sus ambientes, el techo es de madera, roberoid y chapa y las paredes se encuentran revocadas.
- En el dormitorio se observa una cama de dos plazas, destinada a los padres, una cuna utilizada por Priscila y un moisés de manos, que es colocado en dos sillas al lado de la cama matrimonial, utilizado para el recién nacido. Se deja constancia que la habitación no posee luz y se llueve en parte de la habitación, observándose sólo la chapa.
- Al fondo de la vivienda hay un patio, el cual no se pudo observar, ya que para su ingresar, se encontraba un auto estacionado, el cual no funciona, trabando la entrada al mismo.

Servicios: luz cedida y cable compartido– agua corriente (posee agua en las dos canillas únicamente, la del baño y en la pileta de la cocina) – gas envasado – pozo ciego. Se calefaccionan con una salamandra en la cocina – comedor y en la habitación con una estufa eléctrica, no cuentan con calefón eléctrico, se observa cableado a la vista, instalada la luz precariamente.

Notas: se visualiza medicación a la vista, en el dormitorio arriba de una cajonera y en la cocina, sobre una barra desayunadora.

También se observa que la bicicleta mide aproximadamente 50 centímetros de alto, con dos rueditas traseras y su asiento es de cuerina amarilla, la misma se encuentra en excelente estado.

➤ Relato del episodio (motivo de internación)

De la entrevista mantenida con la joven Daiana, progenitora de la niña, en relación al motivo de internación surge lo siguiente:

- Que el día 23/09/13 Daiana habría dejado a P. y a su hermana K., al cuidado de sus abuelos paternos, como lo hacía habitualmente, en ésta ocasión siendo el día de su cumpleaños había ido a realizar unas compras para el festejo, luego regresa al hogar de los abuelos a retirar a sus hijas; y considerando que se hallaba con bolsas con mercadería, y encontrándose complicada para regresar a su domicilio que se encuentra a una cuadra de la casa de los abuelos; le solicita ayuda al joven Gonzalo, tío paterno del paciente, para que la ayude con las bolsas y las niñas, sumándose una prima paterna llamada Uma, de 3 años de edad.
- Al llegar al hogar, Daiana se da cuenta que le faltaron comprar algunas cosas, motivo por el cual le pide a Gonzalo que se quede en su domicilio cuidando a sus hijas y a su sobrina, mientras ella concurría al almacén (según su relato tardó entre 15 y 20 minutos).
- Al regresar de realizar los mandados, se encuentra que ambas hijas se encontraban llorando; P. cuando vio a su madre le refirió: “Gon pañal.....Gon pañal”; y Uma, la prima de 3 años de edad, le refería que P. se habría caído de la bicicleta.
- Ante ésta situación Daiana piensa que P. se hallaba con el pañal sucio, motivo por el que se lo cambia luego del relato de la niña y observa al cambiarla que el pañal estaba lleno de materia fecal con sangre y que al continuar con el llanto y el estado en el cual se encontraba su hija, decide no higienizarla, sólo le agrega un

pañal limpio y concurre inmediatamente a la guardia del HIEMI, para su evaluación; que luego de los exámenes médicos correspondientes se decide su internación.

Nota:

Según relato de Daiana, el episodio de la supuesta caída de P. de la bicicleta no fue observado por el joven Gonzalo.

Según relato de Brian, el episodio si fue observado por su hermano Gonzalo.

- De las entrevistas mantenidas con la joven Daiana P., madre de la paciente, surge:

- Que se encuentra en pareja con el joven Brian A., padre de P. y su hermana menor, desde hace aproximadamente 5 años.
- Que ambos poseen un buen vínculo entre ellos.
- Que posee muy buena relación con la Sra. Carmen Britos y su familia materna, manifestando que frecuentemente concurre con sus hijas a visitarlos, explicitando que Brian en 5 años ha ido en alguna ocasión, pero no recuerda.
- Durante el proceso de la entrevista se la observa nerviosa, temerosa y suspicaz ante las preguntas realizadas por el profesional del servicio social, especialmente cuando describe el episodio que motivó la internación de su hija P.
- Relata: “no quiero echarle la culpa a Gonzalo.....no puedo decir que él abusó de mi hija o no la abusó.....”. Esta frase surge de manera espontánea por parte de Daiana, sin establecer por parte del profesional del servicio social una pregunta inducida al respecto.
- Ante lo mencionado manifiesta: “dejo todo en manos de la justicia para que investiguen”.
- Que sus hijas nunca se encontraron al cuidado de Gonzalo, que ésta situación se dio de manera casual, agregando que generalmente se quedan al cuidado de los abuelos paternos, pero no de Gonzalo, aunque compartan la vivienda.

- Finalizando la entrevista manifiesta sentirse mal por la situación actual que atraviesa su hija P., pero refiere: “no sé que le pasó.....”.

- De la entrevista mantenida con el joven Brian, padre de la paciente, surge lo siguiente:

- Al inicio de la entrevista se lo observa molesto por la situación de ser entrevistado por el profesional del Servicio Social, teniendo que llamarle la atención en algunas oportunidades para que apagara o pusiera en silencio su teléfono celular, lo que incomoda aún más a Brian y dificultando el desarrollo de la entrevista.
- Aporta datos filiatorios de su familia nuclear y extensa.
- Refiere: “no entiendo nada de lo que está pasando en este hospital.....ayer a la noche se llenó de policías y yo..... no entendía nada” // “Anoche fueron unos peritos a mi casa y le sacaron fotos a la bicicleta”, al respecto manifiesta: “se cayó de la bicicleta y fue así”.
- Manifiesta espontáneamente que a su hija P., durante la madrugada del día 24/9/13: “la tuvieron que llevar a quirófano para ponerle unos puntitos en la cola”. Luego realiza un silencio.
- Durante el proceso de la entrevista se visualiza escasa implicancia con la situación que se encuentra atravesando su hija P., careciendo de angustia y preocupación.

- De la entrevista mantenida con la Sra. Laura O., madre de R. C., de 12 años de edad, internado actualmente en el Sector de Pediatría de Cuidados Moderados A (hab. 122), donde se encontraba internada la paciente, con diagnóstico de ingreso: “convulsión en paciente epiléptico”, surge lo siguiente:

- Que su hijo ingresa por el Sector de guardia del HIEMI, y que luego de la evaluación médica lo ponen en la cama 1 de la guardia para su observación, siendo las 16:00 horas aproximadamente.
- Que cuando ella y su hijo ingresan a la guardia, P. ya se encontraba allí en cama 2 de la guardia.
- Observa que P. se encuentra al cuidado de ambos progenitores.
- Al preguntarle a Daiana que le había sucedido a su hija, ella le manifiesta que se había caído de una bicicleta y que al caerse se golpeó la cola, y “ahora estos llaman a la policía”; refiriéndose al Equipo de salud.
- A su vez visualiza que tanto Daiana como Brian, ambos progenitores, se encontraban muy nerviosos.
- Laura observa que ambos padres discutían todo el tiempo y se reprochaban cosas.
- Que Brian progenitor de la niña, en voz baja le decía constantemente a su hija P. “te caíste de la bicicleta, te caíste de la bicicleta, y así sucesivamente”.
- Que cuando personal de la policía entrevistó a la niña, el padre se encontraba nervioso y alterado por la situación.
- Por momentos los padres parecían desentenderse de la situación.

