

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

Repositorio Kimelü

<http://kimelu.mdp.edu.ar/>

Licenciatura en Trabajo Social

Tesis de Trabajo Social

2003

El trabajador social y el maltrato infantil

Cisneros, Paula Silvana

<http://kimelu.mdp.edu.ar/xmlui/handle/123456789/596>

Downloaded from DSpace Repository, DSpace Institution's institutional repository

UNIVERSIDAD NACIONAL DE
MAR DEL PLATA

FACULTAD DE CIENCIAS DE
LA SALUD Y SERVICIO SOCIAL

DEPARTAMENTO DE
SERVICIO SOCIAL

LICENCIATURA EN
SERVICIO SOCIAL

ALUMNAS:

CISNEROS, PAULA SILVANA
RUGURA, ROMINA SOLEDAD

TESIS.

AÑO 2003



AGRADECIMIENTOS

Este trabajo no hubiera sido posible sin la colaboración de todas estas personas a quienes queremos agradecer sinceramente,

A la Directora Lic. María Eugenia Epele y a la Co-Directora Lic. Beatriz Valzacchi que decidieron acompañarnos y guiarnos desde su saber y experiencia profesional.

A la Lic. En Servicio Social Ruth Teubal y la Lic. Graciela Tonon, por habernos facilitado desinteresadamente material bibliográfico e intercambiar aspectos de la problemática.

A la familia Villarreal Gargaglione por cedernos su espacio para trabajar.

A Ana y Oscar por hacernos que la tarea sea más fácil.

A Cristina por cederme su material bibliográfico a lo largo de mi carrera.

A Silvina por la ayuda brindada en los inicios de este trabajo de investigación.

A dos profesionales y compañeras, Claudia González y Andrea Pinto por el constante apoyo brindado.

A nuestros amigos/as por habernos brindado siempre apoyo incondicional.

A Zunilda, Urbano y Elsa que estuvieron siempre presente.

Y especialmente agradecemos a nuestras **Familias** que tanto nos acompañaron y alentaron a lo largo de toda nuestra carrera universitaria.

A todos.....**MUCHAS GRACIAS!!!**

INDICE

Título	06
Tema.....	07
Introducción.....	08

Marco teórico:

Título I:

“Nociones generales acerca de la Infancia y Adolescencia”

Infancia:

Concepto.....	12
Etapas Evolutivas	12
Esteriotipos acerca de la infancia	14
Desarrollo de la inteligencia.....	15
Desarrollo de la identidad.....	17
Socialización	17
Socialización primaria.....	17
La imitación de la conducta agresiva	19
Agresividad en la infancia.....	19

Adolescencia:

Concepto y características.....	21
Etapas evolutivas.....	22
Identidad del adolescente	25
Socialización secundaria	26
Estilos de vida	27
Valores y motivaciones	27
Factores de riesgo y Factores protectores.....	28
Imitación de conductas que perjudican la salud.....	31
Consecuencias del maltrato.....	32
La importancia de la capacidad de resiliencia	33
Citas	34
Bibliografía.....	35

Título II:

“Características del ámbito familiar”

Concepto de familia	38
Estructura familiar	39
La familia en la era actual	39
Ciclo de vida familiar	40
La familia como red social básica	41
Familia disfuncional	42
Violencia en el ámbito domestico	45
Influencia en la personalidad básica de los hijos	45
Citas	47
Bibliografía	48

Título III:

“Aspectos Jurídicos”

El maltrato del menor en la instancia jurídica – Recursos legales	50
Normas penales y procesales penales	50
Otras medidas judiciales	54
Normas civiles	55
Barreras a la denuncia	56
Derechos del niño	57
Declaración contra la Violencia Familiar. Síntesis de la normativa	60
Ley Provincial 12.569: Violencia Familiar	61
Violencia Familiar. Síntesis de normativas	62
Ley Nacional 23.849: Convención Internacional de los Derechos del Niño	63
Ley Provincial 10.067: Del Patronato de Menores	66
Citas	71
Bibliografía	72

Título IV:

“Maltrato Infantil”

Aproximación histórica	74
Concepto y características	75

Concepto de violencia	77
Tipos de maltrato.....	77
Mitos acerca del maltrato	79
Dimensión del problema	80
Maltrato físico- emocional	80
Signos para sospechar el maltrato físico- emocional	81
Maltrato intra- familiar	82
Consecuencias a largo plazo en la salud de la víctima.....	83
Acciones de tratamiento y prevención	84
Protección integral de la infancia	89
Citas	92
Bibliografía.....	93

Título V:

“Aportes y consideraciones del Servicio Social”

¿Qué es el Trabajo Social?	95
Objeto específico del Trabajador Social	96
Principios básicos de la actuación profesional.....	97
El vínculo profesional	98
La relación de ayuda.....	98
Valores, objetivos	99
Objetivos del Trabajo Social	100
Funciones del Trabajo Social	101
El ejercicio profesional.....	102
Las incumbencias profesionales.....	103
Metodología de intervención.....	104
El Hacer y el Cómo Hacer en Trabajo Social	105
La Comunicación Racional: Relación Dialógica	107
Perfil profesional	108
Caso Social Individual Familiar	109
La importancia de la entrevista en Trabajo Social	109
Intervención en red.....	110
Trabajo Social y Salud	111
La violencia como problema de salud.....	111

El sistema sanitario en la actualidad.....	111
La salud como un fenómeno social	113
Las competencias del trabajador social en el área de la salud	114
Modalidad de abordaje de las situaciones problemáticas.....	115
Especificidad del rol profesional en casos de maltrato físico- emocional	116
Abordaje interdisciplinario.....	118
El Trabajador Social y el ejercicio de los derechos.....	119
Abordaje de la violencia intra- familiar en el ámbito hospitalario.....	120
Abordaje de la violencia intra- familiar desde una unidad de pediatría.....	121
Citas	126
Bibliografía.....	128

Título VI:

“Trabajo Interdisciplinario”

Interdisciplina.....	131
Transdisciplina	132
Trabajo en equipo e interdependencia disciplinaria.....	132
Complementación humana e interprofesional.....	133
Trabajo en red interinstitucional.....	134
Intervención en la red institucional	135
Citas	136
Bibliografía.....	137

Trabajo de Campo

Análisis de las entrevistas.....	139
----------------------------------	-----

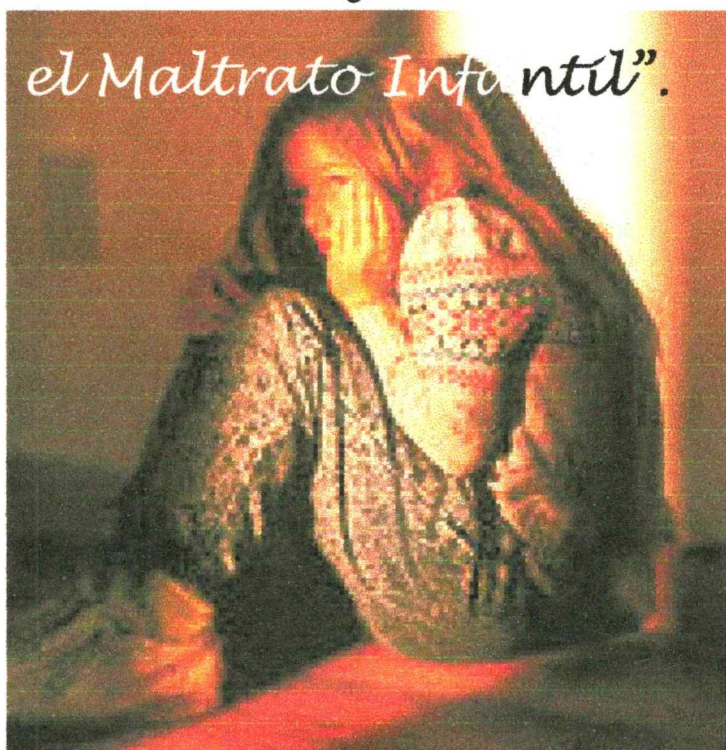
Conclusión:

Propuesta de Trabajo.....	145
---------------------------	-----

Anexo:

Modelo de entrevista	151
Relevamiento Institucional	153
Desarrollo de las entrevistas	155

*“El Trabajador Social y
el Maltrato Infantil”.*



“La intervención del Trabajador Social en el área de Salud, en la problemática del Maltrato Físico-Emocional en niños y adolescentes entre 0 y 15 años de edad, en la ciudad de Mar del Plata”.



INTRODUCCIÓN

Por medio del presente trabajo de investigación, se pretende lograr una aproximación teórico – práctica acerca de la intervención profesional en Salud del Trabajador Social, frente a niños y adolescentes víctimas de Maltrato Físico – Emocional en el ámbito familiar.

Cabe destacar que la finalidad del mismo, es poder articular el soporte teórico seleccionado con los diferentes aportes de los profesionales que trabajan en Organizaciones Gubernamentales, que sin estar específicamente dedicados a la problemática en sí, se enfrentan cotidianamente a ella.

Siendo válido rescatar la visión particular de cada uno para ofrecer respuestas, dentro de las incumbencias y competencias profesionales.

Es pertinente señalar que el interés en el cual se basa la elección del tema, surge a partir de experiencias vivenciadas en el ejercicio de la práctica pre-profesional en 5to. Año de la Licenciatura en Servicio Social.

Habiéndose desarrollado en la **Defensoría Municipal de los Derechos del Niño – Sudoeste** de esta ciudad y en el **Tribunal de Menores N° 1 del Departamento Judicial de Necochea**, estando ambas prácticas vinculadas a la vulneración de los Derechos más íntimos de niños y adolescentes.

A su vez porque consideramos que el quehacer profesional, se incluye a partir de circunstancias que anulan o disminuyen la capacidad pensante y actuante del ser persona, y ante situaciones concretas de Maltrato, se sufre un cierto menoscabo hacia la vida y la salud de un individuo.

Nuestra mayor aspiración recae en que una vez concluida la investigación, la cual fue encarada con un relevamiento en "Instituciones de Salud y Judicial" para conocer concretamente como se aborda la problemática, podamos contar con sólidas herramientas y/o elementos de trabajo significativos para el diseño de nuevas estrategias de resolución ante casos de Maltrato.

Y por otro lado, luego de un análisis de los datos recavados, poder sumar con una Propuesta de Trabajo concreta dónde se incluya la mirada pre-profesional que nos caracteriza en el abordaje de esta temática.

MARCO TEORICO

Título I

NOCIONES ACERCA DE LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA.

✓ INFANCIA

Concepto.

Comprende un período de la vida del ser humano que se extiende desde el nacimiento hasta la adolescencia. La infancia es la etapa necesaria para que se produzca la transformación del recién nacido en adulto.

En este período dinámico y de una extrema riqueza, en el que el crecimiento se realiza en distintos terrenos a la vez, se distinguen tres grandes períodos:

-La primera infancia: de 0 a 2-3 años

-La segunda infancia: de 3 a 6-7 años

-Y la tercera infancia: que termina en la pubertad *7 a once años*

Este desarrollo del niño tiene lugar siguiendo un proceso de diferenciación progresiva.

Etapas Evolutivas

Esta evolución es otro de los conceptos muy importantes de la teoría psicoanalítica ya que a partir de ella se va a ir desarrollando la personalidad.

El autor Allport propone una definición orgánica de la personalidad, a la que concibe como “una organización dinámica, interna al individuo, de los sistemas psicofísicos que determinan su ajuste a la situación” (1).

Freud menciona cinco etapas evolutivas:

Etapas Orales: Oral 1, de 0 a 6 meses, y Oral 2 de 6 meses a 12 meses.

En esta etapa oral la zona erógena es la boca. El bebe necesita del ejercicio del reflejo de succión. En la Etapa Oral 1 llamada pasiva, el instinto de autoconservación (alimentarse) incorpora lo afectivo (acariciarlo). En la Etapa Oral 2 o canivalista, aparecen los dientes, y el bebe se lleva todo a la boca; y trata de destruir todos los objetos con los dientes.

Etapa Anal: Anal Primaria Expulsiva: de 1 a 2 años, el niño obtiene placer por el pasaje de las materias fecales a través del ano, esta expulsión significa la destrucción de las mismas. El bebe presenta muchos adelantos y crecimientos importantes.

En la Etapa Anal Secundaria Retentiva (de 2 a 3 años) aparece la retención de las materias fecales, retención y control de los objetos internos. La zona erógena de esta etapa es el ano.

Etapa Fálica: de 3 a 5 años, la zona erógena esta en los genitales, en la diferencia de los sexos. Aparece el Complejo de Edipo, están enamorados o fantasean con la mamá (el nene) y con el papá (la nena). El conflicto se resuelve positivamente cuando la nena puede hacer una buena identificación con su madre y el nene con su padre. Aprenden de cada uno de ellos sus actitudes femeninas o masculinas. Es una etapa de exploración, comienza a investigar de donde nacen los bebes, la diferencia de los sexos.

Período de Latencia: de 5 a 9 o 10 años. Aparentemente resuelto el Edipo se interesan por aprender, investigar, por lo intelectual, no por lo sexual. Lo sexual esta latente y adormecido. En el crecimiento también hay un adormecimiento. Empiezan el colegio, pierden los dientes. Aparece la socialización, aceptan más al otro y cumplen reglas en los juegos. Desde los 10 años los padres pierden cierto poder, ya no están tan idealizados, y se preparan para la pubertad.

Etapa Genital: o Pubertad, comienzan los cambios hormonales y las transformaciones en el cuerpo y en la mente. Los púberes tienen características especiales, desconfían del goce

del placer, rechazan todo lo que tenga matiz sexual. Les interesan las cosas con existencia real y concreta. Es una etapa difícil, están inestables y con angustia.

Estereotipos acerca de la infancia.

Los estereotipos sobre la infancia se refieren a menudo a la personalidad de los niños de una cierta categoría de edad y a sus directivas espontáneas del pensamiento, a la capacidad o incapacidad de los niños y también la relación de los niños entre ellos y ^{de} los niños con adultos.

La palabra estereotipo significa que es un conocimiento relativamente simplificado referido sobre todo a un grupo social.

La infancia, muchas veces está sometida a un conocimiento distorsionado por un prejuicio de los adultos.

Algunos de los estereotipos más implícitos y menos conscientes, se refieren a las capacidades típicas de los niños de distintas edades.

La mayor parte de los adultos de nuestra cultura, tienden sistemáticamente a tener expectativas muy retrasadas sobre la infancia preescolar y por lo contrario muy anticipadas, sobre las edades sucesivas, justamente con referencia a las actividades que un niño puede realizar.

Parecería que hay en general, una actitud inhibitoria con respecto a atribuir al niño capacidades inferiores a las que efectivamente tiene, que se concretaría en la imposibilidad de promover correctamente su desarrollo psicológico.

También hay una diferencia con respecto al sexo de los niños, tanto hombres como mujeres que no tienen una particular experiencia, subvalúan la capacidad de las niñas entre 2 y 8 años con respecto a la capacidad del varón de la misma edad.

La modificación de los estereotipos de los adultos sobre los niños, no se presenta como un camino sin esperanzas. La información como todo tiene sus límites y las esperanzas principales deberían dirigirse a una transformación en conjunto de nuestra cultura, por que solamente cambiando nuestras condiciones de trabajo y la situación de nuestra vida es que nuestros niños, pueden esperar que hacia ellos tengamos expectativas menos estereotipadas.

Desarrollo de la Inteligencia

Jean Piaget ha sido, sin duda el psicólogo que con mayor detalle ha estudiado el desarrollo del pensamiento infantil; y su teoría ha marcado un hito en la historia de la psicología evolutiva. Gracias a él sabemos ahora que los conceptos no son innatos, y que se aprenden lenta y paulatinamente de acuerdo con un orden determinado.

El autor Piaget habla de los cuatro períodos de la evolución de la inteligencia:

PERÍODO SENSORIO MOTOR: que va del nacimiento a los 18 meses. Aquí no existe el lenguaje, solo la inteligencia práctica. La inteligencia en los dos primeros años de vida se desarrolla sin necesidad de lenguaje. El niño conoce el mundo a través de lo que percibe y hace (mira, toca, huele, empuja, etc.). Este período tiene a su vez seis estadios:

Reflejos: estos se conectan con lo biológico, con la succión, el palmar y demás movimientos.

Hábitos: estos son conductas adquiridas tanto en su formación como en sus resultados automáticos; el hábito no es aun inteligencia.

Reacción circular: esta es la reproducción de un resultado obtenido por azar. Se dividen en *Primarias*: cuando la reacción circular cae sobre el propio cuerpo; *Secundarias*: cuando la reacción cae sobre los objetos exteriores. Existe una cierta coordinación; y *Terciarias*: existe la asimilación reproductora con acomodación diferencial e intencional. Se vale de otro elemento.

Insaigt: el bebé debe buscar nuevos medios por combinaciones interiorizadas.

La inteligencia sensoriomotriz, es una inteligencia vivida, no reflexiva, solo tiende a la satisfacción práctica, al éxito de la acción y no al conocimiento como tal. No busca la explicación, ni la clasificación, ni la comprobación.

PERÍODO SIMBOLICO: Se divide en dos:

Simbólico puro o preconceptual (de 2 a 4 años) El bebé no elabora conceptos, para él solo existen los objetos mientras los ve oye o percibe.

Intuitivo (de 4 a 6 o 7 años) el niño comienza a formar conceptos y puede hacer algunas comparaciones. Puede también incorporar signos y símbolos. El juego que realiza es egocéntrico; no quiere compartir con los demás.

El niño puede representar las acciones en imágenes mentales. Un niño puede pensar la imagen de algo.

PERÍODO LOGICO CONCRETO: de 7 a 11 años. Existe la reversibilidad del pensamiento. El niño hace series y clasifica. Aparece la noción del número; el chico empieza a contar, no cuenta de memoria. Se maneja con objetos reales y concretos.

PERÍODO LOGICO FORMAL: (abstracto 11 a 12 años)

Desde la adolescencia en adelante, puede realizar hipótesis, ejercitar la abstracción, pensamiento volador. El niño no quiere identificarse con sus padres. Se junta con sus pares.

El tema de la sexualidad está en conflicto en este período. Aparece el conflicto con el cuerpo. Se sienten grandes para algunas cosas y chicos para otras.

La preadolescencia entra en este período.

Desarrollo de la identidad.

Históricamente ha sido muy habitual que los padres, por el contexto social en el que vivían, tuvieran mucha influencia en las decisiones en las vidas de sus hijos.

Los modelos sociales y culturales eran generalmente muy rígidos y perduraban durante muchos años, y era difícil no adaptarse a ello.

En la actualidad las identidades están cada vez menos relacionadas con los modelos que nos transmite la Familia. Además de existir una fuerte influencia en la diversidad de ideas, costumbres, creencias y pautas sociales.

Por eso nos vemos más involucrados que nunca en la formación de nuestra identidad y en la elección de nuestro estilo de vida. Esto significa tener más libertad para elegir y la responsabilidad de prestar más atención en nuestras acciones para no olvidarnos de los límites.

Socialización.

Esta es el proceso, iniciado en el momento del nacimiento, por el que el hombre llega a adquirir, en plenitud, una personalidad humana.

Para configurar la personalidad del individuo se suman a la herencia biológica de éste: la experiencia del grupo familiar, la experiencia propia y la cultura.

En el proceso socializador del niño interviene, en primer lugar, “la familia”. La interacción del niño con la madre, y más tarde con los demás familiares, resulta fundamental en la constitución de su personalidad, ya que la imagen del mundo que desarrolle será acorde con la que posee el grupo familiar.

Socialización Primaria.

El individuo nace con una predisposición hacia la socialidad, y luego llega a ser miembro de la sociedad.

El punto de partida lo contribuye la internalización: la aprehensión o interpretación inmediata de un acontecimiento objetivo en cuanto expresa significado.

Todo individuo nace dentro de una estructura social objetiva en la cual encuentra a los otros significantes que están encargados de su socialización.

La socialización primaria comporta secuencias de aprendizaje socialmente definidas. El mundo internalizado en esta socialización primaria se implanta en el niño y en su conciencia con mucha más firmeza que los mundos internalizados en socializaciones secundarias.

La socialización deficiente puede ser resultado de la heterogeneidad en los efectos socializadores.

La socialización primaria finaliza cuando el concepto del otro generalizado se ha establecido en la conciencia del individuo. A esta altura ya es miembro de la sociedad y esta en posición subjetiva de un yo y un mundo.

La imitación de la conducta agresiva.

La observación pasiva de los modelos agresivos, no determina un proceso catárquico.

Es necesario para que halla catarsis, la íntima participación emotiva del niño a través de los mecanismos de identificación y proyección que luego pasan a ser simbolizados y ritualizados.

Desde el punto de vista de las leyes del aprendizaje, la imitación del modelo, solamente por sí, no produce ninguna situación positiva.

Es necesario que haya, además de la observación, una práctica. Porque las características del modelo, son aceptadas inmediatamente sin mucha discriminación.

Cuando el modelo es un coetáneo, la agresividad puede ser inmediatamente reproducida.

A través de la repartición constante, estos actos agresivos observados pasivamente, adquieren legitimación, se convierten así en un hábito mental, los naturales mecanismos de control de la agresividad.

Agresividad en la infancia.

La agresividad es una manifestación externa de hostilidad, odio o furor que puede estar dirigida tanto contra sí mismo como contra los demás.

Los impulsos agresivos, crueles y egoístas entran en el terreno de las perversiones cuando van unidos al placer y la satisfacción. Esos sentimientos, en cambio, son propios de personas insatisfechas, que están descontentas con su situación, sea por una razón vital, sea por algún placer inalcanzable, con sentimiento de pérdida en ambos casos.

Cuando un deseo insatisfecho es muy intenso, promueve agresividad, exactamente y de la misma forma como si se tratara de la respuesta a un ataque. En este sentido, muchos autores sostienen que el niño vive la frustración como un ataque hostil del ambiente, al que responde, por lo tanto, con *AGRESIVIDAD*.

Cuando la insatisfacción es el único resultado de las relaciones, la agresividad puede ser constante, y los sentimientos de culpa, más o menos conscientes, que inevitablemente la seguirán, cierran un círculo vicioso del que difícilmente sale el niño sin ayuda.

Las rabietas, pataletas y berrinches expresan la impotencia, en forma de agresión externa, del niño frente a sus padres y a sus propias limitaciones y, en general, ante un mundo externo que se vive de manera hostil.

En el niño de 2 a 3 años de edad, se da una elevada proporción de rabietas como forma análoga de oposición a la “autoridad” materna y en relación con la adquisición de hábitos.

A partir de los 4 años de edad, las razones más frecuentes de excitación son las dificultades propias de la relación social.

Los autores *Noshpitz y Spielman* califican como hiperagresivos a niños excesivamente estimulados, siempre en busca de sensaciones, o a niños muy exigentes, cuyos deseos siempre han sido satisfechos por los padres y que, en consecuencia, no pueden soportar la más mínima frustración.

También hablan del caso contrario, o sea, de niños carentes de afecto durante mucho tiempo. Este rechazo paterno provoca en ellos un enojo, una desconfianza de tipo paranoide, o bien puede convertirse en una hostilidad general.

Los berrinches pueden representar una explosión destructiva y agresiva en la que las tendencias hostiles son, en parte, desviadas del mundo objetal (padres, hermanos) y descargadas violentamente sobre el cuerpo del mismo niño o sobre objetos inanimados (patadas a los muebles, paredes u otros). Estos estados se calmarán cuando el niño pueda conectar su agresión con la persona que siente le ha frustrado.

✓ ADOLESCENCIA

Concepto y características.

La adolescencia según los autores Arminda Aberasturi y Mauricio Knobel es “ la etapa de la vida durante la cual el individuo busca establecer su identidad adulta, apoyándose en las primeras relaciones objetales – parentales internalizadas y verificando la realidad que el medio social le ofrece, mediante el uso de los elementos biofísicos en desarrollo a su disposición y que a su vez tienden a la estabilidad de la personalidad en un plano genital, lo que solo es posible si se hace el duelo por la identidad infantil” (2).

Describimos a continuación las características de la adolescencia:

- 1) Búsqueda de sí mismo y de la identidad
- 2) Tendencia grupal
- 3) Necesidad de intelectualizar y fantasear
- 4) Crisis religiosas
- 5) Desubicación temporal
- 6) Evolución sexual manifiesta que va desde el autoerotismo hasta la heterosexualidad genital adulta.
- 7) Tendencias anti o asociales de diversa intensidad
- 8) Contradicciones sucesivas en todas las manifestaciones de la conducta
- 9) Separación progresiva de los padres
- 10) Constantes fluctuaciones del humor y del estado de ánimo.

El adolescente atraviesa por desequilibrios e inestabilidad extremas.

Etapas Evolutivas.

Cambios Corporales:

Los tres duelos: llevan al adolescente a la identificación.

Duelo por el cuerpo infantil: el individuo se ve obligado a aceptar una serie modificaciones en su propia estructura, con impotencia a estos cambios que lo lleva a desplazar su rebeldía hacia la esfera del pensamiento. Vive la pérdida de su cuerpo infantil con una mente aun en la infancia y con su cuerpo que se va haciendo adulto. Esta contradicción produce un fenómeno de despersonalización que se relaciona con la evolución misma del pensamiento. El adolescente niega su cuerpo infantil perdido. Este duelo obliga a una expresión en la acción motora directa.

Duelo por la identidad y el rol infantil: en la adolescencia hay una confusión de roles, el sujeto sufre un fracaso de personificación por o poder mantener la dependencia infantil y por no poder asumir la independencia adulta.

Irresponsabilidad del adolescente: ya que el nada tiene que ver con nada y son otros quienes se hacen cargo de la realidad.

Así podemos explicar la falta de carácter. Posee una desconsideración por seres y cosas del mundo real, hace que todas sus relaciones objetales adquieran un carácter lábil y fugaz la cual explica la irresponsabilidad afectiva con sus crisis pasionales y sus brotes de indiferencia adulta.

Fenómenos de las barras: en donde el adolescente se siente aparentemente seguro adoptando roles cambiantes y participando de la actuación, responsabilidad y culpas grupales.

El adolescente va aceptando las pérdidas de su cuerpo y de su rol infantil y va cambiando la imagen de sus padres infantiles, sustituyéndola por la de sus padres actuales.

Duelos por los padres de la infancia: los padres tienen que elaborar la pérdida de la relación de sometimiento infantil de sus hijos. Un adolescente se refugia en un mundo autista de meditación, análisis y elaboración de duelo que le permite proyectar en maestros, ídolos, deportistas, artistas, etc. La imagen paterna idealizada, la falta de dinero puede llevar al acto delictivo o criminoso que facilite su obtención. Hay percepción – acción sin pensamiento. Este duelo produce una distorsión de la percepción que facilita la respuesta inmediata, global e irracional.

Cambios corporales en las adolescentes

La primera menstruación: simboliza la preparación del cuerpo femenino para la procreación y el cumplimiento de su rol sexual específico. Se abandona la infancia para entrar a la siguiente etapa de la vida. Ocurren numerosos cambios corporales como el crecimiento de las mamas, del vello pubiano, de la talla, del peso y la modificación de las proporciones del cuerpo. El desarrollo puberal (9 y 12 años) es un proceso variable de un individuo a otro. El desarrollo mamario y la aparición del vello pubiano (pubarca) marcan el inicio de la pubertad femenina, la normalidad que ello ocurra es entre los 8 y 13 años.

La segunda etapa de este proceso de desarrollo se inicia con el aumento significativo de la estatura y del peso corporal, la ropa y los zapatos les quedan chicos. Las niñas afinan la cintura, ensanchan las caderas. Esto ocurre 1 o 2 años después de haberse producido el desarrollo mamario y el crecimiento del vello pubiano.

Cuando se acentúa este rápido crecimiento ocurre la primera menstruación así se inicia la tercera etapa del proceso de desarrollo, se producen mensualmente los cambios hormonales rítmicos que posibilitan la ovulación y por ende el embarazo y la procreación. La primera menstruación ocurre entre los 10 y 15 años.

Cuarta etapa, es en la que se alcanza la maduración hormonal completa, es cuando los ciclos menstruales se regularizan. Se completa también el desarrollo mamario y el vello pubiano toma la conformación adulta. Se complementa 2 o 3 años luego de la primera menstruación.

El proceso puberal se presenta por lo general antes en las niñas que en los varones. Por eso en que las jovencitas a los 12 años parecen ser mas desarrolladas cuando se las compara con sus compañeros de colegio. Muchas chicas se preguntan ¿por qué otras compañeras están mas desarrolladas que yo? ¿por qué yo no he menstruado aun?.

Cambios corporales en los adolescentes.

En los niños el primer cambio que se produce es el aumento del tamaño de los testículos. Junto a esto hay un aumento del tamaño del pene, que adopta características adultas. Crece también el vello pubiano. Hay un aumento progresivo de la fuerza muscular y de los huesos. Este crecimiento no se hace en forma armónica, sus piernas y sus pies parecen no pertenecer a su cuerpo ha crecido mucho y en muy poco tiempo luego se estabilizará y podrá dominarlo. La voz también cambia antes era aguda ahora es ronca grave parece estar todo el tiempo hablando en voz alta.

Erikson dice: “la crisis de la adolescencia no es ni neurosis ni psicosis sino autodescubrimiento y contribuye a la formación de la identidad definitiva del yo, contribuyendo los factores que llevan de la adolescencia a la adultez” (3). Estos cambios comienzan mucho antes de lo que la gente llama “el desarrollo”, en los jovencitos con la aparición de las primeras eyaculaciones.

Esta pubertad y adolescencia son consideradas como los momentos más dinámicamente activos de toda nuestra vida.

Los cambios que se producen dependen de factores genéticos, étnicos, nutricionales y que es sabido que una mala alimentación produce un retraso del crecimiento y de la maduración. Todos estos factores influyen en el crecimiento.

Identidad del adolescente.

El problema de la identidad consiste en la capacidad del yo de mantener la mismidad y la continuidad frente a un destino cambiante.

Según Sorenson la identidad es “la creación de un sentimiento interno de mismidad y continuidad, una unidad de la personalidad sentida por el individuo y reconocida por otros que es el saber quien soy” (4).

De la infancia no se pasa al pleno actuar genital procreativo, sino que se atraviesa primero por lo que Erikson ha llamado “la monotonía psicosexual” donde el adolescente recurre a la uniformidad que le brinda seguridad y estima personal.

Ocurre aquí el proceso de doble identificación masiva en donde todos se identifican con cada uno y que explica el proceso grupal de que participa el adolescente.

En ocasiones se busca una identidad negativa con figuras reales, en donde es preferible ser alguien perverso, indeseable, a no ser nada.

Puede ocurrir aquí la identificación con el agresor, en la cual el adolescente adopta las características de personalidad de quienes han actuado agresiva y persecutoriamente con él.

Las identidades transitorias son las adoptadas durante un cierto período.

Las identidades ocasionales son las que se dan frente a situaciones nuevas; y las identidades circunstanciales son las que conducen a identificaciones parciales, transitorias que suelen confundir al adulto.

Estos tipos de identidades son adoptadas sucesiva o simultáneamente por los adolescentes, según las circunstancias.

La identidad adolescente es la que se caracteriza por el cambio de relación del individuo, básicamente con sus padres.

La identidad es un fenómeno que surge de la dialéctica entre el individuo y la sociedad. Por otra parte, los tipos de identidad son productos sociales, elementos relativamente estables de la realidad objetiva.

La identidad se forma por procesos sociales. Una vez que cristaliza, es mantenida, modificada o aun reformada por las relaciones sociales.

Socialización Secundaria

Esta es la internalización de “submundos” institucionales o basados sobre instituciones. Es la adquisición del conocimiento específico de “roles”.

Esta socialización presupone un proceso previo de socialización primaria; o sea, que debe tratar con un yo formado con anterioridad y con un mundo ya internalizado.

El presente se interpreta de modo que se halle en relación continua con el pasado, con tendencias a minimizar aquellas transformaciones que se hayan efectuado realmente.

La aparición de mundos discrepantes produce una configuración distinta. La internalización no tiene por que ir acompañada de una identificación afectivamente cargada con otros significantes; los individuos pueden internalizar realidades objetivas diferentes sin identificarse con ellas.

El niño toma contacto con agentes de socialización exteriores a la familia. Cada vez cobra mayor importancia un grupo de agentes socializadores impersonales, creados por la técnica moderna: se trata de los medios de comunicación de masas, como el cine, la radio, la tele-

visión, los periódicos, que acosan al individuo con un flujo continuo de información y modelos ideológicos, y contribuyen en gran manera a la interiorización de los contenidos culturales.

Estilos de vida.

El tema de la salud se asocia con el de calidad de vida que es uno de los temas que se trabaja ampliamente en salud integral del adolescente.

La calidad de vida: es un concepto variable, incluye en sí, el de estilos de vida, oportunidades de vida y oportunidades de salud.

Estilos de vida: estos dependen del grado de vulnerabilidad individual, niveles de riesgo a los que se está expuesto, factores de riesgo que posee, factores protectores que ejercen su acción. La combinación de todas estas variables nos llevan a la salud o a la enfermedad.

Estos conceptos integran el comportamiento individual con el contexto cultural que lo modela y determina. Se conforma por aspectos materiales, sociales e ideológicos. Se manifiesta en determinadas formas y estructuras organizadas, como la familia, los grupos de parentesco, las redes sociales de apoyo, las instituciones o asociaciones políticas y religiosas. Y se expresa en el conjunto de ideas, valores y creencias que determinan o modelan el proceso de salud enfermedad y las respuestas o comportamientos adaptativos frente a distintos sucesos de la vida.

Valores que mueven a los adolescentes a diferencia de los adultos:

La industria del ocio tiene a su principal protagonista a los Adolescentes, el gran consumidor, apoyado por la propaganda que transforma: la emoción en conductas de exaltación, la alegría en pasión, y las actitudes reflexivas en actitudes evasivas.

Uno de los desafíos en el tema del tiempo libre del adolescente es darle a los jóvenes la posibilidad de recrear el tiempo libre y no matar el tiempo disponible, no consumir el tiempo, sino tratar de darle un “contenido”.

El adolescente de hoy necesita oportunidades para divertirse, de participar en juegos, deportes o cualquier otra actividad al aire libre; oportunidad de desarrollar su creatividad; desarrollar una vida social plena y oportunidad de divertirse en su hogar.

Existe un tema que une a la mayoría de los adolescentes que es la salud y el cuidado de su propio cuerpo, se trata de un aspecto exterior en cuanto a sus músculos y siluetas.

Factores de riesgo y factores protectores.

Los factores de riesgo son los recursos personales o sociales que atenúan o neutralizan el impacto de riesgo. El factor de riesgo es la característica detectable en un individuo o grupos, asociada con una mayor probabilidad de sufrir un daño en la salud.