- De la entrevista mantenida con la Sra. Carmen B., abuela de crianza de la paciente, surge lo siguiente:

- Que conoce a Daiana desde que era chiquita, siendo ella la madre de crianza y/o madre del corazón como la suele llamar ella.
- Que se encuentra en pareja con el padre de Daiana hace más de 20 años.
- Que Daiana posee muy buen vínculo con ella y su familia materna, refiriendo que siempre los va a visitar junto a sus nietas P. y K.

- Que en 5 años que Daiana se encuentra en pareja con el joven Brian, ella no conoce a los abuelos paternos de sus nietas P. y K., refiriendo “no les conozco la cara”.
- Se encuentra muy conmovida y angustiada por la situación actual de su nieta internada.
- En relación al episodio refiere no creer que su nieta se haya caído de la bicicleta, que ella misma le regaló, y que le haya causado semejante lesión.
- De las múltiples entrevistas que se realizaron con la Sra. Carmen, se observa buena predisposición para con el equipo de salud interviniente, y conmovida por la situación de Priscila, intentando contener el llanto refiere siempre “a mi nieta le arruinaron la vida”.

- Evaluar la situación socio-familiar del paciente y su grupo familiar al momento del ingreso hospitalario.
- Aplicar las técnicas más adecuadas que permitan obtener la información necesaria para el esclarecimiento de la situación.
- Identificar factores de riesgo y factores protectores y/o compensatorios.
- Aplicar el Protocolo de Maltrato del HIEMI
- Poner en conocimiento de la situación actual del paciente al Sistema de Protección, considerando el diagnóstico de ingreso de la niña.
- Evaluar el dispositivo de egreso pertinente que asegure el bienestar de la paciente.
- Identificar los miembros de la red familiar que puedan colaborar en el cuidado y contención, tanto en el proceso de internación como al momento del egreso.
- Lograr que los padres de la paciente puedan entender la relación entre los hechos sucedidos, a fin de que puedan comprender la complejidad y gravedad de la situación.

➤ Factores de riesgo identificados por la trabajadora social

- El diagnóstico de la niña y su corta edad
 - El episodio fue vivido y observado por niñas entre 3 y 5 años de edad, lo cual dificulta la descripción del hecho
 - Nulo registro, desentendimiento y escasa implicancia, de ambos progenitores relacionado al diagnóstico de su hija.
 - Contradicción en el relato de ambos padres de la paciente
 - Relación asimétrica y verticalista por parte de Brian hacia Daiana
 - Ingresos económicos de la familia escasos e inestables, que cubren mínimamente las necesidades básicas.
 - Ruptura del vínculo con la familia paterna
 - Durante la visita domiciliar se observa presencia de medicamentos al alcance de la niña.
- Factores protectores identificados por la trabajadora social
- La presencia del abuelo materno y abuela materna de crianza de la niña, estando en todo el proceso de internación presentes y predispuestos a cuidar a la niña con posterioridad al egreso
 - La claridad por parte de la paciente para expresar lo ocurrido, teniendo en cuenta su edad
 - Intervención del Equipo de Salud, brindando compromiso, responsabilidad y coordinación en las intervenciones diarias, a fin de elaborar el diagnóstico y las estrategias de intervención pertinentes para la protección de la niña
- Intervenciones realizadas desde el Servicio Social durante el proceso de internación de la niña, en el Sector de Pediatría de Cuidados Moderados A
- Lectura de la Historia Clínica de la paciente
 - Lectura de la denuncia realizada por la médica de guardia en la Comisaría de la Mujer y la Familia

- Entrevista a miembros del grupo familiar con el fin de conocer la dinámica familiar y obtener información pertinente en relación al episodio que dio origen a la internación de la niña P. A.
- Visita domiciliaria con el fin de tomar conocimiento de la situación socio-ambiental de la niña y su grupo familiar.
- Entrevista a miembros del grupo familiar no conviviente con el fin de evaluar la posibilidad de acompañar a la paciente durante su internación, y con posterioridad al egreso.
- Se solicita a los profesionales médicos, el Informe Médico, al profesional de Salud Mental, el Informe Psicológico, a fin de adjuntarlo al Informe Social, para ser presentado ante quien corresponda.
- Elaboración de Informe Social, a fin de poner en conocimiento al Sistema de Protección la delicada situación de la niña y su grupo familiar.
- El Equipo de Salud decide internar a la pequeña K., de 1 mes de vida, hermana de la paciente, considerando que la misma es un recién nacido y se encuentra en período de lactancia, y considerando que en los Sectores de Pediatría del HIEMI, son salas de internación conjunta con un adulto responsable, que en ésta ocasión y durante el proceso de la internación ambas estarían bajo el cuidado de su progenitora.
- En oportunidades desde el SS se sugirió que las niñas quedaran bajo el cuidado de las voluntarias de “Kumelén”; cuando sus padres debían concurrir a las audiencias propuestas por los organismos intervinientes.

➤ Diagnóstico Social

- Vulneración del derecho a la Integridad Sexual, Física y Emocional del paciente.

- El relato de ambos progenitores, en relación al episodio, se observa discurso contradictorio y extremadamente dudoso, considerando las múltiples lesiones que presenta su hija.
- Nulo registro, desentendimiento y escasa implicancia, de ambos progenitores relacionado al diagnóstico de P.
- Ausencia de la familia extensa paterna, desde el ingreso de la niña al hospital hasta la actualidad, lo que demuestra la falta de interés y compromiso, considerando la delicada situación actual que se encuentra atravesando la misma, ya que P. cotidianamente mantenía un vínculo estrecho, al menos con sus abuelos paternos
- Relación verticalista de poder ejercida por parte de Brian hacia Daiana.
- Intento de manipulación del discurso de la niña, por parte de su progenitor.
- Situación habitacional de extrema precariedad.
- Se evalúa que los niños, los cuales no superan los 5 años de edad, por parte de la familia paterna, se encuentra expuestos a factores de riesgo, considerando la situación actual que P. atraviesa.

Nota: Desde el Servicio Social del HIEMI, se sugiere que la Sra. Carmen B., de 61 años de edad, abuela materna de P. y de K., no sea desvinculada de las niñas

➤ Plan de acción

De lo evaluado por el Servicio Social del HIEMI, se solicita la intervención del 102, a fin de implementar un dispositivo de egreso que garantice el bienestar psicofísico de la paciente y su hermana de 1 mes de vida, considerando la complejidad de la situación.

Se decide poner en conocimiento de la situación al Sistema de Protección, a fin de garantizar al egreso hospitalario de la niña, el bienestar psicofísico de la misma y de su hermana de 1 mes de vida, habiéndose identificado la vulneración de múltiples derechos.