Los factores de riesgo son:

Factores de riesgo psicosexual:

- Consumo de tabaco
- Consumo de alcohol
- Consumo de drogas
- Problemas graves de interrelación familiar.
- Abandono de la familia de origen como grupo de convivencia.
- Pertenencia a familias de origen incompletas por fallecimiento o separación, con dificultades en los vínculos y/o confusión en los roles.

- Familias con antecedentes de uso de sustancias, conductas violentas, abuso sexual, violación y enfermedad mental.

- Depresión y angustia.
- Bajo rendimiento escolar y analfabetismo.
- Inactividad o desocupación y/o fuera del sistema educativo formal o no formal.
- Embarazo en la adolescencia en parientes de primer grado o convivientes.
- Condiciones de vida de extrema pobreza.
- Migraciones.
- Frustraciones reiteradas.

Factores de riesgo biológicos:

- Alteraciones de la cronobiología puberal, enfermedades crónicas, obesidad, trastornos de la nutrición, enfermedades de transmisión sexual, discapacidades congénitas o adquiridas, y cualquier otro problema que comprometa su salud.

La conducta de riesgo es cualquier alteración de la conducta o actuación repetida y fuera de determinados límites, que pueda comprometer o desviar el desarrollo biopsicosocial normal.

Estas conductas de riesgo son:

- Fugas frecuentes del hogar
- Fracaso escolar, abandono
- Conductas violentas, delictivas, accidentes frecuentes, antecedentes judiciales y/o policiales.

- Trastornos de la conducta alimentaria

- Aislamiento, intentos de suicidio
- Iniciación temprana de la actividad coital (por debajo de los 16 años)
- Actividad coital indiscriminada y/o irresponsable.

Se considera Alto Riesgo a:

- La presencia de dos o más factores de riesgo enumerados anteriormente.
- O la presencia de una sola de estas situaciones:
- Consumo de alcohol, tabaco, o drogas antes de los 13 años.
- Desordenes de la conducta alimentaria.
- Conducta violenta, depresión o intento de suicidio.
- Actividad sexual temprana
- Fugas frecuentes del hogar
- Analfabetismo
- Abuso sexual

El Factor Protector:

- a) Presentes en el individuo:
 - Buen estado de nutrición y adecuados hábitos alimentarios y de higiene (corporal, nutricional, y sexual)
 - La autoestima y la valoración personal
 - El proyecto de vida
 - Adecuado desarrollo del pensamiento crítico
- b) Presentes en el microambiente:

- Buen funcionamiento familiar
- Atención, afecto y apoyo emocional
- Ayuda mutua y actividades solidarias
- Educación para la salud y el autocuidado
- Buena utilización del tiempo libre, desarrollo de la creatividad y el ingenio, ocio bien programado.

Imitación de conductas que perjudican la salud.

El adolescente en tanto que se convierte en adulto desde los puntos de vista sexual e intelectual, continúa siendo un niño desde los puntos de vista social y afectivo, pues se le considera menor y dependiente por un lado y por otro, es incapaz de desligarse afectivamente de los lazos anteriores.

La crisis de la Adolescencia, que constituye un hecho inevitable, tiene más o menos resistencia según el ambiente que rodea al adolescente, la educación recibida y la concienciación adquirida a través de la misma.

El papel de los padres es de suma importancia para todo el desarrollo de los niños. Cuando la relación entre los padres no es buena, se crean tensiones emocionales en la Familia que perturban el equilibrio de todos sus componentes. En estas Familias los hijos sirven, por un lado, para aliviar la frustración generada en el matrimonio y por otro lado, se convierten en los receptores de los conflictos que los padres pueden proyectar y revivir lo que les lleva a ser manipulados en pro de uno y en perjuicio del otro.

El niño que ha vivido en tal inestabilidad será pues, inestable e inseguro y ello lo afectará en un futuro. Tal vez podría afirmarse que siempre es mejor un **hogar partido que**

un hogar compartido, si en este último hay una falta total de afectividad, y son los gritos y odios latentes o manifiestos los que presiden las relaciones.

Consecuencias del Maltrato Infantil

“Los resultados de los estudios retrospectivos y prospectivos apoyan la existencia de un fuerte vínculo entre el maltrato físico durante la infancia y el comportamiento agresivo adolescente” (5).

Parece existir, también, una relación entre maltrato físico infantil y consumo de drogas durante la adolescencia. Los drogadictos adultos suelen informar de una mayor prevalencia de malos tratos físicos durante la infancia.

El maltrato infantil se ha relacionado con las conductas autolesivas y suicidas durante la adolescencia. En general, los estudios han llegado a la conclusión de que los adolescentes, objeto de abusos físicos y sexuales, tienen más ideas y realizan más intentos de suicidio que los controles. Además, las víctimas de ambos tipos de abuso es más probable que presenten un comportamiento suicida que aquellos que sólo han sido víctimas de uno de estos tipos de maltrato.

“Son muchos los estudios que han llegado a la conclusión de que los adolescentes que fueron víctimas de abusos durante la infancia presentan una menor capacidad intelectual y un rendimiento académico más bajo que los no maltratados” (6).

Se ha detectado en niños maltratados un déficit en la comunicación, así como diferencias en la utilización del lenguaje sobre los estados internos y en la motivación de eficacia. Es a nivel de conversación donde se hacen más evidentes la severidad y el grado de trastornos del lenguaje. El habla de los niños maltratados se caracteriza por la redundancia, la pobreza de contenido y la dificultad para expresar conceptos abstractos. Su conversación se restringe al presente inmediato.

Los malos tratos distorsionan el delicado equilibrio que debe existir entre los procesos del niño que promueven su seguridad y los que promueven su motivación de eficacia.

“Los niños maltratados presentan un rendimiento inferior tanto en la expresión como en el reconocimiento de las emociones reales o fingidas” (7).

El tipo de interacción que los niños maltratados mantienen con sus padres puede alterar su sentido de justicia y favorecer una imagen de los padres por encima de toda crítica y la consiguiente autoinculpaación del niño.

Los niños maltratados físicamente se caracterizan por su conducta agresiva, desobediencia y comportamiento antisocial. En la escuela se manifiesta perturbador y carece de habilidades sociales y de trabajo necesario para adaptarse bien a sus iguales. En la clase se muestran ansiosos, no prestan atención, carecen de iniciativa y dependen de la ayuda, aprobación y estimulación del profesor. En las relaciones sociales se muestran agresivos y retraídos al mismo tiempo.

La importancia de la capacidad de resiliencia.

“La resiliencia es la combinación de los factores que permiten a un niño, a un ser humano afrontar y superar los problemas y adversidades de la vida” (8). *el proceso*

En la resiliencia es importante estimular los factores protectores y neutralizar los factores de riesgo.

El trabajador social debe transmitir valores como el amor, el autocuidado y el respeto a la vida, para que la persona pueda afrontar sus problemas y adversidades.

*Daile mayor importancia a este item
Yo tengo - Yo soy - Yo estoy - Yo puedo*

CITAS:

1. Bernardón de Galli, Lucía. "Desarrollo Cognitivo".
2. Aberastury, Arminda; Knobel, Mauricio. "La Adolescencia Normal". Un enfoque psicoanalítico. 2da Reimpresión. Buenos Aires. Editorial Paidós.
3. Aberasturi, Arminda; Knobel, Mauricio. Op. Cit.
4. Aberasturi, Arminda; Knobel, Mauricio. Op. Cit.
5. Cantón Duarte, José; Cortes Arboleda, Rosario. "Malos tratos y abuso sexual infantil. Causas; consecuencias e intervención". Siglo Veintiuno. Editores España. S. A. 1997.
6. Cantón Duarte, José; Cortes Arboleda, Rosario. Op. Cit.
7. Cantón Duarte, José; Cortes Arboleda, Rosario. Op. Cit.
8. Rutter, Michael. "La Resiliencia: Consideraciones Conceptuales". Society for adolescent medicine. Journal of adolescent Health. 1993.

Bibliografía:

- Aberastury, Arminda; Knobel, Mauricio. "La Adolescencia Normal". Un enfoque psicoanalítico. 2da. Reimpresión. Editorial Paidós, Bs. As.
- Bernardón de Galli, Lucía. "Desarrollo Cognitivo".
- Berger, Peter; Luckmann, Thomas. "La construcción social de la realidad". Bs. As. Amorrortu Editores.
- Cuadernos Mujer Salud/1. "Por el derecho a vivir sin violencia". Acciones y propuestas desde las mujeres, 1996.
- Estado Mundial de la Infancia 2000. Foro de las Naciones Unidas para la Infancia – UNICEF.
- Katz, Jon. "Derechos de los niños en la era digital". Bs. As., Revista Viva, 2000.
- Moreno, Elsa. "Políticas de salud del adolescente". 1996.
- Piaget, Jean; Inhelder, Barbel. "Psicología del Niño". Madrid. Ediciones Morata, 1993.
- Ponzio, E. "Estereotipos acerca de la Infancia".
- Redi, Cristina. "Qué es ser un Adolescente hoy". 1997.
- Redi, Cristina. "Prevención de la Violencia". Simposio de Pediatría Social. III Simposio Argentino de Lactancia Materna y 1er. Encuentro de Pediatría Social y Lactancia Materna del Cono Sur. Mar del Plata, 1999.
- Redi, Cristina. "Violencia en la Juventud". Presentación en la casa radical del puerto. Mar del Plata, 1999.
- Redi, Cristina. "Adolescencia y estilos de vida".
- Rutter, Michael. "La Resiliencia: consideraciones conceptuales". Society for Adolescent Medicine. Journal of Adolescent Health, 1993.

- SAP/CEPA. Comité de estudios permanentes del Adolescente. Adolescencia y vínculos, 1999.
- Valzacchi, Beatriz. “Los jóvenes en la era del posmodernismo”.

Título II

CARACTERISTICAS DEL AMBITO FAMILIAR

Concepto de Familia.

La familia, es considerada según los autores Grosman - Adamo y Mesterman “como el grupo social primario por excelencia, se caracteriza en términos amplios por:

- Comunicación directa, cara a cara entre sus miembros.
- Interacciones relativamente exclusivas.
- Conciencia de pertenencia al grupo.
- Objetivos comunes y compartidos” (1).

Como conjunto en interacción, la familia esta organizada de manera estable y estrecha sirviendo sus funciones a los fines de la reproducción biológica, la protección psicosocial de sus miembros y la transmisión de los valores de la cultura a través del proceso de socialización.

Toda familia crea su propio modelo de relación de acuerdo con interacciones repetidas que establecen la forma, el momento y las personas con quien relacionarse, qué es lo permitido y qué es lo prohibido. Estas pautas interaccionales son susceptibles de modificación a medida que transcurre el tiempo en función del cambio en las necesidades de los miembros y del grupo como un todo.

Las relaciones interpersonales específicas de un grupo familiar, contribuyen con su modalidad propia a la socialización, conformando una influencia significativa en la formación de la cultura.

Cada familia es portadora de los valores y creencias propios de la cultura en que esta inmersa.

Asimismo crea en función de tales valores, códigos propios, alrededor de los cuales se organizan las relaciones interpersonales que los miembros de cada unidad familiar establecen entre sí.

Cada grupo familiar posee una interpretación específica de los valores de su cultura, y así la transmite por medio de sus propios códigos generando sus particulares reglas de interacción grupal.

Estructura familiar.

En la familia es preciso tener en cuenta su constitución biológica, sus miembros vinculados por el proceso de reproducción.

Esto no significa que toda familia sea en la práctica un grupo biológico. Lo que distingue a la familia es la intimidad de la vinculación biológica. La familia esta compuesta por padres e hijos, es el grupo de parentesco más pequeño. Su capacidad de expansión esta mas limitada que la de cualquier otro grupo de parentesco.

La familia en la era actual.

La sociedad de hoy se caracteriza por un elevado grado de urbanización, y se ha apartado de los vínculos del parentesco extenso. El único grupo afectivo de parentesco es ahora la familia inmediata, e incluso esta ha perdido tamaño y funciones. La familia inmediata ha ganado importancia al liberarse del control del parentesco extenso, pero ha declinado en importancia.

El urbanismo obligo a los individuos a colaborar con innumerables personas con las que no tienen parentesco.

La mayoría de los llamados problemas de la familia de la actualidad se deben a nuestro nuevo tipo de organización familiar. A fin de entender esto, consideramos tres problemas: el divorcio, la declinante tasa de natalidad y el conflicto entre padres e hijos.

En la actualidad el matrimonio se vuelve cada vez más inestable y las funciones esenciales se ejecutan en forma inadecuada.

El uso de anticonceptivos se ha vuelto cada vez más efectivo y el número de niños nacidos durante el matrimonio es cada vez más reducido.

La ceremonia y la religión han perdido casi toda la conexión con el hogar como entidad, y el conflicto ideológico ha reducido la uniformidad y la certeza de las costumbres familiares.

La individualización de los miembros de la familia ha llegado en apariencia a tal punto más allá del cual no puede avanzar.

Otra de las innovaciones que más se ha acrecentado es la cohabitación sin matrimonio, ya que la formalización de este ha perdido fuerza e importancia.

El divorcio ha aumentado, pero el rasgo más preocupante es que una tercera parte de todas las familias son uniparentales, donde la mujer encabeza y es el único sostén económico del hogar, sobrecargada de tareas y actividades diversas.

Las características de los modelos familiares están dadas por el contexto y la sociedad.

Hoy la mujer es asalariada, realiza las mismas funciones que el hombre. Vivimos en una situación de nuevos roles, hay más hombres que no trabajan que mujeres. Hay un cambio de roles del padre y de la madre en la socialización de los hijos.

Ciclo de Vida Familiar.

Hablar del ciclo familiar implica pensar que las familias recorren un proceso de desarrollo, que se transforma a lo largo del tiempo, atravesando diferentes etapas.

La estabilidad alcanzada en un periodo, se quiebra a medida que la familia y sus miembros crecen y se desarrollan. Estabilidad, crisis, cambio y nueva estabilidad son las pautas de la dinámica familiar.

- Cuando la pareja casada o no empieza a convivir debe elaborar una cantidad de acuerdos que son necesarios en cualquier par de personas que viven en íntima asociación. Es un proceso de mutua acomodación.

- El nacimiento de un niño o niña produce un cambio significativo en la organización de la familia. El nacimiento representa la convergencia de dos familias. Sobreviene para la pareja un periodo de intenso cuidado de los pequeños, que genera situaciones de aguda tensión.

- Con el inicio de la escolaridad, ocurre una nueva crisis. Los padres deben mostrarse como tales ante un contexto externo a la familia. A medida que el ciclo avanza los niños se hacen adolescentes y luego adultos. Se agregan nuevos hermanos, o los padres se transforman en abuelos.

- Cuando los hijos abandonan la familia, reaparece la unidad original de marido y mujer aunque en circunstancias sociales diferentes.

Un ciclo vital comienza a declinar, al tiempo que los hijos inician nuevos ciclos.

Es un circuito sin fin, el ciclo vital familiar produce y reproduce los valores, creencias e ideologías de nuestra cultura.

La familia como red social básica.

Hay una red social básica que es la familia.

Desde aquí se tejen los vínculos primarios más significativos que brindan una pertenencia, una referencia frente a los demás. A partir de ahí se distingue el mundo entre el extraño y

el familiar, siendo este último el que calmara sus primeros estados de pánico y de miedo, desde un olor común, un balanceo o un sonido habitual.

Los hermanos en la red familiar, harán la primera experiencia social de competencia, exclusión, amor, odio, fraternidad y pacto.

La entrada en la escuela inaugura el mundo de lo extrafamiliar en donde la red se amplía a los amigos. Comienza así la expansión de la red que se ensancha en la escolaridad secundaria. Ya el grupo de pares es esencial para su evolución, como en su primer momento y siempre lo serán los padres y la familia extensa a la cual pertenece.

Este sistema familiar es una red vincular que nos historiza y personaliza. Cuando esta red es estable, confiable y sensible es la más formidable vacuna frente a las diferentes enfermedades mentales y sociales. La red básica tiene que ver con la calidad de vida de las personas y opera como una verdadera inmunización psicoafectiva.

La red social significativa cumple un rol básico de referencia, de punto equilibrante.

Este control social regula las conductas por su papel culturalizador y socializador.

La interacción de la red delimita deberes y derechos, neutraliza las desviaciones del comportamiento, controla la violencia, canaliza la agresividad. Cuando esta función de la red se afecta, el incesto, la violencia, el alcoholismo, la drogadependencia y el delito infantil son moneda corriente.

Familia Disfuncional.

La familia, en cuanto internalizada, es un sistema temporo-espacial. Lo que se internaliza como próximo o alejado, o como unido o separado, no son sólo relaciones espaciales, una sucesión en el tiempo está siempre presente.

Sartre expresa “lo que une a la familia es la internalización recíproca por parte de sus miembros de sus respectivas internalizaciones” (2).

La familia se convierte en un elemento de unión entre sus miembros, cuyos vínculos recíprocos pueden ser, en caso contrario, muy débiles. Si cualquiera de los miembros de la familia desea separarse excluyendo la familia de su sistema o disolviéndola dentro de sí, el resultado será una crisis.

La organización de una familia es el espacio donde convergen las identidades de sus miembros, pero cuando esta se vuelve multiproblemática por todos los factores estructurales-económicos- sociales que influyen, se torna caótica o disgregada.

Por regla general, en las familias multiproblemáticas se comparten pocas emociones. Es más frecuente que los desencuentros emocionales, hallen un terreno propicio para la expresión simultánea de sentimientos de signo distinto, y que ello evolucione fácilmente hacia la confrontación y el conflicto.