➤ Evaluación

- Se evalúa como aspecto positivo la presencia de los abuelos maternos durante la hospitalización de la niña y su compromiso en relación al cuidado y contención de la paciente.
- La niña P. A., su hermana y sus padres se mudaron a una vivienda más cerca de la casa de los abuelos maternos de la paciente.
- La pequeña P. A. fue anotada en el Jardín de infantes N° XX, luego de que su abuela y madre hablaran con las autoridades y permitiesen el ingreso de la paciente al año siguiente, pese a la extensa lista de espera en el ingreso.
- Se cumplieron los objetivos de la intervención, a excepción de la significación del hecho por parte de los padres de la niña.
- Se evalúa como aspecto negativo la actitud de los padres de la paciente durante toda la hospitalización, la cual se mantuvo en una postura de minimizar el hecho, sin poder adjudicarle al mismo la relación con un abuso sexual.
- En ninguna de las entrevistas mantenidas con el equipo de salud, Brian manifestó algún sentimiento de hostilidad o rechazo hacia su hermano y presunto abusador de la paciente.

■ **Reflexiones sobre las situaciones trabajadas**

En esta tesis de grado se decidió sistematizar la Práctica Institucional Supervisada llevada a cabo en el Sector de la Pediatría, CMA del Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil “Victorio Tetamanti”, tomando como eje la problemática de maltrato infantil. Se decidió recuperar tan solo tres experiencias de trabajo de campo, habiéndolo intervenido en muchas más, no solo en relación a la problemática elegida, sino a otras problemáticas sociales y patologías propias del campo de Salud.

Focalizando en el problema en cuestión, es importante destacar que el maltrato infantil se manifiesta de múltiples formas, y que todos los casos de maltrato diagnosticados durante el ciclo 2013 han sido detectados mediante dos o más de las tipologías mencionadas en el capítulo II de esta tesis. Es decir, cuando el maltrato se visualiza, es porque no hay un único síntoma, como por ejemplo una lesión de gravedad, sino que se presenta un conjunto de síntomas que hacen surgir la sospecha. En este sentido, tanto en la sospecha de maltrato como en las de abuso sexual infantil, el niño y ambas niñas no solo fueron víctimas de maltrato físico y sexual, respectivamente, sino que estuvieron expuestos a sucesivas situaciones de coerción física, psicológica y emocional.

En las situaciones detalladas anteriormente, se visualiza una demora en la consulta médica, aspecto ligado muchas veces a la dificultad por parte de los adultos responsable, de comprensión de la gravedad del hecho. Las posibilidades de percibir un problema de salud son diversas y están socioculturalmente condicionadas: factores como la responsabilidad o el rol familiar que la persona desempeñe, así como las prioridades cotidianas y las actividades que realice harán que lo perciba de modo diferente en cada caso. Sin embargo, éstos son aspectos poco considerados al momento de intervenir desde el sistema formal de salud, ya que representan un corte en un proceso que no siempre es visualizado por los profesionales que integran los equipos de salud. Antes de que la persona efectúe la demanda y utilice el servicio sanitario, probablemente haya realizado algún tipo de acción, que responde a lo que

se denomina *autocuidado* (Menéndez, 2003). Este comportamiento responde a la propia percepción del problema, y tiene que ver con su cosmovisión personal acerca de lo que es estar sano o enfermo, lo que desencadena prácticas específicas, de las cuales sólo una es, o puede ser, la utilización del sistema de salud.

Este recorrido previo a la demanda, no sólo no es tomado generalmente en cuenta por el personal de salud, sino que en muchas ocasiones la mirada del paciente acerca de su problema se relativiza como dato a considerar. Sin embargo, a pesar de la importancia que pueda significar para el paciente el diagnóstico y la propuesta de tratamiento sobre su dolencia, ésta es también mediatizada por su propia concepción y representación de lo que le puede estar pasando. Esa persona, de vuelta en su casa y en su medio, tomará o dejará las prescripciones dadas por el profesional, de acuerdo a sus posibilidades de cumplimiento, pero también según su propia interpretación de lo que tiene que hacer.

En cuanto a lo que se denomina “negligencia”, o también “abandono”, este aspecto presenta ciertas dificultades al momento de consensuar la aplicación o no del término para efectuar la evaluación social, puesto que se tiende a enfatizar en las funciones que la familia debe desempeñar, dejando de lado otro tipo de responsabilidades, en principio la del Estado como garante de derechos. Al respecto María Inés Bringiotti sostiene que *“hay familias con muchas carencias que sin embargo se las rebuscan o tienen un cuidado mínimo del hijo, entonces si el chico no está como debe estar atendido, probablemente la responsabilidad no sea de la familia, sino del Estado; entonces sería muy inadecuado llamarlo abandono físico intrafamiliar, hablemos mejor de abandono físico social o estatal”*. (Bringiotti, 2005:9)

En los tres casos tratados, se identifican factores de riesgo que permiten inferir irresponsabilidad parental en relación al cuidado que los niños deben tener conforme a su edad, pero también se observó que la vulneración del derecho a la salud está atravesada por acciones y omisiones que, directa o indirectamente, también responsabilizan a los organismos de Salud, a la sociedad civil, y al Estado mismo.

Estas situaciones ponen de manifiesto e interpelan la creencia de que la familia es siempre el lugar privilegiado de desarrollo de un niño. El profesional de

trabajo social posee prejuicios y representaciones sociales, acerca de lo que una familia *debería ser*, o acerca de los sentimientos que una madre o un padre debe manifestar cuando se les informa el diagnóstico de su hijo/a. Poseer prejuicios no es, en sí mismo, ni bueno ni malo, en tanto no nos impidan llevar a cabo nuestra tarea de manera profesional y eficiente, problematizando la realidad sin normativizar.

Como profesionales de la Salud, la exigencia ética de separarse de prejuicios personales y de “modelos” de familia heredados de hace siglos, se convierte en un desafío a superar cada día. En el caso de la niña P. A., sus padres no manifestaron angustia durante la hospitalización de la niña, y este aspecto fue tenido en cuenta por la trabajadora social, sin embargo no fue utilizado para estigmatizarlos, puesto que la manifestación de angustia no siempre evidencia que los adultos han entendido la gravedad del diagnóstico; en cambio, si fue tenido en cuenta por la profesional para poder trabajar conjuntamente con ambos progenitores, intentando que perciban la compleja situación por la que estaba atravesando su hija, a fin de poder contenerla y llevar a cabo las operaciones y gestiones necesarias, desde el punto de vista legal.

Es pertinente dedicar unas palabras a la importancia de la mirada de género al momento de la intervención. Tal como lo expresa Rosana Guber (2004), la realidad solo habla cuando se la interroga, y es deber del trabajador social poner en práctica todo su bagaje profesional, y todo lo aprehendido durante su formación para poder elaborar un marco de referencia teórico que le posibilite tener una mirada aguda, y ver más allá de lo que perciben los sentidos. La problemática de maltrato infantil puede ser comprendida con mayor amplitud si se la estudia desde una mirada de género. En los tres casos sistematizados, ninguno de los episodios fue observado por un adulto responsable que estuviese al cuidado del niño, las mujeres-madres se encontraban en horario de trabajo o realizando tareas domésticas. Por otro lado, se percibió durante las entrevistas realizadas a los padres de los/las pacientes, una asimetría en las relaciones conyugales ejercidas por los hombres hacia las mujeres y hacia los niños/ as que, si bien no justifican ni explican las situaciones de maltrato, cohiben a las madres, dejándolas con menor capacidad de protección sobre ellas mismas y sobre sus hijos.

CONCLUSIONES Y PROPUESTAS

Lo primero que estimo necesario concluir, es que los objetivos plateados para el desarrollo de la presente Tesis de grado fueron cumplidos.

En el objetivo general me propuse relizar una indagación sobre las estrategias de intervención del Trabajador Social en situaciones de presunción de maltrato infantil en el HIEMI. A partir de la reconstrucción retrospectiva de mi Práctica Institucional Supervisada llevada a cabo en el año 2013 hoy, dos años después, he logrado elaborar este documento que refleja el ejercicio profesional del trabajador social en el ambito hospitalario, en relación a la problemática tratada. Cabe aclarar que lo que se expuso en esta Tesis no implica una visión unívoca, mucho menos universal, respecto a cómo debe intervenir un trabajador social en situaciones de maltrato infantil. Se debe apreciar más bien como una propuesta de trabajo; una acumulación de experiencias y sugerencias a tener en cuenta, pero teniendo siempre presente que el trabajo social interviene en realidades sociales complejas, contradictorias y cambiantes, y que siempre se deberá considerar cada contexto e historia de vida particular.

El haber transitado por el HIEMI me permitió comprender y profundizar mis conocimientos acerca del rol del profesional de Trabajo Social en el campo de la Salud y, específicamente, en la atención hospitalaria con una población-objeto en particular. Se pudo observar que las intervenciones del Servicio Social se originan a partir de múltiples demandas, que van desde la interconsulta médica, la solicitud de ayuda en la ventanilla de guardia, el relevamiento diario que permite tener un acercamiento cara a cara con el otro y que posibilita generar un primer contacto que, de realizarse de manera eficiente, le hará saber a la persona que hay *alguien* con quien puede hablar. Lo interesante fue vivenciar que, independientemente de la forma en la cual se da inicio a la intervención, siempre se trató de procesos de construcción *con otros*. El trabajador social no interviene *porque sí*, siempre lo hace con un objetivo y una intención, a partir de una demanda elaborada siempre con otro.

En relación a lo que fue mi proceso de inserción, al tratarse de una institución de Salud, el modelo médico hegemónico, las relaciones de poder y la resistencia (a la presencia de estudiantes, al interrogatorio, a la *desnaturalización*) acompañaron el

proceso de Supervisión durante todo el período de práctica. Sin embargo, las manifestaciones de poder y resistencia, tan tratadas teóricamente en el espacio académico y tan difíciles de poner en relación con la práctica, se pudieron observar objetivamente y poner a prueba subjetivamente.

En lo que respecta a la relación entre supervisora-supervisada, considero que en todos los casos se debe procurar la construcción de un espacio de reflexión crítica sobre la Intervención profesional, asumiendo cada parte las responsabilidades que le corresponden, que en el caso del supervisado se refieren al compromiso por la práctica que han decidido llevar a cabo, y en el caso de los supervisores, el recibir al estudiante con la predisposición necesaria para que lo acompañe durante un período determinado en su labor profesional.

En este sentido, se puede decir que el período de “adaptación” es tan nuevo para el supervisado como para el supervisor, que aunque ya haya ejercido ese rol con anterioridad, cada estudiante que llega año tras año es diferente, y el hecho de pasar de trabajar solo a trabajar en presencia de un *otro*, en principio desconocido, crea ansiedades, temores y reacciones imprevisibles para ambos. El desafío está en poder comprender el *para qué* de nuestro estar-ahí, y que los juicios del supervisor al supervisado y viceversa se fundamenten en función del rol que cada uno de ellos ejerce, y en el cumplimiento del objetivo que ambos han planteado y consensuado.

Esta práctica ha sido condición y posibilidad, alcance y límite. No se trata de encontrar las contradicciones entre Institución inclusiva e Institución expulsiva ya que, como cualquier otra institución, el HIEMI no escapa a esa contradicción. De lo que se trata es de poder viabilizar el poder, apropiarse de los espacios de construcción que tanto la institución como el Servicio Social genera y tener siempre presente que la confrontación es producto de intercambios y puntos de vista distintos, y que los mismos son necesarios si se pretende llevara cabo una intervención crítica. En la medida de lo posible, el Servicio Social del hospital materno infantil busca interpelar el modelo médico hegemónico y la coerción que ese modelo ejerce sobre las familias asistidas.

En relación al trabajo en equipo, se puede decir que la articulación entre instituciones, si bien no constituye “trabajo en equipo” propiamente dicho, resulta de suma importancia para efectivizar los ingresos, egresos y seguimiento hospitalario. El contacto personal o telefónico con el profesional de otra institución dispone y prepara la intervención en otro sentido que si se libra al azar la derivación de un paciente. En cuanto al trabajo interdisciplinar, se considera que no hay un consenso sobre si los equipos son multi, inter o transdisciplinarios. Se ha observado que este debate tampoco está presente en todas las disciplinas, ya que, por ejemplo en el equipo para el abordaje con pacientes con Mielomeningocele, éste originalmente se presenta a sí mismo como “comité interdisciplinario”, y hasta la fecha sólo desde el Servicio Social se ha sugerido el cambio de “comité” a “equipo”. Cabe mencionar que, si bien el Servicio fue convocado para formar parte del equipo de intervención para pacientes con MMC, en la fundamentación del proyecto no consta claramente el objetivo de la presencia de un Trabajador Social. De alguna manera se percibe la necesidad de su presencia, pero no se sabe exactamente para qué. Considero que, en parte, esto es legado de la historia de la profesión, de la falta de clarificación de nuestro rol, y de la deuda pendiente de la especificidad profesional.