Según el modelo psicodinámico y multigeneracional en el que se destaca Ackerman, define como Familias Disfuncionales las que “manifiestan una alta existencia de conflictos inconscientes y no resueltos, generados en gran parte por la influencia e interferencia que las experiencias de cada cónyuge en la respectiva familia de origen tienen en las relaciones familiares vividas en el presente” (3).

Whitaker entiende que la Familia “normal” es un sistema abierto que mantiene relaciones con la familia colateral y con la sociedad, que se la puede percibir como un todo integrado, en la que las generaciones de hijos y padres se distinguen entre sí y en la que existe flexibilidad en la distribución del poder y en la estructuración de roles y reglas, con una amplia variación entre los niveles de intimidad, individuación, independencia y autonomía.

Dadas tales características surge un interrogante con respecto a qué hacer con estos cuadros familiares? Podemos decir que el abordaje de las familias multiproblemáticas ha constituido un importante desafío para terapeutas y operadores de los Servicios Sociales.

En efecto, se trata de familias que no suelen realizar demanda de psicoterapia porque, aunque existan síntomas y-o sufrimiento, falta la petición de ayuda psicológica, pero principalmente falta el reconocimiento de la problemática del maltrato y-o violencia doméstica propiamente dicha.

La experiencia demuestra que la relación terapéutica y la relación de control deben estar claramente separadas y ejercidas por personas distintas. El cambio debe pasar por un enriquecimiento del proceso familiar sumado en forma paralela a una autonomización de la familia respecto de las instancias externas que la interfieren.

Entonces podemos decir que, a nivel individual es propicio establecer relaciones psicoterapéuticas con miembros significativos del sistema.

El objetivo apunta a influir sobre los espacios emocionales- cognitivo y pragmático (práctico), donde el profesional elegirá una modalidad de acción preferente, manejando prescripciones y recursos acordes a la situación problema planteada.

El trabajo en equipo y la supervisión deberán brindar un estructurado marco de referencia y un apoyo continuo al profesional, entregado a destrabar un conflicto, devolver al individuo la confianza, el nivel de autoestima, el respeto por sus derechos primordiales, potenciar y estimular las capacidades personales.

El trabajo a nivel familiar deberá tener en cuenta que los espacios emocional, cognitivo y práctico presentan diferencias respecto del individual, por lo cual será útil trabajar para ampliar el espacio en el que se comparten emociones y, sin confrontar directamente los valores familiares, es pertinente apuntar a su relativización.

Con todo ello se estará propiciando una transformación de la familia en la que, probablemente, la organización se hará menos caótica, en beneficio del común patrimonio relacional.

Violencia en el ámbito doméstico.

El término violencia familiar alude a todas las formas de abuso que tienen lugar en relaciones entre los miembros de la familia.

Se denomina relación de abuso a toda conducta que, ocasiona daño físico y/o psicológico a otro miembro de la familia.

Para poder definir una situación familiar, como caso de violencia familiar, la relación de abuso debe ser crónica, permanente o periódica. Partiendo de esta distinción, no quedan incluidas en la definición las situaciones de maltrato infrecuentes o esporádicas.

Las personas sometidas a situaciones crónicas de violencia dentro del hogar presentan una debilitación gradual de las defensas físicas y psicológicas, lo cual se traduce en un incremento en los problemas de salud (enfermedades psicosomáticas, depresión, etc.).

Un alto porcentaje de los asesinatos o lesiones graves ocurridos entre miembros de una familia, son el desenlace de situaciones crónicas de violencia doméstica.

La violencia doméstica, se manifiesta de muchas maneras, no ocurre con igual frecuencia ni con el mismo grado de intensidad. La frecuencia y el grado son dos elementos que caracterizan y delimitan ciertos cuadros o síndromes que poseen un perfil propio que permite su observación y descripción.

Influencia en la personalidad básica de los hijos.

La influencia del ambiente social y cultural en el desarrollo de un niño es indudable, si bien su modo de acción indirecto es insuficientemente comprendido o explicado.

No todos los hijos de una pareja, con independencia de su situación económica, alcanzan el mismo destino. Las individualidades y las distintas formas de relación entre padres e hijos, las expectativas de los primeros, y las formas de respuestas de estos últimos, son en extremo variables.

Sea cual fuere la situación social de una pareja, ello no decide la capacidad de mutuo afecto ni la disposición a tener hijos. Son más bien las dificultades de orden económico las que hacen variar las condiciones ambientales dentro de la Familia.

Esperar un hijo en épocas de estabilidad es muy distinto a si su llegada tiene lugar en medio de grandes preocupaciones de índole económica, que dificultan aún más la subsistencia.

Las diferencias entre los hermanos han sido consecuencia a veces de tales cambios. Las madres a menudo señalan que las diferencias de cuidados con respecto a sus hijos se debieron a las distintas épocas en que éstos fueron gestados y nacieron. Y esto lo expresan con evidente tristeza, que oculta la culpa subyacente.

CITAS:

1. Grosman; Mesterman. "Violencia en la familia". Ed. Universidad. 1992.
2. Laing R.D. "El cuestionamiento de la familia". Bs. As. Ediciones Paidós.
3. Campanini, Anna María; Luppi, Francesco. "Servicio Social y Modelo Sistémico: Una nueva perspectiva para la práctica cotidiana. Bs. As. Ediciones Paidós. 1991

Bibliografía:

- Ackerman, Nathan W. "Diagnóstico y Tratamiento de las relaciones familiares". 2da. Edición, Bs. As. Editorial Paidós, 1966.
- Campanini, Annamaria; Luppi, Francesco. "Servicio Social y modelo sistémico: Una nueva perspectiva para la práctica cotidiana". Bs. As., Ediciones Paidós, 1991.
- Escardó, F. "Anatomía de la Familia". 5ta. Edición. Bs. As. Editorial El Ateneo, 1964.
- Fromm, Erich; Horkheimer Max y otros. "La Familia". Ediciones Península.
- Laing, R. D. "El cuestionamiento de la Familia". Bs. As. Ediciones Paidós.

Título III

ASPECTOS JURIDICOS

El maltrato del menor en la instancia jurídica – Recursos legales

Es necesario dar una somera visión acerca de los recursos penales y civiles, que se pueden utilizar frente a una situación de MALTRATO FISICO Y PSIQUICO en infantes como en adolescentes; ya que es un hecho innegable la afirmación de que hoy, ellos constituyen uno de los colectivos sociales más vulnerables de la sociedad argentina.

Normas penales y procesales penales.

A.- DENUNCIA. ¿Quién/es pueden formularla?

Según lo dispuesto en el Art. 155 del Código de Procedimiento Penal de la Pcia. de Buenos Aires, “todo persona que presenciare, o por cualquier otro medio tuviere noticias del maltrato físico o abuso sexual de un menor o incapaz, si los hechos configurasen un delito, está autorizada para denunciarlos al Juez competente, a los funcionarios del Ministerio Fiscal o a la Policía”

La denuncia puede efectivizarse personalmente o por un mandatario, por escrito o verbalmente.

El ciudadano puede transmitir la información al Juez, Fiscal o personal policial, así como al Asesor de Menores, quien tiene el deber de informarle a la Justicia Penal si se trata de un delito, sin perjuicio de otras acciones que puede adoptar para proteger al menor con el objeto de ampararlo.

Haciendo mención al Código anterior, el Art. 72 hace referencia que la acción en todos los casos, asume entidad pública si el menor o incapaz es objeto de una acción delictiva por parte de alguno de sus progenitores o sustitutos.

Estando capacitado el propio menor adulto (mayor de 14 años) para denunciar el delito, aún cuando no hubiere alcanzado dicha edad, puede hacer conocer el hecho a la autoridad pública correspondiente para iniciar la investigación pertinente.

B.- DENUNCIA. ¿Quién/es están obligados a hacerla?

Remitiéndonos, nuevamente, al C.P.P. de la Pcia. de Buenos Aires, en su Art. 164 expresa que “toda autoridad o todo empleado que en ejercicio de sus funciones adquiere el conocimiento de un delito que dé nacimiento a una acción pública, estará obligado a denunciarlo”. Quedando, así, excluido el ciudadano común que no está obligado a lo manifestado en este artículo.

Cabe aclarar que se entiende por funcionario y/o empleado público, a todos aquellos que prestan servicios (sin distinguir jerarquías) en la Administración Pública, de nivel nacional, provincial o municipal.

Y en el Art. 167 se hace referencia a que quedan exceptuados de la obligación de denuncia, si hubieran recibido revelaciones de delito hechas bajo secreto profesional.

Pero, en estos casos es pertinente señalar que el profesional que denuncia hechos constituidos de un delito contra el menor, no se lo puede acusar de haber violado el secreto profesional, porque obra en virtud de una justa causa y en el ejercicio de su deber. Y también, es el criterio sustentado por la doctrina y la jurisprudencia.

¿Cuándo debe ejercerse la obligatoriedad de la denuncia?

Para los médicos y profesionales en el arte de curar, deberá ser en un término de 24 hs., o la inmediatez en caso de grave peligro.

En el caso de los funcionarios públicos, tan pronto como se tenga conocimiento del hecho.

De acuerdo con el Art. 163 del Código nombrado, no se admiten denuncias de:

- *Descendientes contra ascendientes y viceversa.*
- *De cónyuge contra el otro cónyuge.*
- *De hermano contra hermano.*

Pero, cuando se trate de casos de actos lesivos para el menor, cometidos en el seno de la familia, los parientes cercanos pueden denunciarlos. Del mismo modo, un hijo lesionado por su padre, puede hacer la denuncia, o por la madre por tener un vínculo más próximo que el que la une al propio marido.

C.- DENUNCIA. Efectos.

Una vez recibida la denuncia y siendo el hecho verosímil, el Juez tiene el deber de iniciar la investigación, valiéndose de las pruebas que se le ofrezcan como las que adopte por su propia iniciativa.

Es necesario señalar que el denunciante no está obligado a proporcionar evidencias, pero puede aportar las que tuviere en su poder, además de no ser *parte* en el juicio penal

Maltrato físico.

Sanciones del Código Penal para el autor del maltrato.

El Código Penal aplica sanciones al autor de maltrato hacia menores por sus padres o guardadores, teniendo en cuenta normas generales que penan a quién ha cometido el delito de lesiones, y si el acto de fuerza ha producido un daño en el cuerpo o en la salud del niño.

Entendiéndose por **daño en el cuerpo** a “cualquier alteración o modificación (interna o externa) que afecte la integridad anatómica de la víctima, le cause o no dolor” (1).

Y por daño en la salud a “todo tipo de perturbación en el equilibrio funcional del organismo, corporal o mental” (2).

Las sanciones se diferencian según la intensidad del daño causado:

- Si se han producido lesiones leves, el Art. 89 prevé una pena de 1 mes a 1 año de prisión.
- Si se trata de lesiones graves, el Art. 90 dispone que cuando se produjere una debilitación permanente de la salud, de un sentido u órgano, de un miembro o si hubiere puesto en peligro la vida del ofendido, o inutilizado para el trabajo por más de un mes, la sanción es de reclusión o prisión de 1 a 6 años.
- En cambio, si las lesiones fueren gravísimas, causando las alteraciones y complicaciones anteriores, la pena es de reclusión o prisión de 3 a 10 años.

Debido a que la Ley considera más condenable la violencia ejercida sobre alguno de los miembros del núcleo familiar más cercano, las penas se acrecientan (ej.: para el padre o la madre).

No obstante, el Código Penal, no contempla un aumento de la sanción si el daño fue cometido al niño por su padrastro o madrastra, tutor, guardador o cualquier persona que lo tenga bajo su cuidado.

En la jurisdicción de la Pcia. de Buenos Aires – Ley 10.067 – se establecen sanciones para los padres, tutores o guardadores que aparezcan culpables de malos tratos o de negligencias grave con respecto a los menores a su cargo, sin importar delito.

Para tales situaciones se disponen penas de multa o arresto hasta 90 días o ambas penas a la vez. Si los malos tratos a un menor, sin configurar delito, fueren cometidos por un extraño, el ordenamiento dispone una pena de prisión mayor – de 30 días a 2 años de arresto.

Lo cual significa que la Ley contempla de manera más considerada el abuso cometido por los progenitores o sus sustitutos

Otras medidas judiciales.

La Ley 22.278 sobre el REGIMEN PENAL DE MENORES, (3) se refiere a que la disposición provisional o definitiva del menor cuando éste se encuentre en peligro, es sin lugar a dudas para procurar la adecuada formación de aquel mediante su protección integral. Para alcanzar tal finalidad, el Juez podrá ordenar entre las medidas, las más convenientes y necesarias:

1. Restringir el ejercicio de la patria potestad o tutelar sin perjuicio de la vigencia de las obligaciones inherentes a los padres o tutores.
2. Institucionalización del menor en establecimientos públicos o privados.
3. Discernimiento de la guarda a favor de otras personas.

Con lo dispuesto en el Art. 3 de dicha Ley, la disposición definitiva del menor cesa en cualquier momento por resolución judicial y en su defecto, sólo concluye de pleno derecho cuando el menor alcance la mayoría de edad.

Cabe destacar que el correspondiente seguimiento de las causas iniciadas, recae en la función de un Asistente Social que a través de los informes ambientales, dan a conocer la relación completa del medio familiar en que se desarrolla la vida del menor, los antecedentes y conductas del niño o joven, como también de sus padres, tutores o guardadores.

La tutela de los menores regulada por la Ley 10.067/83 – Patronato de Menores – sostiene que los Juzgados de Menores son competentes en los casos en que la salud, seguridad, educación o moralidad de los menores de edad se hallare comprometida por actos de conducta, delitos de sus padres, tutores, guardadores o terceros. (Art.10)

El procedimiento se impulsa de oficio, siendo verbal y actuado. De acuerdo con la información suministrada por el personal técnico (Médico psiquiatra infante juvenil, Psicólogo, Asistentes Sociales), el Juez decide el destino del menor, aplicando las medidas tutelares necesarias pero también las sanciones para los autores de los hechos ilícitos.

Normas Civiles.

A.- El deber de crianza y educación a cargo de los padres o sus sustitutos.

Lo cual se relaciona directamente con que los padres o sus sustitutos, son los encargados de orientar la actividad y comportamiento del hijo con vistas a su formación como adulto y consiguiente preparación para el desempeño de sus venideros roles familiares y sociales.

De la Patria Potestad (conjunto de derechos absolutos sobre el hijo) se ha llegado a la idea de un poder otorgado a los padres solo para el cumplimiento de su función de cuidado.

La noción de **dominación** es sustituida por la de **protección**, atendiendo exclusivamente el bienestar del hijo.

B.- El derecho de corrección de los padres.

Remitiéndonos al Art. 278 del Código Civil: “Los padres tienen la facultad de corregir o hacer corregir la conducta de sus hijos menores”(4), y se agrega que el poder de corrección debe ejercerse moderadamente, debiendo quedar excluidos los **malos tratos, castigos o actos** que lesiones o menoscaben física o psíquicamente a los menores.

Debe entenderse que la exclusión a la que se hace alusión, debe ser absoluta. Esto también conlleva a que ambos progenitores pierdan la Patria Potestad si son condenados como autores de un delito contra la persona de alguno de sus hijos (lesiones – violación), igualmente cesa la autoridad parental si ponen en peligro la seguridad, salud física-psíquica o moralidad del hijo, mediante malos tratamientos.

En la legislación argentina, el derecho de corrección no puede afectar la integridad psico-física del niño y/o adolescente.

Se delega en los padres el proceso de socialización de los hijos, pero las instancias de control social restringen su actuación y destierran la violencia, que ya no se presenta como un recurso natural acorde con al función otorgada.

Los padres, y en otros casos los sustitutos, pierden de vista que el niño es un ser humano cuyas facultades intelectuales o físicas, aún cuando no desarrolladas, le permiten el ejercicio de la capacidad de elección desde los primeros años de vida, siempre que sus acciones no lo perjudiquen.

Barreras a la Denuncia.

En este aspecto, uno de los principales obstáculos para realizar la correspondiente denuncia son los sentimientos personales del eventual denunciante.

Muchos no se quieren “meter en problemas”, otros tienen temor de hacer la denuncia y las barreras se acrecientan, si el involucrado como el autor de los malos tratos es un conocido, un familiar o un allegado por varios factores (trabajo, amistad, compañero de años).

En cambio algunos creen que la denuncia no sirve para nada o que ésta puede volverse en contra del niño a quién, supuestamente, se quiere proteger.

Otros opinan que pueden ayudar más si ellos mismos se acercan al niño y su familia.

Y en muchos casos, los funcionarios y profesionales del ámbito público o privado desconocen su obligación legal de realizar la denuncia, así como también la desestiman cuando se ven ante la confirmación o sospecha de **maltrato infantil**.

Derechos del Niño.

En principio, rescatamos que la **Convención sobre los Derechos del Niño** reconoce por éste a todo *“ser humano menor de 18 años de edad, salvo que, en virtud de la ley que le sea aplicable, haya alcanzado antes la mayoría de edad”*(5).

Con respecto a los adolescentes, podemos decir que éstos ya no son niños en el sentido tradicional, aún cuando tampoco son todavía adultos. Por lo tanto, viven en circunstancias diferentes y tienen necesidades diversas, necesitan y merecen servicios apoyados por adultos que se preocupen por ellos, donde se ofrezcan conexiones con la *familia* y la *comunidad*.

Sumado a esto, los adolescentes son recursos de enorme potencial – como educadores de otros de su edad, como hermanos mayores o como cabeza de familia – .

La ciencia afirma que el desarrollo neurológico óptimo de un niño, que afecta su desarrollo físico, mental y cognoscitivo, depende de la buena nutrición, del cuidado y los estímulos que tanto el niño como el adolescente reciba durante los primeros meses y años de su vida.