En cuanto a los Protocolos que se implementan en los casos de maltrato infantil, considero que el citado Protocolo elaborado por la Subsecretaría de Coordinación y Atención de la Salud de la Provincia de Buenos Aires para la Detección e Intervención en situaciones de Maltrato Infantil, constituye una herramienta útil pero confusa e insuficiente para los profesionales de los equipos de salud que deben trabajar diariamente con esta problemática, ya que presenta una estructura rígida de intervención, y los términos y conceptualizaciones que contiene este protocolo no son de autores y/o pensadores de nuestro país, por lo tanto no se ajustan a la realidad del contexto latinoamericano, específicamente de Argentina. Por otro lado, el protocolo elaborado por el equipo de salud del HIEMI es escueto, y podría ser ampliado y presentado en forma de proyecto, con los ítems correspondientes a este esquema, es decir: fundamentación de la existencia de un protocolo específico para abordar situaciones de maltrato, objetivos, técnicas,

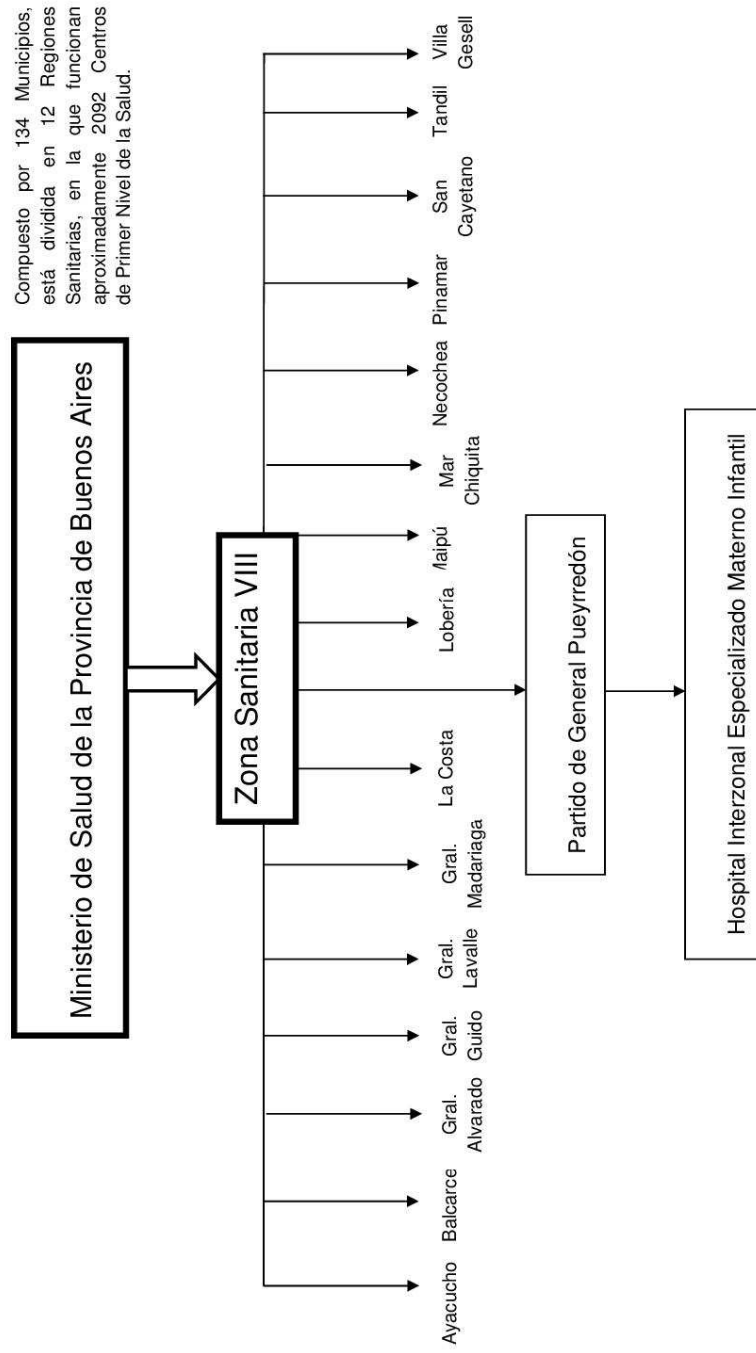
indicadores a tener en cuenta, etc. El hecho de poder modificar este instrumento sería altamente enriquecedor, puesto que reflejaría un pensar situado de la profesión, en relación a categorías y conceptualizaciones de la realidad social local de la población con que se trabaja.

Ambos protocolos mencionados presentan, a mi parecer, un marco de referencia en el que prevalece la mirada centrada en el niño, niña o adolescente como objeto de protección antes que como objeto de derecho. Si bien el objetivo inmediato de cualquier intervención en casos de maltrato es evaluar el riesgo para proteger al niño/a, nunca se debe perder de vista que el niño/a es un sujeto en-situación-de-vulneración, y no un niño/a vulnerable. Esta aclaración puede parecer insignificante, pero el no tenerla presente puede llevar a intervenciones basadas en caridad o filantropía.

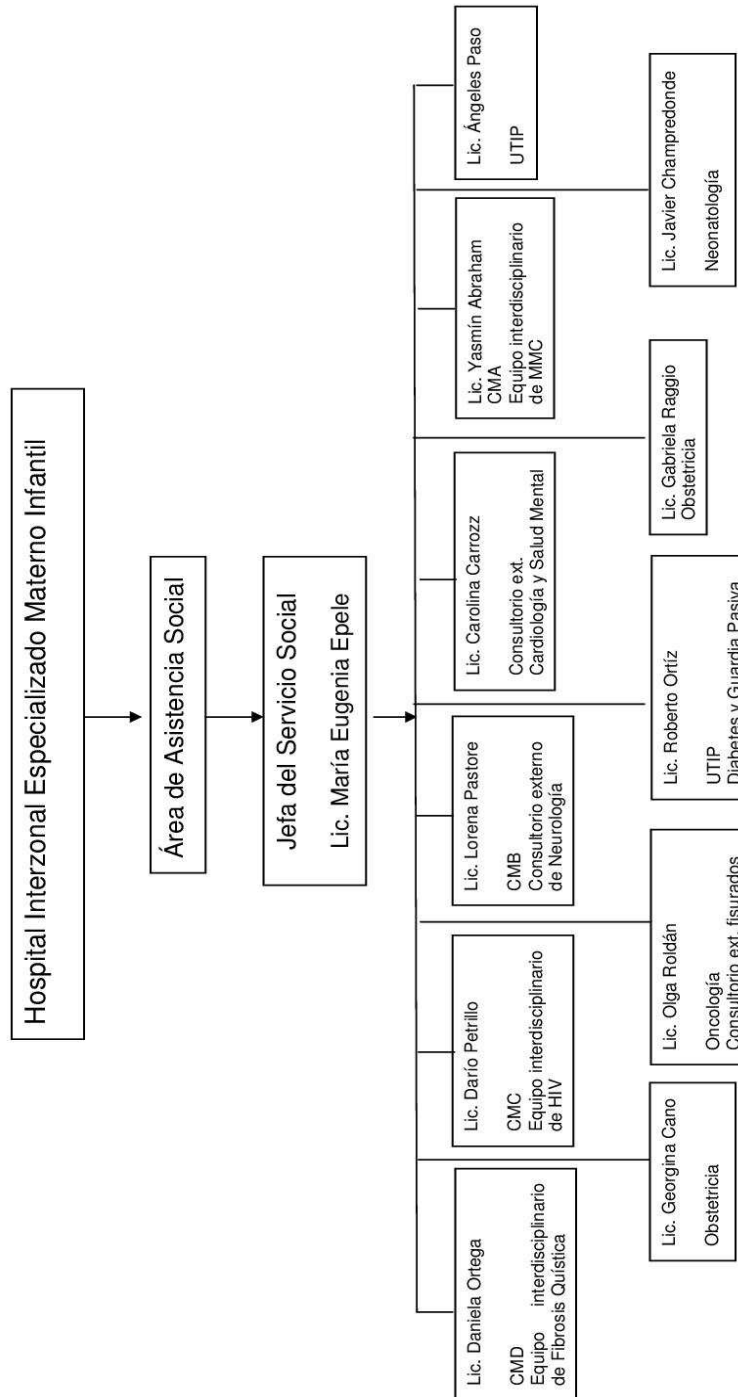
Por último, y para concluir esta tesis de grado, reafirmo mi pasión y compromiso con la problemática elegida, y con la profesión que me permite tomar conocimiento e intervenir con los niños y niñas en situación de vulnerabilidad víctimas de maltrato.

ANEXOS

Organigrama del Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil



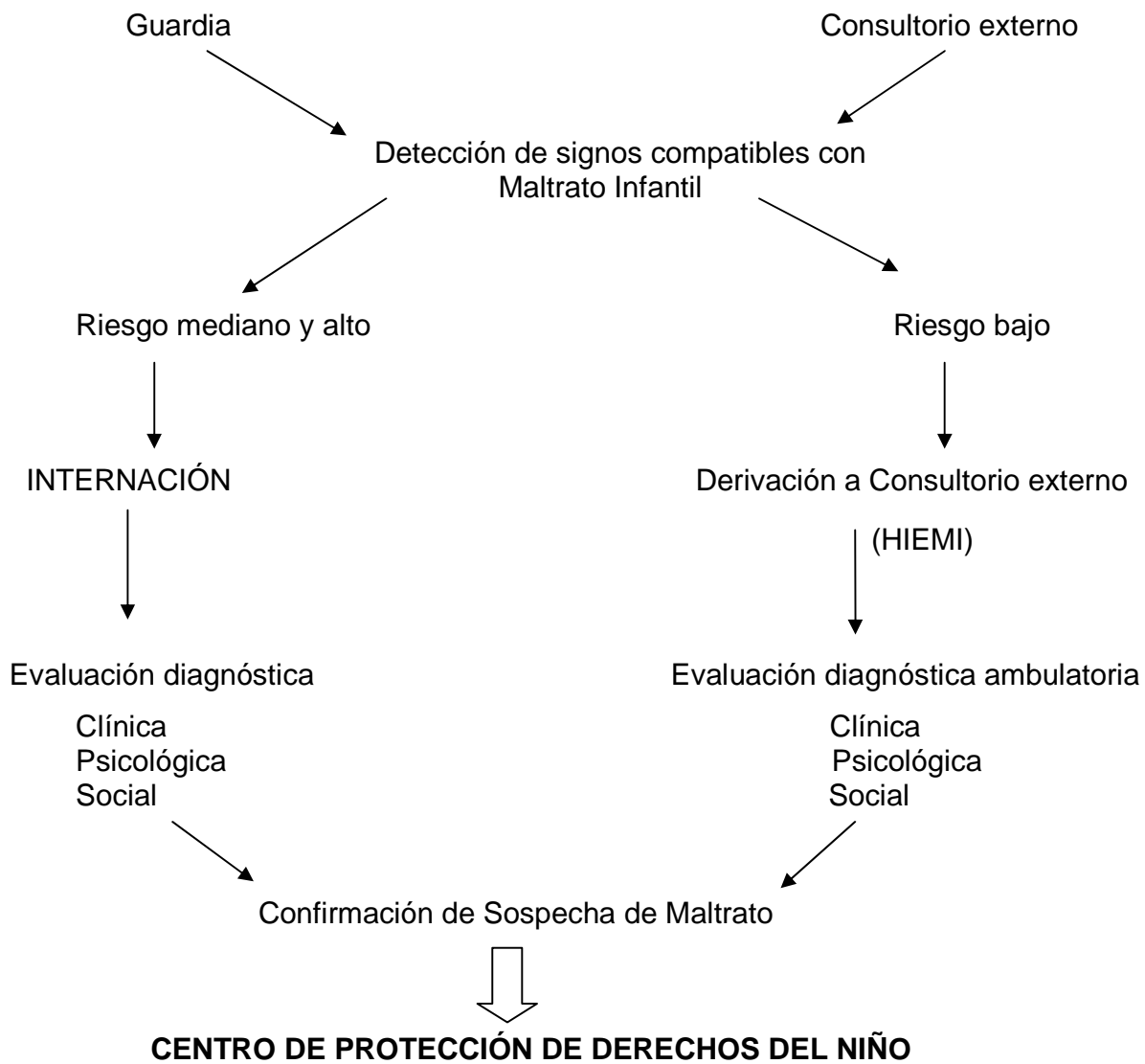
Organigrama del Servicio Social – HIEMI



Se suman a los 11 profesionales de planta permanente una Jefa de Residentes, 10 residentes y un Secretario Administrativo.

Maltrato Infantil y Abuso sexual

Organigrama de funcionamiento



Abordaje interdisciplinario del Maltrato Infantil y Abuso Sexual

NORMATIVA

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 Comisaría de la 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 llevarán a cabo las evaluaciones clínica, social y psicológica, cuyos informes se incorporarán en la Historia Clínica. Cuando se confirme el diagnóstico de MT o AS, 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 del egreso con el Centro de Protección correspondiente.
6. El egreso (no alta) se realizará con turnos programados para el 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 médica, 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

SIEMPRE ES NECESARIA LA INTERVENCIÓN PROFESIONAL PARA LA PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS DEL NIÑO.

MARCO DE ACTUACIÓN PROFESIONAL

Ley Provincial Nº 12569 de Protección contra la Violencia Familiar

El Art. 4º establece: “que cuando las víctimas fueran menores de edad, incapaces o discapacitados que se encuentren en imposibilidad de accionar por sí mismos, estarán obligados a efectuar la denuncia los representantes legales, los obligados por alimentos, el Ministerio Público, como así también quienes se desempeñan en organismos asistenciales, educativos, de salud, de justicia y en general quienes desde el ámbito público o privado tomen conocimiento de situaciones de violencia familiar o tengan serias sospechas”.

Es decir, que los **agentes de salud** están obligados a efectuar la denuncia bajo pena de incurrir en el DELITO DE ENCUBRIMIENTO, sancionado con seis meses a tres años de prisión.

La denuncia debe ser efectuada dentro de las 72 hs. hábiles de tomar conocimiento del hecho.

El Decreto 2875 determinar que cuando la denuncia se efectuare en la comisaría deberá ser recepcionada en FORMA OBLIGATORIA constituya o no delito, y reenviada inmediatamente al autoridad jurisdiccional competente para garantizar la debida protección a la víctima mediante las medidas cautelares pertinentes.

Comisaría de la mujer: Complejo Vucetich, Independencia 2447 2º piso.