Por lo cual es bueno reafirmar que ***tanto los adolescentes como todos los niños, tienen derecho*** a ser escuchados y a participar en cuestiones que los afectan y en las que tienen interés, de conformidad con su edad y su grado de madurez.

Cuando hablamos de ***derechos***, nos referimos a lo que uno puede hacer y a las responsabilidades que los adultos tienen para el bienestar, la seguridad y la protección de quienes están bajo su cuidado y la tutela.

La nombrada y ya tan conocida Convención, respalda el derecho de los niños a la autodeterminación en dos formas:

- ♦ La primera es comprometiéndose en el sostén del principio según el cual los Derechos de los Niños existen independientemente de los Derechos de los Padres o de los Estados.
- ♦ La segunda es reconociendo que en cierto punto los niños pueden y deben asumir sus propias decisiones, pero que ese momento no dependerá de la edad del niño, sino de cada uno de ellos, individualmente, y de sus particulares circunstancias.

“El nivel del hogar familiar es, básicamente, el lugar donde existen la mayoría de los recursos para alcanzar los derechos del niño, donde se toman la mayoría de las decisiones fundamentales en materia de distribución de recursos, a favor o en contra de los intereses del niño” (6).

La protección integral del niño y/o adolescente y su interés superior, están, asimismo, contenidos en numerosas Constituciones Provinciales. La correspondiente a la Pcia de Buenos Aires reconoce en su Art. 36 los siguientes ***Derechos Sociales***: (7)

- ♦ **De la Familia:**

Como núcleo primario y fundamental de la sociedad. La Pcia establecerá políticas que procuren su fortalecimiento y protección moral-material.

- ♦ **De la Niñez:**

Todo niño tiene derecho a la protección y formación integral, al cuidado preventivo y supletorio del Estado, en situaciones de desamparo y a la asistencia tutelar y jurídica en todos los casos.

♦ **De la Juventud:**

Los jóvenes tienen derecho al desarrollo de sus aptitudes y a la plena participación de inserción laboral, cultural y comunitaria.

Entre los Derechos que agrupa la Convención, tenemos por áreas temáticas los que son de significativa importancia:

♦ **Educación:**

A la educación primaria gratuita, el acceso de todos los niños a la educación secundaria y a la posterior educación superior.

A una educación que desarrolle su personalidad y aptitudes.

♦ **Identidad:**

A tener un nombre, nacionalidad y a conocer a sus padres. A preservar su identidad, relaciones familiares, a no sufrir discriminaciones de ningún tipo. A que se respete su vida privada.

♦ **Salud:**

A la vida y el desarrollo. A disfrutar del más alto nivel de salud, a la seguridad social y a su recuperación física y psicológica o a su reintegración social, si ha sido víctima de abandono, explotación, abuso o maltrato.

♦ **Protección:**

A que se dicten medidas legislativas, administrativas, sociales y educativas apropiadas para proteger al niño de toda forma de violencia física o mental, negligencia, maltrato o explotación.

A que en caso de estar privado de su medio familiar, reciba protección y asistencia del Estado.

A ser protegido contra toda forma de explotación que perjudique aspectos de su bienestar.

♦ **Familia:**

A no ser separado de sus padres, excepto por el interés superior del niño. A mantener relaciones personales con ambos padres y a que éstos asuman su responsabilidad primordial en la crianza y desarrollo del niño.

♦ **Participación:**

A formarse un juicio propio, a la libertad de pensamiento, conciencia y religión. A la libertad de asociación y a tener reuniones pacíficas.

Violencia Familiar. Síntesis de normativas:

A nivel Nacional.

Lev 24.417 de “Protección contra la Violencia Familiar”. Sancionada el 30-11-1994 y promulgada el 28-12-1994. Intenta, tanto la protección del menor en situación de desamparo frente a los actos de violencia física o psíquica ejercidos por parte de algún integrante del grupo familiar, como los provocados por las demás personas adultas que conforman el hogar, con la posibilidad de excluir al autor del hecho.

Asimismo, brinda al imputado y su grupo conviviente, asistencia médica y psicológica gratuita con intervención del Consejo Nacional del Menor y la Familia, de organismos públicos y violencia y asistencia de las víctimas.

Dicha norma abre el camino en el *orden civil de familia*, dando el beneficio a la víctima, la que es atendida en un ámbito específico de *familia*.

El decreto reglamentario 235/96, tiende a equilibrar ciertos aspectos a través de una respuesta escalonada por parte del Estado en este orden:

1. ADMINISTRATIVO – TERAPEUTICO
2. CIVIL
3. RESPUESTA PENAL

La operatividad, como medida cautelar de la Ley en su conjunto, se resume en el Art. 4 que *“estipula un plazo de 72 hs. para efectuar la denuncia”*, adoptando, el Juez, las siguientes medidas cautelares y estableciendo su duración:

- ♦ Ordenar exclusión del autor.
- ♦ Prohibir el acceso del autor al domicilio, lugares de trabajo o estudio del damnificado.
- ♦ Ordenar el reintegro al domicilio de quién ha debido salir por razones de seguridad personal, excluyendo al autor.
- ♦ Decretar, provisoriamente, alimentos, tenencia y derecho de comunicación con los hijos.

A nivel Provincial.

Ley 12.569 contra “La Violencia Familiar”. Rige a partir de Enero de 2001 y viene a llenar un vacío en esta materia, recayendo sobre los Juzgados de Primera Instancia en lo Civil y Comercial, Jueces de Menores, de Paz y los Tribunales de Familia, la competencia para recibir las correspondientes denuncias.

Síntesis de la Normativa.

- ♦ En su Art. 1, define a la **Violencia Familiar** como *“toda acción, omisión, abuso, que afecte la integridad física, psíquica, moral, sexual y/o libertad de una persona en el ámbito del grupo familiar, aunque no configure delito”*. (De la Ley 12.569, sancionada el 06-12-2000, Pcia. Bs. As.). Considerando por Grupo Familiar, al originado en el matrimonio como al de hecho o nacido de una relación de noviazgo.
- ♦ La denuncia de un hecho de Violencia Familiar la puede hacer por escrito o verbal, toda persona del grupo familiar, con las extensiones mencionadas o quien haya tomado conocimiento de los hechos. Si la persona está imposibilitada de accionar por sí misma, lo deberá hacer por medio de su representante legal.
- ♦ El Juez o Tribunal deberá ordenar para evitar que se repitan actos de violencia:
 - La exclusión del presunto autor del hogar donde habita con el grupo familiar.
 - Prohibirle el acceso al domicilio del damnificado, a sus lugares de trabajo, estudio o esparcimiento.
 - Podrá fijar un perímetro de exclusión para circular y adoptar los medios para que el agresor cese sus actos de perturbación o intimidación.
 - En caso de que la víctima se haya ido del hogar, determinar su reintegro, previa exclusión del presunto autor. (De la Ley 12.569, sancionada el 06-12-2000. Pcia. Bs. As.)
- ♦ El Magistrado o Tribunal tendrá un plazo de 48 hs. desde que esté en conocimiento del hecho, para adoptar alguna de las medidas anteriores. Tendrá el mismo tiempo para solicitar a los peritos un informe sobre el daño causado y la situación reinante. Así como fijará el tiempo en que se mantendrá la medida.

- ♦ De las denuncias que se pretende, se dará participación al Consejo de la Familia y Desarrollo Humano, para que brinde a las familias la asistencia legal, médica y psicológica que requiera.

Es una Ley innovadora que tiende a resolver en forma eficaz y en un plazo perentorio este tipo de violencia que es muy usual, y en la que muchas veces, a través de simples denuncias, no se llega a nada concreto y resolutorio para la víctima.

Ley Nacional 23.849 – Convención Internacional de los Derechos del Niño.

¿Qué es la Convención?

Es un tratado adoptado por las Naciones Unidas en 1989, sobre los Derechos Humanos fundamentales de todos los niños: *derecho a la supervivencia – desarrollo de sus aptitudes físicas y mentales – derechos a la protección contra todo aquello que vaya en menos cabo de su desarrollo – derecho a participar en la vida familiar, cultural y social.*

Es un acuerdo entre países que deben respetar la misma Ley porque ésta establece las normas mínimas que los gobiernos deben aplicar para garantizar la atención sanitaria, la educación y la protección jurídica y social de la infancia/adolescencia en su país.

En la actualidad son 175 los países que han ratificado, es decir, han acordado obedecer la Ley escrita en esa Convención. El Congreso de la Nación Argentina ratificó la Convención sobre los Derechos del Niño, el 27 de Septiembre de 1990, mediante la Ley 23.849, y la Asamblea Constituyente la incorporó al Art. 75 de la Constitución de la Nación Argentina en Agosto de 1994.

Con respecto a la composición, tiene un total de 54 artículos y cada uno explica uno de sus derechos.

Muchos de ellos se complementan entre sí, se refieren a cómo los adultos y los gobiernos deberían trabajar juntos para lograr el cumplimiento de la Convención.

Los artículos de la Convención proveen el marco para evaluar el status y las relaciones de los niños en la familia y fuera de ella. Reafirma el rol central de la misma en la vida de los niños y resalta la importancia de que reciban el soporte adecuado para el cumplimiento de sus responsabilidades.

Cabe señalar que enfoca a la *familia* como “*el entorno fundamental para el desarrollo armonioso del niño, construido sobre la coexistencia de los deberes y derechos de los padres y de los hijos*” (8).

Efectivamente, los derechos de la familia solo pueden enfocarse conjuntamente con el respeto por los derechos de sus miembros individuales. La diversidad no puede amenazar la unidad y armonía familiar, sino reforzar decisivamente su estructura democrática fortaleciendo lazos de *afecto, confianza y privacidad*.

La Convención, señala que los padres tienen la responsabilidad primaria por la crianza y desarrollo del niño, al mismo tiempo que enfatiza que el cumplimiento de su tarea debe estar guiada y encuadrada por el interés superior del niño.

Se considera esencial que los padres provean guía y dirección, proporcionándole al niño un espacio positivo y compartido para el diálogo, preparándolo al camino de la libre expresión de distintos puntos de vista.

Es en este proceso que se reforzará la capacidad de los niños para ser miembros activos con habilidades adecuadas para participar en la vida familiar y no simplemente para reaccionar a los deseos, miedos o expectativas de sus padres.

Por esto, se tiene que los *derechos de los progenitores* no son universales o inamovibles, más bien son *limitados* y existen solo si son necesarios para promover los *derechos del niño*.

El *abuso*, tanto *físico* como *sexual*, ha sido reconocido como un problema serio que *afecta a niños y adolescentes en todas las sociedades*.

El castigo físico significa que un adulto cause, deliberadamente a un niño, cierto grado de dolor o desasosiego, y a menudo el castigo se convierte en una violencia grave.

Es importante destacar que desafiar el castigo físico no significa promover una forma de crianza de niños sobre otra, sino buscar la forma de aplicar un derecho humano fundamental a toda forma de *relación adulto - niño*.

La Convención, en su Art. 19, reclama acciones apropiadas de los Estados para proteger a los niños de toda forma deliberada de humillación o sufrimiento físico, infringidos por cualquier persona que los tenga a cargo. Así como pone énfasis en que las medidas de protección deberán comprender procedimientos eficaces para el establecimiento de *Programas Sociales* que proporcionen *asistencia al niño y a quienes cuidan de él*.

La función que en esta Ley se impone al Estado, no es la de fiscalizar las acciones de los padres o de los encargados de la crianza de los niños como un ente externo que juzga y condena. La *tendencia legislativa* que se ha desarrollado *en nuestro país*, apunta más a la función de *juzgamiento* que a la de *asistencia y prevención*.

Si en realidad se quiere proteger la integridad del niño, es esencial asegurar la existencia de Programas Asistenciales que incluyan la colaboración de otros miembros del grupo familiar, logrando su comprensión y compromiso con las medidas que se recomiendan para ayudar al niño. Sin dejar de lado, algunas eventuales medidas judiciales.

La Convención insiste en que:

- ♦ Al igual que los adultos, los niños no pierdan sus derechos civiles y políticos al traspasar la puerta de su hogar.
- ♦ Los padres tienen responsabilidades hacia sus hijos más que derechos absolutos sobre ellos.

La implementación plena de la Convención sobre los Derechos del Niño en la familia, requiere, primordialmente, la revisión de las actitudes y relaciones que los adultos mantienen con los niños. Pero también demanda el desarrollo de un nuevo marco legislativo que tome debida nota de la interdependencia entre los conceptos de Patria Potestad y evolución de las facultades del niño.

Ley Provincial 10.067 – Del Patronato de Menores.

En principio, decimos que en jurisdicción de la Provincia de Buenos Aires, el Patronato de Menores es ejercido en forma concurrente y coordinada por los Jueces de Menores, Asesores de Incapaces y la Subsecretaría del Menor y la Familia.

El ejercicio coordinado del mismo, comprende:

- ♦ La figura del Juez con competencia exclusiva para decidir sobre la situación del menor en estado de abandono – peligro moral o material debiendo adoptar todas las medidas tutelares necesarias para dispensarle amparo – .
- ♦ El Asesor de Incapaces, como representante del menor y de la sociedad para controlar el efectivo cumplimiento de las normas destinadas a protegerlo.
- ♦ La Subsecretaría es la encargada de planificar y ejecutar la política general de la minoridad en sus aspectos preventivos, de formación y reeducación de los menores institucionalizados.

Dichos integrantes deberán promover, en sus respectivas jurisdicciones, el apoyo de las autoridades y de la comunidad a fin de lograr la infraestructura y servicios necesarios para la más completa asistencia de la **minoridad desamparada**.

Teniendo en cuenta el Capítulo II, que se ocupa de la competencia de los Juzgados de Menores, podemos decir que pondrán en práctica su ejercicio cuando:

- ♦ Aparecieren como autores o partícipes de un hecho calificado por la Ley como delito o falta, menores de 18 años de edad.
- ♦ Cuando la salud, seguridad, educación o moralidad de menores de edad se hallare comprometida por actos de inconducta, contravenciones, delitos de sus padres, tutores, guardadores, por infracción a las disposiciones legales referentes a la instrucción y al trabajo; cuando, por razones de orfandad estuvieran material o moralmente abandonados o corrieren peligro de estarlo, para brindar protección y amparo, procurar educación moral e intelectual al menor y para sancionar, en su caso, la inconducta de sus padres, tutores, guardadores, conforme a las leyes que rigen en materia de Minoridad y a las disposiciones de la presente.
- ♦ Sea para disponer todas aquellas medidas que sean necesarias para otorgar certeza a los atributos de la personalidad de los menores bajo su amparo, y lograr su más completa asistencia.
- ♦ En las contravenciones cometidas por adultos en perjuicio de menores, con auxilio o en compañía de éstos.

Capítulo III:

Del procedimiento en general, se desprende que “el Juez tomará contacto directo con cada uno de los menores a su disposición, orientando el diálogo primordialmente al conoci-

miento de las particularidades del caso, de la personalidad del menor, del medio familiar y social en que se desenvuelve” (9).

El informe médico – psicológico, versará sobre las condiciones de salud del menor, sus antecedentes hereditarios y las enfermedades padecidas por él y sus familiares directos. Igualmente deberá consignar las características psicológicas del menor, un dictamen acerca del destino y ocupaciones apropiadas a su personalidad para así compilar una ficha médica individual.

El informe de ambiente deberá ser efectuada por una Asistente Social donde se consignará la escolaridad, vivienda, ocupación, situación social y económica del menor y su grupo familiar.

El funcionario policial que tenga conocimiento de un delito atribuido a un menor de 18 años, lo comunicará al Juzgado y Asesor que corresponda, dentro de las 24 horas, con una información detallada sobre la denuncia, nombre y domicilio de personas y demás datos útiles a la investigación.

En caso de detención, de defensa de la integridad física y moral de mujeres menores, se prohíbe su alojamiento en dependencias policiales, cualquiera fuere el supuesto y mandando en cambio su guarda en el Instituto Femenino más próximo.

Según el procedimiento penal, cuando el menor comparezca ante el Juzgado, el Juez lo interrogará personalmente sobre las particularidades de la causa, dirigiendo sus preguntas a conocer la capacidad mente, afectividad, hábitos y demás circunstancias de orden psíquicas o de ambiente.

Concluido el interrogatorio, el Juzgado dispondrá:

- ♦ El destino provisional del menor, previo examen médico y psicológico.
- ♦ Ordenará el estudio de ambiente relativo al menor y su núcleo de convivencia.

- ♦ Devolverá las actuaciones a la instrucción a efectos de que cumplimente las diligencias correspondientes.

Contravenciones en perjuicio de menores de edad:

El que sometiere a privaciones, malos tratos corporales o psíquicos, o castigos inmoderados, que no constituyen delito, a un menor de 16 años o incapacitado menor de edad, será sancionado con 1 día a 90 días y multa, o de 30 días a 2 años de arresto.

Los Jueces de Menores deberán vigilar personalmente, con la frecuencia que exijan las circunstancias, las condiciones en que se encuentren los menores internados a su disposición en dependencias policiales, Institutos u otros establecimientos.

El Juez que haya entregado en guarda un menor, deberá controlar periódicamente que la misma se ejerce debidamente respecto a salud, alimentación, vestido, formación moral y instrucción.

El Juzgado podrá imponer hasta 90 días - multa o arresto por el mismo término o ambas penas a la vez a los padres, tutores o guardadores que aparezcan culpables de malos tratos o de negligencia grave o continuada con respecto a los menores a su cargo y que no importen delito.