Tel: 492-0019 / 499-0091 / 494-9904. Atención 24 hs.

Dirección de la Mujer, Municipalidad de General Pueyrredón: Teodoro Bronzini 1147, 2º piso de lunes a viernes de 8.00 a 14.00 hs.

Línea Malva 108: asesoramiento en situaciones de violencia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AGUILAR M. J. (1994). "Introducción a la Supervisión". Colección Política, Servicios y Trabajo Social. Ed. Lumen. Buenos Aires. Argentina.
- ANDER-EGG, E. (1985). "Historia del Trabajo Social". Ed. Humanitas. Bs. As.
- ANDER-EGG, E. (2009). "Diccionario del Trabajo Social". Ed. Brujas. Argentina
- BERGER, T. y LUCKMANN, P. (1995). "La construcción social de la realidad". Ed. Amorrortu. Buenos Aires. Argentina.
- BERTAD, J. (1998). "Parentesco y Modernidad". Editorial Paidós. Barcelona.
- BERTINI, C. y otros. (2005). "El maltrato hacia los niños", en GIBERTI, E. comp. (2005). "Abuso sexual y malos tratos contra niños, niñas y adolescentes. Perspectiva psicológica y social". Ed. Espacio. Bs. As. Argentina.
- CARBALLEDA, A. (2002) "La Intervención en lo Social". Ed. Paidós. Buenos Aires. Argentina.
- CARBALLEDA, A. (2003). "Nuevos escenarios y práctica profesional. Una mirada crítica desde el Trabajo Social", ED. Espacio, Bs. As. Argentina.
- CARBALLEDA, A. (2012). "La intervención del Trabajo Social en el campo de la Salud Mental. Algunos interrogantes y perspectivas". En Revista Margen N° 65. Argentina.
- CARRASCO, C. (1995). "Un mundo también para nosotras". En Revista Mientras tanto. N° 60. España.
- CAZZANIGA, S. (1997). "Metodología y Trabajo Social" (1ª Parte). Facultad de trabajo Social. UNER.
- CAZZANIGA, S. (2000). "Acerca del control, la autonomía y el reconocimiento de derechos". Cuadernillo N° 20. FTS Universidad Nacional de Entre Ríos. Argentina.
- CEPEP (Cooperativa Centro de Estudios para la educación popular). 2010. "La sistematización de experiencias: un método para impulsar procesos emancipadores". Ed. El Perro y La Rana. Caracas.
- COMAS d'Argemir, D. "Trabajo, Género y Cultura. La construcción de desigualdades entre hombres y mujeres" Icaña, Institut Català d'Antropologia. Barcelona.

- DE ROBERTIS, C. (2006). "Metodología de la intervención en trabajo social". Ed. Lumen Humanitas. Buenos Aires.
- DEWEY, J. (1950). "Lógica: teoría de la investigación" (prólogo y traducción española por Eugenio Imaz). Fondo de Cultura Económica. México.
- DÍAZ, E. y FERNÁNDEZ DE CASTRO, P. (2013). "Conceptualización del diagnóstico en Trabajo Social: necesidades sociales básicas". Cuadernos de Trabajo Social.
- EROLES, C. (2005). "Glosario de temas fundamentales en Trabajo Social". Editorial Espacio. Buenos Aires. Argentina.
- EROLES, C. (1997). "Los Derechos Humanos, compromiso ético del Trabajo Social". Editorial Espacio. Montevideo, Uruguay.
- ESCALADA, Mercedes y otros. (2004). "El diagnóstico Social. Proceso de conocimiento e intervención profesional". Espacio Editorial. Bs. As. Argentina.
- ESCODA, C; GUY, P; MOYANO, I. (2013). "Todos para uno y uno para todos. Sistematización del rol del Trabajador Social en el Centro de Salud N°2 Dr. Arturo Oñativia y la Guardia del Hospital Interzonal General de Agudos Dr. Oscar Alende.
- FERNÁNDEZ, A.M. (1994). "La mujer de la ilusión". Ed. Paidós. Bs. As. Argentina.
- FOUCAULT, M. (1975). "Vigilar y castigar: Nacimiento de la prisión". París. Editorial Gallimard
- GAGNETEN, María M. (1990). "Hacia una Metodología de Sistematización de la Práctica". Ed. Humanitas. Buenos Aires. Argentina
- GARCÍA SALORD, S. (1991). "Especificidad y Rol en Trabajo Social". Ed. Humanitas. Buenos Aires. Argentina.
- GIBERTI, E. comp. (2005). "Abuso sexual y malos tratos contra niños, niñas y adolescentes. Perspectiva psicológica y social". Ed. Espacio. Bs. As. Argentina.
- GIDDENS, A. (1995). "Sociología". Alianza Editorial. Madrid.
- GIRIBUELA, W. & NIETO, F. (2009). "El informe social como género discursivo. Escritura e intervención profesional". Ed. Espacio. Buenos Aires. Argentina.
- GUBER, R. (2004). "El trabajo de campo como instancia reflexiva del conocimiento" Cap. IV. en El Salvaje Metropolitano. Editorial Paidós.

- INTEBI I., OSNAJANSKI, N. (2003). “Maltrato de Niños, niñas y adolescentes”, Cuadernos de Capacitación–Familias del Nuevo Siglo-ISPCAN. Argentina.
- KIRCHNER, A. (2010), “Políticas Sociales del Bicentenario. Un modelo Nacional y Popular. Tomo I y Tomo II”, Ministerio de Desarrollo Social de la Nación.
- KISNERMAN, N. (1998). “Pensar el Trabajo Social. Una introducción desde el construccionismo”. Ed. Lumen. Buenos Aires. Argentina.
- KISNERMAN, N. (1999) “Reunión de Conjurados. Conversaciones sobre Supervisión”. Ed. Lumen-Hvmanitas. Bs.As. Argentina.
- LAMBERTI, S; SANCHEZ, A. y VIAR, J. P. (1998). “Violencia Familiar y abuso sexual”. Editorial Universidad. Buenos Aires. Argentina.
- LAURIN-FRENETTE, N (1991). “El deseo al servicio del orden: la familia estatal”, En: CHEJTER, S (Comp.) “*El Sexo Natural del Estado. Mujeres: Alternativas para la década de los 90*”. Colección Piedra Libre, Altamira, Buenos Aires. Argentina.
- MARIÑO, J. (2009). “La visibilización del Abuso Sexual Infantil en la Argentina y la Intervención del Profesional del Trabajador Social en relación al tema”. Tesis de Grado. U.N.M.D.P. Mar del Plata. Argentina.
- MENENDEZ, E. (2004) “Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas”. En: Spinelli H, compilador. Salud Colectiva. Cultura, instituciones y subjetividad. Epidemiología, gestión y políticas. Lugar Editorial. Buenos Aires. Argentina.
- MIRANDA, M. (2003). “Pragmatismo, Interaccionismo Simbólico y Trabajo Social. De cómo la caridad y la filantropía se hicieron científicas”. Tesis doctoral en Antropología Social y Cultural. Tarragona.
- MIRANDA, M. (2004). “De la caridad a la ciencia. Pragmatismo, Interaccionismo Simbólico y Trabajo Social”. Mira Editores. Zaragoza.
- NADDEO, M.E. (2005). “Palabras inaugurales. Explotación sexual infanto-juvenil. La naturalización de todos los abusos”. En Giberti (Compiladora): “Abuso sexual y malos tratos contra niños, niñas y adolescentes. Perspectiva psicológica y social”. Ed. Espacio. Bs. As. Argentina.

- PAPAGALLO, A. (2000). "Trabajo Social e Identidad Profesional". Primer Congreso de Trabajo Social. Mar del Plata. Argentina.
- PAROLA, Ruth N. (2009). "Producción de conocimiento en Trabajo Social. Una discusión acerca de un saber crítico sobre la realidad social". Editorial Espacio. Buenos aires.
- PERLMAN, H. (1965). "El Trabajo Social Individualizado". Madrid. Editorial Rialp S.A.
- RESTREPO, O. (2003). "Reconfigurando el Trabajo Social. Perspectivas y tendencias contemporáneas". Ed. Espacio. Bs. As. Argentina.
- ROUDINESCO, E. (2013). "La familia en desorden". Ed. Fondo de Cultura Económica. Buenos Aires. Argentina.
- ROZAS PAGAZA M. (1998). "Una perspectiva teórica metodológica de la intervención en Trabajo Social". Ed. Espacio. Buenos Aires. Argentina.
- ROZAS PAGAZA, M. (2001). "La intervención profesional en relación a la cuestión social". Ed. Espacio. Buenos Aires. Argentina.
- SANDOVAL ÁVILA, A. (2001). "Propuesta Metodológica para Sistematizar la Práctica Profesional del Trabajo Social". Buenos Aires. Ed. Espacio.
- SOSA, C. (2005) "Las Defensorías Zonales de Niñas, Niños y Adolescentes. El rol de la querrela en el marco de un proceso penal que tiene a los niños y adolescentes como víctimas de los delitos contra la integridad sexual" Cap. 8. Pág.185 en "Giberti, Eva (2005) "Abuso Sexual y Malos tratos contra niños, niñas y adolescentes. Perspectiva psicológica y social". Ed. Espacio. Bs.As. Argentina.
- TESTA, M. (1995). "Pensamiento Estratégico y Lógica de Programación. (El caso de salud)". Lugar Editorial. Buenos Aires. Argentina.
- TONON, G. (2001). "Maltrato Infantil Intrafamiliar Una propuesta de intervención". Ed. Espacio. Buenos Aires. Argentina.
- TORRADO, S. (2003). "Historia de la familia en la Argentina Moderna (1870-2000)". Ed. De la Flor. Buenos Aires. Argentina.
- TRAVI, B. (2006). "La dimensión técnico-instrumental en Trabajo social. Reflexiones y propuestas acerca de la entrevista, la observación, el registro y el informe social". Editorial Espacio. Buenos Aires. Argentina.

- VARELA, J (1986) "Aproximación genealógica a la moderna percepción social de los niños" en Revista de Educación N° 281. España.
- VOLNOVICH, Juan C. (1999). "El niño del "siglo del niño". Editorial Lumen. Buenos Aires. Argentina.

SITIOS WEB CONSULTADOS

- Página oficial de la OMS <http://www.who.int/es/>
- BRINGIOTTI, M. I. (2005). "Las familias en situación de riesgo en los casos de violencia familiar y maltrato infantil". Disponible en <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=71414365010>
- CAZZANIGA, S. (2001). "Trabajo Social e interdisciplina: la cuestión de los equipos de salud". Edición N° 27, disponible en <http://www.margen.org/suscri/margen27/jorna.html>
- deMAUSE, L. (1974). "La evolución de la infancia". New York. Disponible en http://www.psicodinamicajlc.com/articulos/evolucion_infancia.html
- DE QUIRÓS, Ana M; RODRÍGUEZ M. Del Pilar. "La Sistematización como forma de producción de conocimiento científico, desde una perspectiva no positivista". Revista Confluencia. Mendoza. Argentina Disponible en www.bdigital.uncu.edu.ar/objetos_digitales/327/Bernaldo%20y%20RodriguezConfluencia4.pdf
- http://www.diporets.org/publicaciones/Ensayos_en_Trabajo_Social_Caso_Social_Individual.pdf
- <http://fotosviejasdemardelplata.blogspot.com.ar/2014/06/hospital-materno-infantil.html>
- <http://www.fundami.com.ar/index.php/site/resena>
- INTEBI, I. (2009). "Intervención en casos de Maltrato Infantil". Seminarios de Formación - Supervisión en casos de Maltrato Infantil organizados por la dirección General de Políticas Sociales del Gobierno de Cantabria. Disponible en

<http://www.serviciosocialescantabria.org/uploads/documentos%20e%20informes/Intervencion%20en%20casos%20de%20maltrato%20infantil.%20Noviembre%202009.pdf>

- JARA, O. (2001). “Dilemas y desafíos de sistematización de experiencias” .Costa Rica. Centro de Estudios y Publicaciones Alforja. Disponible en <http://intranet.catie.ac.cr/intranet/posgrado/Met%20Cual%20Inv%20accion/Semana%208/335%20DESAFIOS%20Y%20DILEMAS%20SISTEMATIZACION.pdf>
- Ponencia presentada por la Mg. Susana Malacalza en el I Seminario Latinoamericano “Palabras y cosas para el Trabajo Social, el lugar de las estrategias de intervenc Departamento de Trabajo Social de la Universidad Alberto Hurtado. Santiago de Chile, 28 y 29 de Mayo de 2009. Disponible en [www.trabajosocial.unlp.edu.ar/uploads/docs/el_trabajo_social_y_la_construccion_de_estrategias_de_intervencion_en_el_escenario_socio_historico_latinoamericano_en_un_mundo_globalizado .pdf](http://www.trabajosocial.unlp.edu.ar/uploads/docs/el_trabajo_social_y_la_construccion_de_estrategias_de_intervencion_en_el_escenario_socio_historico_latinoamericano_en_un_mundo_globalizado.pdf)
- Protocolo para la detección e intervención en situaciones de maltrato infantil desde el sistema de salud. Área políticas de Género. Programa Provincial de Prevención y atención de la violencia familiar y de género. Subsecretaría de Coordinación y Atención de la Salud. Disponible en <http://www.ms.gba.gov.ar/sitios/violencia/files/2012/11/protocolo-deteccion-asistencia-maltrato-infantil.pdf>
- SPINELLI, H. (2010). “Las dimensiones del campo de la Salud en Argentina” en Revista Salud Colectiva. Septiembre – Octubre de 2010. Universidad Nacional de Lanús. Buenos Aires. Disponible en <http://www.unla.edu.ar/saludcolectiva/revista18/3.pdf>