La Subsecretaría del Menor y la Familia es la encargada de planificar y ejercitar, por sí o a través de las municipalidades, la política general de la **minoridad**, tanto en sus aspectos preventivos cuanto en los relativos a la formación y reeducación de los menores internados son establecimientos de su dependencia o contralor.

Los municipios deberán establecer:

- ♦ Un cuerpo de policía tutelar del menor.

- ♦ Guarderías y casas del niño, en proporción al número de habitantes y necesidades del partido.
- ♦ Un régimen de subsidios para familiares de menores en estado de necesidad, los que serán otorgados por la propia comuna con conocimiento del Juzgado de Menores o a pedido de éste.

Las autoridades municipales deberán cumplimentar las medidas preventivas o de intimación dispuestas por los Juzgados respecto de un menor, aun cuando éste no se domicilie en el respectivo partido.

La internación de menores, dispuesta en el Capítulo IV, en Establecimientos Provinciales, Municipales o Privadas, será dispuesta únicamente por los Jueces, salvo motivos de urgencia, en cuyo caso la Subsecretaría del Menor y la Familia o autoridades respectivas, podrán efectuarla con carácter preventivo, dando inmediata intervención al Juzgado competente.

Los *directores* de dichos establecimientos serán los *responsables directos* de la **vigilancia, integridad física, educación, capacitación laboral y formación moral del menor *confiado a su custodia***.

También contempla que la Subsecretaría del Menor y Familia deberá instalar los establecimientos necesarios para dispensar al menor con problemas físicos o psíquicos un tratamiento adecuado, así como establecer un régimen de subsidios para menores y familias que atraviesen necesidades extraordinarias con conocimiento del Juzgado correspondiente.

CITAS:

1. Grosman; Mesterman. "Maltrato al Menor". Parte legal- Definición extraída del Código Penal. Editorial Universidad. 1992.
2. Grosman; Mesterman. Op. Cit.
3. Código de Procedimiento Penal de la Provincia de Buenos Aires.
4. Código Civil. República Argentina. Buenos Aires. Zavalía. 1997
5. Ley Nacional 23.849: "Convención Internacional sobre los Derechos del Niño"
6. Himes, James; Saltarelli, Diana. "La aplicación de la Convención sobre los Derechos del Niño: La movilización de recursos en los países de renta baja". Primera Edición. Colección Derechos. UNICEF. Buenos Aires. 1997
7. UNICEF. "Construyendo pequeñas democracias: Los alcances de la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño como instrumento para el respeto de los Derechos Civiles del niño en la familia. Colección Derechos. Buenos Aires. 1999
8. UNICEF. Op. Cit.
9. Ley Provincial 10.067: "Del Patronato de Menores".

Bibliografía:

- Bossert, Gustavo A.; Zannoni, Eduardo A. “Manual de Derecho de Familia”. 3era. Edición actualizada y ampliada. Bs. As. Editorial Astrea, 1994.
- Código Civil. República Argentina. Bs. As. Zavalía, 1997.
- Código de Procedimiento Penal de la Pcia. de Bs. As.
- Construyendo pequeñas democracias: “Los alcances de la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño como instrumento para el respeto de los derechos civiles del niño en la Familia”. Bs. As. UNICEF, Colección Derechos, 1999.
- Himes, James; Saltarelli, Diana. “La aplicación de la Convención sobre los Derechos del Niño”: La movilización de recursos en los países de renta baja. 1era. Edición. Colección Derechos, Bs. As. UNICEF, 1997.
- Ley Nacional 23.849: “Convención Internacional sobre los Derechos del Niño”.
- Ley Provincial 12.569: “Contra la Violencia Familiar”.
- Ley Provincial 10.067: “Del Patronato de Menores”.
- Mosteirín, Carmen. “Psicología Forense”. Bs. As., 1994.

Título IV

MALTRATO INFANTIL.

Aproximación Histórica.

El derecho a la vida y a la seguridad de niños y niñas no eran derechos reconocidos en la Edad Antigua, siendo el infanticidio una práctica común durante los primeros siglos de la historia de la humanidad.

Eran épocas en que los padres gozaban del poder plenipotenciario sobre sus hijos e hijas, pudiendo disponer tanto de su vida como de su muerte.

Una práctica habitual que perduró hasta el siglo IV D. C. fue el denominado Infanticidio, el cual se lo practicaba con los hijos e hijas legítimos e ilegítimos, ya sea por razones personales, familiares y/o institucionales. Es así que cualquier niño o niña que naciera diferente o que inclusive llorara mucho corría el riesgo de ser exterminado.

Durante la Edad Media al no tenerse conciencia de las necesidades y de las particularidades del proceso de crecimiento y maduración, niños y niñas no tenían un lugar reconocido en la estructura social.

La práctica mas reiterada de esta epoca fue el abandono y la venta como esclavos que atentaba directamente contra la libertad de los menores.

Es recién en el siglo XVII donde se visualizan ciertos cambios positivos en relación a la condición de niños y niñas; ya que comienza a descender la mortalidad infantil debido a dos razones, disminución del número de infanticidios e implementación de instituciones que dan respuesta a la resolución de casos de abandono infantil y orfandad.

Dos siglos mas son necesarios para que se inicien tres procesos de particular interés:

- la fundación de los primeros Hospitales Infantiles;
- la fundación de las primeras sociedades dedicadas a la crueldad contra niños;

- el estudio de los primeros casos de maltrato infantil. Por no contarse con legislación inherente a niños y niñas víctimas de malos tratos, el siglo concluye con el establecimiento del Primer Tribunal de Menores en 1899 en la ciudad de Chicago.

En 1959 la O.N.U. aprueba la Declaración de los Derechos del Niño. Al mismo tiempo pediatras reconocidos comienzan a alertar acerca de la responsabilidad que le cabe a los padres en este tipo de casos.

Alrededor de 1960, aparece el Síndrome del Niño Golpeado, se trataba de niños en mal estado de salud, que mostraban un aseo cutáneo insatisfactorio, múltiples heridas en los tejidos laxos, hematoma subdual y malnutrición.

El siglo XX y el aporte de la tecnológica permiten avanzar en el diagnóstico diferencial del maltrato infantil. Comienzan a valorarse los factores ambientales y familiares como condicionantes de los traumatismos de niños y niñas en el ámbito doméstico.

Durante las últimas tres décadas del siglo XX comienzan a identificarse las distintas modalidades de maltrato infantil.

Es en el año 1989 que la Convención Internacional de los Derechos del Niño condena a este fenómeno social. Lo cual no implica que existan respuestas acabadas y sumado a esto, no se han desarrollado reales políticas públicas para el área.

Concepto y características.

Una definición de maltrato en sentido amplio menciona que un niño, según la ley considerado como tal a todo menor de 18 años, es maltratado o abusado cuando su salud física o mental o su seguridad están en peligro, ya sea por acciones o por omisiones llevadas a cabo por el padre o la madre u otras personas responsables de su cuidado. Es así que el maltrato se produce por acción, descuido o negligencia.

Es necesario recalcar en esta definición el carácter intencional, nunca accidental, del daño o de los actos de omisión llevados a cabo por los responsables del cuidado del menor, con el propósito de lastimarlo o injurarlo.

Los factores que predisponen el Maltrato Infantil son:

- La repetición de una generación a otra de una pauta de hechos violentos, negligencia o privación física o emocional por parte de sus padres.
- El niño es considerado indigno de ser amado o es desagradable, en tanto las percepciones que los padres tienen de sus hijos no se adecuan a la realidad que los niños son, además consideran que el castigo físico es un método apropiado para “corregirlos” y llevarlos a un punto más cercano a sus expectativas.
- Es más probable que los malos tratos tengan lugar en momentos de crisis. Esto se asocia con el hecho de que muchos padres maltratantes tienen escasa capacidad de adaptarse a la vida adulta.
- En el momento conflictivo no hay líneas de comunicación con las fuentes externas de las que podrían recibir apoyo. En general estos padres tienen dificultades para pedir ayuda a otras personas, tienden a aislarse y carecen de amigos o personas de confianza.

Se puede afirmar que la interacción de estos factores al parecer incrementa el riesgo del maltrato que se produce en una familia en particular.

El ambiente es también una parte importante de la situación de maltrato potencial.

El entorno típico es de un estrés crónico, que incluye problemas de pobreza, desempleo, viviendas insuficientes, alcoholismo, etc.

La excesiva proximidad entre los niños y los padres por vivir muchos en una vivienda pequeña, contribuye a aumentar el riesgo de maltrato.

Concepto de violencia:

En palabras de Corsi J. (1995), “la violencia familiar o violencia domestica alude a todas las formas de abuso que tienen lugar en las relaciones entre los miembros de una familia. Se denomina relación de abuso a toda conducta que, por acción u omisión, ocasiona daño físico y/o psicológico a otro miembros de la familia” (1).

“El maltrato infantil se refiere a cualquier daño físico o psicológico no accidental contra un menor de 16 o 18 años (según el régimen de cada país), ocasionalmente 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 el psicológico del niño” (2).

Actualmente, la violencia familiar forma parte de las agendas del Estado existe el consenso y la convicción de que se trata de un problema de derechos humanos y de ciudadanía.

“Se esta aun en proceso de sensibilización y en lo que hace a las estrategias para su tratamiento tenemos que aceptar que nuestro país esta en una etapa rudimentaria, en vía de construcción de recursos, de dispositivos jurídicos, de salud y asistenciales, que para sostenerse deben contar necesariamente con una adecuada política social” (3).

Tipos de Maltrato Infantil.

Usualmente es raro encontrar un niño en el que el maltrato sea de un solo tipo; un niño golpeado es también maltratado emocionalmente; un niño que evidencia signos de falta de cuidado o negligencia, frecuentemente también padece maltrato físico o emocional.

Cabe señalar que existe una división en cuanto a los tipos de maltrato ya que se diferencian por ser de carácter activo o pasivo.

Dentro de los de carácter Activo encontramos el:

Maltrato Físico: comprende los actos cometidos por padres o adultos, cuidadores contra niños y niñas que le generan lesiones físicas temporarias o permanentes.

Maltrato Emocional: implica las actitudes de indiferencia, insultos, ofensas y/o desprecios producidos por los padres o cuidadores y que dañan la esfera emocional del menor.

Abuso Sexual: comprende las distintas situaciones de abuso en la esfera de lo sexual, desde lo que jurídicamente se denomina abuso hasta el cuadro límite de la violación.

Síndrome de Münchausen por poderes: ^{cuadro} cuando producido en forma premeditada por padres o adultos cuidadores por el cual someten a niños/as a exámenes médicos alegando síntomas generados por adulterar pruebas diagnósticas clínicas para que sean medicados en forma incorrecta y enfermen.

En cuanto a los de carácter Pasivo se encuentran:

Abandono Físico: comprendido por aquellas situaciones de omisión producidas por los padres o adultos cuidadores y en las cuales no se dio respuestas a las necesidades físicas básicas de niños, siendo que se podía haber respondido.

Abandono Emocional: comprende situaciones de omisión producidas por los padres o cuidadores que implican la no respuesta de los mismos a la satisfacción de las necesidades emocionales básicas de niños/as, habiéndose podido responder a las mismas.

Niños/as testigos de Violencia Doméstica: incluye aquellas situaciones en las cuales niñas y niños son testigos de escenas de violencia en el ámbito de la familia no siendo ellos protagonistas directo de las mismas, sino que solo observadores.

Mitos con respecto al Maltrato Infantil.

Es importante señalar que en relación a esta problemática existen ciertos mitos y creencias.

Entendiéndose por esto, creencias erróneas que la mayoría de la gente acepta con criterio de verdad, que operan generando un marco legitimador del uso de la violencia como pauta de resolución de conflictos.

Dentro de los considerados por la autora Graciela Tonon mencionamos los siguientes:

- “los casos de maltrato infantil intrafamiliar son escasos e infrecuentes.
- El maltrato infantil intrafamiliar se produce mas frecuentemente en familias que atraviesan situaciones de pobreza.
- Es mayor el número de casos en los cuales el agresor es el padrastro y/o madrastra, comparado con el número de casos en que el agresor es el padre y/o la madre biológicos.
- Los padres y/o madres que maltratan a sus hijos son personas que padecen cuadros psicológicos o psiquiátricos graves.
- No es posible la coexistencia del amor y del maltrato en una familia.
- Todo niño/a que haya sido víctima de maltrato, generara en el futuro actitudes maltratantes con sus hijos/as.
- El maltrato infantil intrafamiliar se produce mas frecuentemente en familias numerosas que conviven en espacios físicos reducidos”.

Estas creencias con cierta legitimidad dificultan el avance en la resolución del problema, haciéndose más difícil la generación de acciones tendientes a modificar la situación de base.

Dimensión del problema.

El maltrato infantil es un problema escondido en muchos países, debido a que no se cuenta con datos y a que el tema esta cargado de vergüenza y negación.

No obstante el maltrato infantil, es un problema en los países tanto desarrollados como en desarrollo.

Este problema se presenta a lo largo y a lo ancho de nuestro país, cualquier niño sin discriminación de edad, sexo o condición socioeconómica puede ser víctima de maltrato infantil en cualquiera de sus formas.

Hasta hace muy poco la sociedad empezó a dejar de ver la violencia familiar como algo natural, normal y sin remedio. Hoy sabemos que la violencia se enseña, se aprende, se legitima y desafortunadamente se repite.

Pero también sabemos que se puede prevenir y que es posible salir de un círculo de violencia.

Maltrato físico - emocional

Según Kempe, define como “Maltrato Físico a cualquier lesión física infringida al niño/a en ~~su~~ forma de hematomas, quemaduras, fracturas u otras lesiones, mediante pinchazos, mordeduras, golpes, torceduras u otros medios con que se lastime el niño”.

Es importante señalar el carácter intencional, nunca accidental del daño o de los actos de omisión también intencionales por parte de un progenitor o persona a cargo en interacción con el niño, con el propósito de lastimarlo o injurarlo.

El Maltrato Emocional es considerado una de las formas más sutiles pero también mas extendidas de maltrato infantil. Son niños/as habitualmente ridiculizados, insultados, regañados, o menospreciados.

Consiste en enviar mensajes y gestos o manifestar actitudes de rechazo.

La intención es humillar, avergonzar, hacer sentir insegura y mal a una persona, deteriorando su imagen y su propio valor, con lo que se daña su estado de ánimo, se disminuye su capacidad para tomar decisiones y para vivir su vida con gusto.

Si bien la ley no define al maltrato psíquico, se entiende como tal a toda aquella acción que produce un daño mental o emocional en el niño causándole perturbaciones de magnitud suficientes para afectar la dignidad, alterar su bienestar o incluso perjudicar su salud.

Signos para reconocer el maltrato.

Los daños que el maltrato produce no siempre son iguales ya que dependerá:

- De la persistencia en el tiempo,
- de la severidad del maltrato,
- de las características sociológicas del niño, en otros factores.

Advertir la existencia de una amenaza real hacia un niño no es sencillo. Si bien el maltrato no siempre deja lesiones físicas fácilmente visibles, siempre deja marcas en la conducta que nos dan indicios para sospechar que un niño esta siendo víctima de maltrato.

Signos más característicos del maltrato físico:

- Quemaduras, mordeduras, fracturas, ojos morados o dolores en el niño que aparecen bruscamente y no tienen una explicación convincente.
- Hematomas u otras marcas evidentes.

- Muestra cierto temor hacia sus padres y deseo de no permanecer en su casa.
- Temor al acercamiento o contacto de otros mayores.
- Manifiesta verbalmente haber sido golpeado en su casa.

Signos de maltrato emocional:

- El niño muestra comportamientos extremos, algunas veces una conducta que requiere llamadas de atención y otras pasividad extrema.
- Asume tanto roles o actitudes de adulto, como por ejemplo cuidar a otros niños o como otras demasiado infantiles para su edad.
- Muestra un desarrollo físico o emocional retrasado.
- Ha tenido intentos de suicidio.

Maltrato Infantil Intrafamiliar

Graciela Tonon se refiere a este concepto como “a los actos y carencias, producidas por los padres o personas encargadas de su cuidado y que dañan gravemente a niños/as, atentando contra su integridad corporal, desarrollo físico, afectivo, intelectual y moral, cuyas manifestaciones son el descuido y/o lesiones de orden físico – psíquico – sexual”.

De esta explicación teórica se desprende la existencia de tres tipos de factores que determinan al Maltrato Infantil Intrafamiliar:

- las características del cuidador,
- las características del niño/a,
- las características del entorno ambiental en que tiene lugar y se desarrolla la relación.

Según la explicación de la autora mencionada “la interacción permite concebir el cuadro como la expresión de una disfunción en el sistema: padres – niños – ambiente y no como el mero resultado de la sumatoria de rasos patológicos de personalidades individuales del niño y/o de sus padres o cuidadores o del propio estrés ambiental” (4).

El maltrato y sus consecuencias

Los niños criados en hogares donde se los maltrata suelen mostrar desordenes post-traumáticos y emocionales. Muchos experimentan sentimientos de escasa autoestima, sufren de depresión y ansiedad por lo que suelen utilizar el alcohol y otras drogas para mitigar su distress psicológico siendo la adicción al llegar la adultez, mas frecuente que la población general.

Los efectos que produce el maltrato, no cesan al pasar la niñez, mostrando en mucho de ellos dificultades para establecer una sana interrelación al llegar a la adultez.

Algunos niños sienten temor de hablar de lo que les pasa ya que piensan que nadie les creerá.

Otras veces no se dan cuenta que el maltrato a que son objeto es un comportamiento normal, y así aprenden a repetir de manera inconsciente este modelo.

La falta de un modelo familiar positivo aumenta las dificultades para establecer relaciones sanas al llegar a adulto.

Puede que no vean la verdadera raíz de sus problemas emocionales, hasta que al llegar a adultos busquen ayuda para solucionarlos.

Muchas personas no pueden cortar el ciclo del abuso, pero hay niños que poseen la capacidad de resiliencia y cuya característica les permite superar ese obstáculo. Estos niños tie-

nen la habilidad de llamar positivamente la atención de otras personas, se comunican bien y se nota en ellos un deseo por superarse y cree en si mismos.

Acciones de Tratamiento y Prevención.

✓ Tratamiento:

Según lo que expone el autor Zalba, en lo que respecta al *tratamiento*, se debe dar un primer paso que, principalmente, consiste en la **identificación**.

Verificar la real existencia de maltrato, ya sea en cualquiera de sus tipologías, para después determinarse el peligro inminente para las víctimas (niños/as y adolescentes) que conviven en un ambiente conflictivo.

En la **identificación**, se dan una serie de factores que se oponen al reconocimiento y a la denuncia de los casos de maltrato. También *se torna difícil obtener pruebas concluyentes*, por que los autores tienden a negar y desmentir sus actos, sus cónyuges los protegen y los niños, a veces, son pequeños para dar un testimonio fidedigno. Lo cual conlleva a estar frente a la inexistencia de testigos.

Sin lugar a dudas, si existe un peligro inminente, será viable pedir al orden jurídico la separación del niño/a y/o adolescente, o la del adulto maltratante de su hogar.

La separación: Si bien la seguridad física de las víctimas directas, ha de ser el principal criterio para decidir si la separación es lo correcto, deben hacerse, aún, otras consideraciones importantes. Esto alude a que puede ser que el traslado de ese niño/ña y/o adolescente tenga por consecuencia la elección de una nueva víctima propiciatoria.

El Tratamiento Individual.

Las familias, cuyos miembros sufren graves desórdenes de carácter representan el problema social más serio en nuestro país. Por lo tanto el tratamiento eficaz requiere de un largo plazo en su continuidad.

Los objetivos del tratamiento consisten en trabajar en estrecha relación con las personas, realizar ciertas funciones y/oicas por ellos, como es trazar límites de conducta, hacer juicios realistas por y con ellos, ayudarles a desarrollar su propia percepción de la realidad, marcándoles las equivocaciones y las consecuencias de sus elecciones y/o actos para con los demás.

Se pueden presentar algunos problemas terapéuticos inherentes al tratamiento protector que es bueno señalar:

1. La negación lisa y llana de la conducta distorsionada u otros problemas personales.
2. Expresión de provocación para con el profesional (trabajador social, médico, psicólogo) en forma de furia, hostilidad, descontrol.
3. Temor a las relaciones estrechas y preferencia de relaciones basadas en la autoridad.
4. Pocos sentimientos de culpa por la conducta abusiva o violenta.

Métodos grupales.

Se puede describir a muchos padres abusivos como típicamente aislados, socialmente torpes que tienden a negar sus dificultades, tienen problemas para controlar sus impulsos y conflictos con ejercer la autoridad hacia el grupo familiar.

Los niños y/o adolescentes

Si los primeros son *muy pequeños* y permanecen en el hogar, es probable que la orientación del tratamiento para ellos consista en cambiar de ambiente, ya sea por separación, por el tratamiento de los padres o por la exclusión del hogar del autor principal.

Si se trata de *jóvenes adolescentes*, se plantea un tratamiento que incluye:

- El manejo de la situación real y el logro de estabilidad ambiental.
- Ante una posible regresión y hostilidad del joven, el profesional deberá mostrar firmeza, convicción y perseverancia.
- Psicoterapia, si fuera necesaria.

Sin abandonar la idea de tratar a todo el grupo familiar en conjunto.

Es importante mencionar la labor que debe atravesar el *trabajador social* ante tales situaciones problemáticas, ya que para él significa ciertas exigencias emocionales, igual que técnicas e intelectuales.

El profesional tiene que comunicarse tanto en un nivel verbal como no verbal, enfrentarse a la complejidad de las cuestiones médicas y legales implicadas y realizar las correspondientes consultas en esos ámbitos intervinientes.

Acciones de Tratamiento y Prevención.

✓ **Prevención:**

Definimos **Prevención** como las medidas a tomar para evitar el daño o las alteraciones a seguir para que éste no aparezca.

Si prevención se trabajar desde la salud, podemos afirmar que el tema que hoy tratamos puede ser, debería ser, totalmente previsible.

Los profesionales que trabajan en prevención, saben muy bien que ésta no es cotizada como actividad laboral, sino más bien ubicada en un segundo o tercer plano. Y en muchas ocasiones no es entendida como una tarea, una función específica del hacer médico.

Ante un problema multicausal y generalizado, como lo es la violencia en el ámbito familiar, suele recaer como causa los fenómenos biopsicosociales que la circundan como la falta de reconocimiento de los derechos, los lazos familiares frágiles, las adicciones, la inequidad en las actividades de desarrollo humano. Es así como *pensar en prevención es viable, si existe un compromiso global de todos los niveles sociales.*

Dentro de los niveles sociales de implementación de la *Prevención*, aparece, en primer lugar, la *Familia* por ser el *nudo primario* por excelencia, que dentro del hogar promueve un microambiente de evolución, de protección, de aprendizaje.

Por lo cual apunta a poder desarrollar las destrezas (roles y funciones paternas, seguridad y autoestima que desarrollan los niños, así como la manera en que defienden sus derechos) personales de cada uno de los integrantes de la familia, en pro de su mayor seguridad y menor vulnerabilidad.

El segundo nivel le corresponde a la *Comunidad* por ser el ambiente de inserción y desarrollo del niño y su familia para que realmente estos espacios sean seguros, que se constituyan en *Redes Sociales eficientes conformando una red comunitaria activa.*

La *institución educativa* se torna fundamental ya que detecta y contiene al niño y/o adolescente, víctima de maltrato físico u otras modalidades.

Hablar de prevención es incluir como meta el mejoramiento de los estilos de vida y lograr estilos de vida saludables, pero esto se logra cuando la población cuenta con los conocimientos necesarios, se le ofrecen oportunidades para lograrlos y los individuos demuestran la voluntad de obtenerlos.

Pero, también debe quedar en claro que *el trabajo en prevención debe ser interdisciplinario e intersectorial*, porque se requiere de variadas estrategias y conocimientos de distintas disciplinas y el compromiso de las distintas instituciones de la comunidad.

Los pacientes que vemos en la *adolescencia*, *vienen siendo en general, maltratados y/o abusados desde la infancia*, con lo cual se observa que *la atención llega muy tarde* y es por ello la importancia de la prevención. Tal vez, lo más duro es saber que en algún momento un adulto pudo evitar una situación de maltrato, pero por uno u otro motivo no lo hizo.

Por esto, *la importancia* de abordar la problemática desde *equipos multidisciplinarios* y conocedores de la temática y de las acciones que se deben llevar a cabo. Además, es bien fundamental el diagnóstico clínico de la afección y el posterior tratamiento psicológico del afectado y de su familia, *el accionar del trabajador social es el eje* par lograr una acción eficaz y un seguimiento oportuno del paciente.

Las *políticas del sector Salud* destinadas al *adolescente* deben estar articuladas con las diferentes políticas generales de juventud y con las correspondientes edades de los mismos.

Teniendo en cuenta el concepto de Salud Integral del Adolescente (Organización Panamericana de la Salud. Ministerio de Salud. 1992), éste hace referencia a la amplitud con que debe abordarse su atención, prestando relevancia los factores derivados de su crecimiento y desarrollo, los ambientes físicos y culturales de la *familia*, la escuela, la calle, estilos de vida a veces generadores de conductas de riesgo.

Este enfoque privilegia, ante todo, la preservación de la Salud, estimulando la detección de riesgos o factores protectores. Es significativo por su aplicación la salud de los *adolescentes*, cuyas necesidades son especialmente de la esfera psicosocial.

Por otro lado, a pesar de que la *adolescencia y juventud* son etapas sanas por las que cada uno de nosotros atraviesa, se presentan ciertas dificultades para un desarrollo integral

pleno, como es, en este caso, la vulneración de derechos inherentes a la persona que atentan directamente contra la vida y la estructura psíquica-emocional.

La conceptualización de Salud Integral del Adolescente constituye, de este modo, un adecuado marco ideológico para la formulación de políticas destinadas a **promover** su salud, **estimular** el autocuidado, **favorecer** conductas libres de riesgo y **controlar** los problemas más frecuentes, con un enfoque interserctorial y participativo.

Protección integral de la infancia.

Aún hoy en Argentina, las leyes de protección a los niños/ñas y adolescentes responden a la doctrina de la situación irregular, la cual coloca a la infancia como objeto pasivo de la intervención del Estado sin derecho a expresar su opinión e intereses.

Fue a partir de la sanción de la Convención Internacional de los Derechos del Niño por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1989, la que permitía superar totalmente la posición antes mencionada.

Este instrumento jurídico coloca a la *niñez y adolescencia* como *sujetos* plenos de derechos, para así, promover lo que ha dado en llamar **LA DOCTRINA DE LA PROTECCION INTEGRAL** (Convención Internacional sobre los Derechos de Niño. Reglas Mínimas de las Naciones Unidas para la Administración de la Justicia de Menores. Reglas de Beijing. UNICEF).

Si bien, en el año 1990 se sancionó en nuestro país la *Convención sobre los Derechos del Niño* con fuerza de ley de la Nación, y en 1994 se la *incorporó al Art. 75 de la Constitución Nacional*, la legislación *sigue rigiéndose* por leyes específicas que se encuadran en la *doctrina de la situación irregular*, contradiciéndose, de ese modo, con los principio de la Convención.

Para conocer como es hoy el escenario que encuadra ambas doctrinas, se presentan a continuación dos líneas de acción diferentes: La primera es la que *está vigente*, y la segunda la que *debería implementarse* como norma ideal.

1º. Doctrina de la Situación Irregular	2º. Doctrina de la Protección Integral
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sólo contempla a los niños/ñas y adolescentes más vulnerables, a quienes etiqueta con el término "<i>menor</i>" e intenta dar una solución a la situación crítica que atraviesan mediante una respuesta puramente judicial. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La <i>infancia</i> es una sola y su protección se expresa en la exigencia de formulación de políticas básicas universales para todos los niños.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ El niño al que van dirigidas estas leyes, más bien es <i>objeto de abordaje</i> por parte de la justicia, que titular de derechos. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ El niño, más allá de su realidad económica-social, es <i>sujeto de derechos</i>, y el respeto por los mismos debe estar garantizado por el Estado.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ El Juez interviene cuando considera que existe "<i>peligro material o moral</i>", dando lugar, esto, a disponer del niño para tomar la <i>medida que crea conveniente</i>, en un <i>tiempo indeterminado</i>. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ El Juez sólo interviene cuando se trata de problemas jurídicos o conflictos con la Ley Penal, <i>no puede tomar cualquier medida</i> y si lo hace debe tener <i>duración determinada</i>.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ El Estado interviene frente a los problemas económico-sociales que atraviesa el niño a través del <i>Patronato</i>, ejercido por el Sistema Judicial como un patrón que dispone de su vida. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ El Estado no es patrón sino <i>promotor del bienestar</i> de los niños. Interviene a través de políticas sociales asistenciales básicas (educación/salud) o de protección especial, planificadas con participación de los niños y la comunidad.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ El Sistema Judicial trata los problemas asistenciales y jurídicos, civiles o penales, a través de la figura del Juez de Menores 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ El Sistema Judicial trata los problemas jurídicos en instancias civiles y penales. Los temas asistenciales son tratados por Organos descentralizados a nivel local, con participación del Estado, las ONGS, Iglesias, la comunidad y los jóvenes.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Considerar "<i>abandono</i>" no sólo la falta de padres, sino también situaciones generadas por la pobreza del grupo familiar, pudiendo separarse el niño del mismo 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La situación económica-social nunca puede dar lugar a la separación del niño de su familia, sino debe ser en <i>alerta</i> para promover apoyo a la misma.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ El Juez puede resolver el destino del niño en dificultades, <i>sin oírlo</i> y sin tener en cuenta la voluntad de sus padres. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ El niño en dificultades no es competencia de la Justicia. Los Organismos encargados de la protección especial están obligados a <i>oír al niño</i> y a sus padres para incluir a todos en programas de apoyo
<ul style="list-style-type: none"> ▪ El niño que cometió un delito no es oído y no tiene derecho a la defensa. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ El Juez tiene la obligación de oír al niño autor de delito, con el derecho a tener un defensor y un debido proceso.

<ul style="list-style-type: none"> ▪ El Juez puede tomar <i>la medida que le parezca</i> (por lo general, es la internación) y por <i>tiempo indeterminado</i>, aún cuando no la llame <i>pena</i>. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ El Juez aplica <i>medidas alternativas</i> de acuerdo a la gravedad del delito, diferentes a la internación, en obligación de reparar el daño con una <i>revisión periódica</i> y en tiempo determinado
<ul style="list-style-type: none"> ▪ El niño que ha sido <i>autor de un delito</i> o el que ha sido <i>víctima</i> del mismo, reciben el <i>mismo trato</i>. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ El niño que ha sido <i>víctima</i> de un delito, <i>no</i> puede ser objeto de <i>tratamiento judicial</i>. La Justicia no puede victimizar a la víctima sino <i>tomar medidas sobre el victimario</i>.

A manera de conclusión, podemos decir que:

- Para la *Doctrina de la Situación Irregular*, las leyes de protección de los niños por parte del Estado, sólo plantean su protección a través de la regulación de las Organismos Judiciales (Juzgado de Menores – Area Minoridad).
- En cambio, para la *Doctrina de la Protección Integral*, el Sistema Judicial existe para dirimir problemas de carácter estrictamente jurídico. A su vez, rescata a través de las leyes, la verdadera protección de los niños con políticas sociales y mecanismos de exigibilidad de derechos. Mientras que, al Estado le compete adoptar un rol promotor de políticas de bienestar, si tiene en claro que: *“La infancia es una sola y su protección se expresa en la exigencia de formulación de políticas básica universales para todos los niños”*.

CITAS:

1. Corsi, Jorge. 1995. "Algunas cuestiones básicas sobre Violencia Familiar". Revista Derechos de Familia.
2. Teubal, Ruth y colaboradores. "Violencia Familiar, Trabajo Social e Instituciones". B. As. 1ra Edición. Editorial Paidós. 2001
3. Teubal, Ruth. Op. Cit.
4. Tonon, Graciela. "Maltrato Infantil Intrafamiliar: Una propuesta de intervención". Bs. As. 1ra edición. Ed. Espacio. 2001.

Bibliografía:

- Borinsky, Ricardo. “Violencia Familiar y delitos sexuales”. Mar del Plata, 1993.
- Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. Vol. 114, Nº 5, 1993/ Vol.119, Nº6, 1995/ Vol.120, Nº 3, 1996/ Vol.121, Nº 2, 1996.
- Cantón Duarte, José; Cortés Arboleda, Rosario. “Malos tratos y abuso sexual infantil”. Causas, consecuencias e intervención. Siglo veintiuno de España Editores S.A., 1997.
- Dubaniewicz, Ana María. “Abandono de Menores”: Historia y problemática de las Instituciones de protección. Bs. As. Editorial Edigraf, 1997.
- El Foro de Proamba. Proyecto de cooperación internacional entre la Unión Europea y el gobierno argentino. Defensorías. Año III, Nº 7, 2001.
- Grosman; Mesterman. “Maltrato al Menor”. Editorial Universidad, 1992.
- Grosman; Mesterman. “Violencia en la Familia”. Editorial Universidad, 1992.
- Saunier, Roberto. “El maltrato no tiene padre”. 1993.
- Silver; Munist; Maddaleno; Ojeda. “Manual de Medicina de la Adolescencia”. Serie Paltex para ejecutores de Programas de Salud. Nº 20, OPS, 1992.
- Tesone, Juan Eduardo. “En torno al niño maltratado físicamente”.
- Teubal, Ruth y colaboradores. “Violencia Familiar, Trabajo Social e Instituciones”. Bs. As. 1ra Edición. Editorial Paidós. 2001.
- Tonon, Graciela. “Maltrato Infantil Intra-familiar”: Una propuesta de intervención. Bs. As. 1era. Edición. Editorial Espacio, 2001.
- Zalba Serapio, Richard. “El niño maltratado”. Editorial Humanitas, 1986.
- Wong, Donna. “Enfermería Pediátrica”. 4ta. Edición. Madrid. Mosby Doyma Libros S.A., 1995.

Título V

APORTES Y CONSIDERACIONES DEL TRABAJO SOCIAL.

¿Qué es el Trabajo Social?

Comprendemos que este es una forma de acción social que se realiza con el propósito de dar respuesta a determinadas problemática sociales que los sujetos afectados no pueden real o supuestamente afrontar o superar por si mismos.

El Trabajo Social se fundamenta en el aporte de las ciencias y el método científico, es una forma de intervención social con un fundamento científico. Por lo tanto, es lo que se denomina una praxis social.

“El Trabajo Social como profesión proporciona cinco argumentos principales:

- Competencia especial, adquirida por medio de una preparación específica que desarrolla destrezas y habilidades técnicas.
- Técnicas propias capaces de ser transmitidas por medio de una formación especializada que permite aplicar conocimientos y destrezas adquiridos por el aprendizaje académico.
- Personas que llevan a la práctica tales conocimientos y técnicas, constituyendo un cuerpo profesional, organizado en asociaciones profesionales para defender sus intereses promover una mayor calidad de vida propia de la profesión.
- Preocupación por el mejoramiento de la competencia profesional a través de las propias asociaciones facilitan a sus miembros una especialización cada vez mayor”.
- Sentido de responsabilidad personal del profesional frente a los otros miembros de su profesión” (1).

La práctica de trabajo social consiste en:

- Ayudar a la gente a obtener servicios tangibles y concretos;
- Asesorar, orientar y aconsejar individuos, familias y grupos;
- Identificar situaciones- problema;
- Planificar actividades;
- Movilizar recursos humanos e institucionales;
- Ejecutar y evaluar problemas, proyectos y actividades para que grupos y comunidades mejoren su situación social.

La competencia profesional propia del trabajo social requiere de:

Conocimientos teóricos que proporcionan las ciencias sociales y humanas.

Habilidades técnico operativas para actuar en áreas y sectores que se consideran propios de este campo profesional.

Cualidades humanas que exige el trabajo con la gente.

El trabajo social se apoya en principios o valores propios del trabajador social y en una ética de actuación profesional.

Objeto específico del trabajo social

Es característica de toda ciencia, la construcción de su objeto y con ello, el desarrollo de su método y cierta demarcación de su campo.

El Trabajo Social sabe que no se relaciona con una parte del hombre, sino con una unidad. Se pretende un enfoque específico sobre el todo.

“Esta dimensión del hombre como ser pensante en debate con sus circunstancias constituye el objeto específico del trabajo social. El objeto es la unidad consciente y actuante del ser persona” (2).

Es el objeto mismo el que solicita la multidisciplina; con una cooperación entre las distintas disciplinas en la que cada una de ellas debe dominar su perspectiva específica.

El Trabajo Social no considera que sea fácil superar problemas sociales, pero se basa en la hipótesis de que para lograrlo depende de la movilización y desarrollo de las capacidades inteligentes del sujeto como persona.

Principios básicos de la actuación profesional

En cuanto a los principios del trabajador social se hace referencia a los “valores del Trabajo Social” y en algunas circunstancias a la filosofía del trabajo social. Se trata de proposiciones directrices que proporcionan orientación o direccionalidad a la acción.

Cuando se habla de principios a nivel filosófico se hace referencia a valores (aquello que es objeto de adhesión colectiva y forma parte de un marco referencial de ideas en cuanto pautas, normas o imágenes que condicionan nuestros comportamientos y maneras de actuar).

Los valores que orientan al trabajo social aluden a finalidades últimas que se consideran dignas de alcanzar; como por ejemplo el respeto a la persona humana, a la participación a la autodeterminación, a la igualdad y el respeto a valores y a pautas culturales.

El documento de Araxa de 1967 habla de los siguientes principios básicos de la metodología de la práctica profesional del servicio social:

- “Estimulo al ejercicio de la libre elección y de la responsabilidad en las decisiones.
- Respeto a los valores, patrones y pautas culturales.
- Oportunidad de cambio en el sentido de autodeterminación y del crecimiento del individuo, del grupo, de la comunidad y de las poblaciones.
- Actuación dentro de una perspectiva de globalidad en la realidad social” (3).

Vínculo profesional.

El vínculo se desarrolla como proceso, cuando se comienza una intervención se comienza un vínculo. Nos vemos involucrados en el otro desde que el otro dice, no desde lo que yo creo. Metodológicamente involucrarse tiene que ver con el objeto específico; cuando empiezo a intervenir en un caso, voy descubriendo subjetividades, empiezo a conocer al otro.

Para lograr la identificación y la empatía debe existir una confianza básica en el trabajo social que prime para poder confiar en el otro, y así, se construye el nivel de certidumbre con el otro en el proceso de intervención. Así se va fortaleciendo el vínculo con el otro sin una identificación y el logro de empatía, no puedo ayudar al otro.

A través de la identificación logro comprenderla dificultad capital del problema, todo mediado por el proceso de comunicación, por medio de la entrevista, el lenguaje y el entendimiento con el otro.

Lo esencial es el contacto directo con la gente, compartiendo, escuchando, aprendiendo.

El diálogo auténtico presume una actitud existencial un estilo de vida, el cual, es uno de los ingredientes principales.

Se debe para ello tener un profundo amor por el mundo y los hombres, así como también humildad, fe en los hombres, confianza y esperanza.

La relación de ayuda.

En la relación de ayuda vamos a utilizar procesos de comunicación y procesos interaccionales para producir cambios en el pensamiento, sentimientos, acciones, etc.

El Servicio Social se centra en esta relación de ayuda, lo cual provoca:

- Ansiedad; “compromiso recíproco” ya que siempre voy a dar sí el otro está de acuerdo.

- “Afecto”, nunca voy a poner distancia con la persona con la que estoy trabajando. Ya que en la relación de ayuda se manifiesta la “persona total” con sus aspectos biológicos, psicológicos y espirituales.

Debemos ayudar a “promover el aprendizaje” de elementos constructivos pero la decisión esta en el otro por su libertad de elección.

La ayuda tiene lugar por “consentimiento mutuo” o sea confianza mutua.

La relación de ayuda es una “situación estructurada”, ambos participantes introducen en la relación la experiencia total de sus vidas. Se caracteriza por el “esfuerzo cooperativo”. El objeto de la relación es el “cambio” de actitud.

En esta relación se pone en acción la capacidad de comprender, sostener y contener el dolor emocional.

Valores, objetivos y conceptos

Vamos a considerar brevemente los valores, objetivos y conceptos principales de la profesión.

“En cuanto a los valores estos se refieren a una concepción determinada sobre el hombre y sobre la sociedad. Con relación al hombre lo desea en el goce pleno de sus derechos, desarrollando en la medida máxima que sus capacidades le permitan, viviendo en un clima cooperativo y solidario” (4). En cuanto a la sociedad básicamente justa dando a todos sus miembros las mismas posibilidades en el punto de partida, con las diferencias en el punto de llegada que tengan solo que ver con capacidades intrínsecas y esfuerzos realizados.

“Vendría a ser un hombre verdaderamente libre y una sociedad democrática en los político, social y económico” (5).

Con respecto a los objetivos o finalidades el autor Gordon Hamilton menciona dos finalidades primordiales: “el bienestar económico (condiciones de vida higiénica y decorosa) y relaciones sociales satisfactorias” (6).

En cuanto a los conceptos entendemos que el servicio social solo puede ser eficaz en la medida que comprende a fondo las situaciones que enfrenta y las aprecia tal cual son, distinguiendo tales condiciones que el hombre precisa para desarrollarse, según su modo personal o culturalmente condicionado de concebir esa felicidad, de aquellas otras que realmente se dan en lugares y momentos específicos que le toca enfrentar.

Objetivos del Trabajo Social

Los seres humanos en sus prácticas sociales actúan sobre el mundo, y en su actuar parten de lo que hay, de lo existente y lo hacen para mantener lo dado, para mejorarlo o para transformarlo profundamente.

“La metodología de actuación del Trabajo Social es básicamente una forma de acción social con la comunidad, que tiene por finalidad transformar el orden social existente, con la participación activa de la misma gente y de acuerdo a sus necesidades, problemas y centros de interés” (7).

Objetivos tácticos del Trabajo Social

Dentro de este marco se encuentra las tres modalidades operativas del Trabajo Social:

- La acción asistencial, en la que se procura satisfacer necesidades y resolver problemas asistiendo a quienes sufren una situación de marginalidad o de carencias básicas dentro de la sociedad.

- La acción rehabilitadora por la que se procura la reinserción social de las personas afectadas, aprovechando las potencialidades existentes en individuos, grupos y comunidades.
- La acción preventiva por lo que se tiende a actuar sobre causas inmediatas o génesis de los problemas específicos. Toda acción preventiva debe actuar en dos direcciones: una que es la actuación sobre los sujetos y otra que es la actuación sobre la sociedad.

Funciones del Trabajo Social

Entendidas las funciones, como la acción y el ejercicio propio de este campo profesional, estas podrían clasificarse en dos categorías:

- Funciones compartidas: las cuales también las realizan otros profesionales en el tratamiento de una misma situación. Estas funciones son de dos tipos:
 - implementador de políticas sociales;
 - educador social informal y animador – promotor.
- Funciones específicas: estas tienen en cuenta lo que se hace y no tanto lo que se ha dicho o escrito acerca de lo que se debería hacer. Estas son:
 - Consultor, asesor, orientador, consejero social,
 - Proveedor de servicios sociales
 - Informador, agente de remisión de recursos y servicios
 - Gestor, intermediario entre usuarios e instituciones entre recursos y necesidades
 - Investigador de situaciones problema y recursos

- Planificador, programador de tratamientos, intervenciones y proyectos sociales para mejorar la calidad de vida
- Administrador de programas y servicios sociales
- Movilizador de recursos humanos, institucionales, técnicos, materiales y financieros
- Ejecutor de programas, proyectos sociales y actividades de atención, ayuda y apoyo
- Evaluador de necesidades, servicios y programas y de su propia intervención social.
- Reformador de instituciones, activista social
- Educador social informal
- Animador, facilitador, movilizador, concientizador.

Para el desarrollo- realización de estas funciones, los trabajadores sociales llevan a cabo un conjunto de tareas y desempeñan una serie de roles. El autor Ander Egg habla de roles profesionales haciendo referencia a “aquellos comportamientos, pautas y normas de actuación que desempeñan quienes ejercen una determinada profesión, en cada una de las situaciones específicas en que realizan las tareas propias de su ámbito de actuación” (8).

El ejercicio profesional.

Existen tres rasgos comunes o características más peculiares del ejercicio profesional del asistente social, dichos rasgos podrían considerarse como los puntales universales de la metodología:

Confianza en la comunicación racional: Entre individuo y grupos y el uso profesional de la relación con individuos, grupos y comunidades. La base del tratamiento es el dialogo amplio, profundo y clarificador sobre los problemas y situaciones.

Se trata de comprender el hecho mismo de las discrepancias y las diferencias que se halla manifestado.

Toma de consciencia o concientización: Aquí la labor de la asistente social será siempre la de facilitar una comprensión realista de situaciones, sus causas y sus posibles soluciones. La toma de consciencia implica la aceptación de las propias limitaciones y la búsqueda de soluciones factibles en el momento.

Participación social: Para el servicio social, ni el ser humano ni la sociedad pueden desarrollarse adecuadamente, sino existe una madura participación social.

El principio de participación social esta vigente cuando cada persona tiene el derecho efectivo de elegir y ser elegido en lo que tiene que ver con los asuntos de su medio, su comunidad o su país, su trabajo, su institución y tiene el derecho primerísimo de elegir su propia vida.

Incumbencias profesionales.

- Investigar, diagnosticar tratar situaciones sociales problema, a nivel individual, grupal y comunitario, con el fin de ejercer una terapia modificadora o una acción preventiva con la participación activa del co-sujeto de acción.
- Identificar y definir los problemas sociales existentes en la comunidad, teniendo en cuenta los factores estructurales que los generan y contribuyendo a la formulación de políticas sociales coherentes con el medio.

- Elaborar, ejecutar y evaluar planes, programas y proyectos tendientes a la prevención de problemas sociales y a la promoción del crecimiento y desarrollo social con metodología y técnicas científicamente acreditadas.
- Planificar, ejecutar, evaluar y supervisar acciones directas e relación con centros y servicios asistenciales específicos.
- Organizar y administrar servicios sociales, asistenciales y de protección, públicos y/o privados.
- Conducir procesos educativos, individuales o grupales, tendientes a promover en las personas, grupos, instituciones y comunidades el desarrollo de conductas que les permitan participar activamente en la obtención de su bienestar.
- Prestar asesoramiento y asistencia técnica en materia de acción social a nivel institucional y/o privado.
- Intervenir en las actuaciones periciales correspondientes a su campo profesional, informando sobre modos de vida, recursos, necesidades, conflictos y problemas individuales, grupales y comunitarios.

Metodología de Intervención.

Es erróneo pretender definir la metodología básica específica de una ciencia aplicada, en este caso el trabajo social; refiriéndose meramente a las exigencias metodológicas de cualquier ciencia aplicada. La respuesta a la cuestión de la metodología básica atañe estrictamente: en primer lugar a la forma en la cual define su objeto y a los fines que persigue; y mas sustancialmente, a la modalidad específica en la cual se relaciona con su objeto, para lograr los fines que se propone.

Los fines últimos perseguidos por la acción profesional están suficientemente caracterizados por el sistema de valores universalistas y solidarios que orientan a la profesión. En cuanto a la definición del objeto, la formulación tal vez mas abarcativa es la del hombre (individuo, grupo o comunidad) en debate con sus circunstancias (mediatas o inmediatas).

Es decir, que el objeto mismo seria esa tensión dialéctica entre las necesidades e iniciativas humanas y las posibilidades, recursos y trabas de la realidad circundante. El objeto del trabajo social incluye al sujeto humano como principio activo y capaz de poner en obra sus potencialidades inteligentes.

“En lo que corresponde mas directamente a la metodología básica, es decir a la forma en la cual se relaciona con su objeto, el trabajo social se caracteriza por buscar la resolución de problemas y la transformación de situaciones sociales, basándose en una relación dialógica con los sujetos implicado” (9).

“El carácter transformador de esta comunicación, consiste en el examen racional participativo de los condicionamientos externos que gravitan sobre la situación de los recursos y capacidades” (10). El análisis crítico racional realizado en forma dialógica y participativa, constituye el núcleo central metodológico del servicio social profesional.

El trabajo social debe basarse en la promoción de vínculos conscientes entre las personas y grupos sociales, indicándose la existencia de desviaciones frente a este criterio. Es en el hablar, en el análisis crítico y consciente, que los vínculos vividos se hacen más amplios y libres.

“El primer paso que hay que dar en ayuda del cliente consiste en capacitarlo para expresar su problema, los hechos de importancia situacional o emocional. Al mismo tiempo, o a continuación se le capacita para reflexionar sobre ello, es decir, se le ayuda para que trate de comprender en que consiste su problema. en cada caso al trabajo social le corresponde su pro-

pia tarea específica de resolución de problemas: determinar cual puede ser mas útil a su cliente” (11).

Lo que da forma a la tarea de resolución de problemas es el pensamiento reflexivo.

El trabajo social se basa en premisas, sin las cuales sus métodos y fines carecerían de significado.

Estos axiomas son:

- “El mejoramiento del hombre como meta de toda sociedad.
- A medida que se logran desarrollar los recursos económicos y culturales de un grupo social, el estándar de vida mejorara progresivamente.
- La educación que tiende a elevar el nivel físico y mental y el bienestar de la gente debe ser ampliamente promovido.
- El lazo social entre hombre y hombre debe conducir a la realización del viejo ideal de una hermandad universal” (12).

El “Hacer” y el “Cómo Hacer” en Trabajo Social

Se define a la intervención como un “querer actuar”, intervenir en un asunto significa tomar parte voluntariamente, convertirse en mediador.

La manera de hacer es tan importante como el contenido de lo que se hace. Mas aún, a nivel del “cómo hacer” se inscriben profundamente los valores ideológicos vehiculizados por el trabajador social y la calidad de la relación que establece con el asistido.

El “cómo hacer” pertenece al orden del arte, de la creación individual, no puede ser definido, medido o codificado.

El cómo es sentido de una manera significativa, se convierte en una parte del contenido. Separar lo que se hace de la manera cómo se hace solo es posible con una finalidad de análisis.

El trabajador social está constantemente a la búsqueda de nuevas relaciones entre lo que sabe, lo que hace y cómo lo hace.

La Comunicación Racional.

La metodología o forma específica mediante la cual el Trabajo Social se relaciona con su objeto es la de la comunicación racional; esta es la única vía adecuada para comprender al semejante, sus circunstancias y al mundo que compartimos con él. Este análisis crítico racional realizado en forma dialógica y participativa constituye el núcleo central metodológico del Trabajo Social.

Una de las funciones más específicas del asistente social es la de reflexionar con el sujeto sobre la pertinencia en la interpretación de sus necesidades como demandante unida al examen de los recursos comunitarios disponibles. La función del Servicio Social excede el marco de los recursos, como en esferas de educación moral y social. Se toma a la comunicación racional como una capacidad humana apta para la elaboración de sus posibilidades vitales y para la construcción de una comunidad deseada; se toma como un valor supremo de la existencia individual y colectiva.

La comunicación racional representa la forma de establecer el vínculo profesional con los sujetos de la situación específica. El vínculo se plantea en términos de conocimiento, para comprender las situaciones objeto de intervención. Lo que une al sujeto con el objeto es la búsqueda de la objetividad del conocimiento.

Perfil profesional.

El Licenciado en Servicio Social es capaz de:

- Comprender los principales enfoques teóricos de las ciencias sociales, a fin de interpretar la incidencia de los factores socioeconómicos y culturales, en su problemática específica.
- Integrar en un quehacer metodológico sistematizado, de base científica, la diversidad de conocimientos provenientes de las ciencias sociales, a fin de lograr una adecuada intervención en la realidad social.
- Descubrir y desarrollar las potencialidades de los individuos, grupos y comunidades hacia quienes está orientado su desempeño profesional, considerando a la educación como principal herramienta de trabajo, para adaptar, modificar o prevenir las circunstancias problematizadas.
- Seleccionar adecuadamente los métodos y técnicas de intervención en el campo social sobre la base del conocimiento de los procedimientos propios de la investigación social, el planeamiento y la administración.
- Investigar y sistematizar científicamente el conocimiento profesional realizando aportes al desarrollo y enriquecimiento del quehacer específico.
- Valorar a la persona asistida, como sujeto responsable de su propia transformación ubicada en un contexto sociocultural dentro del cual actúa y se desarrolla en interacción permanente.

Caso Social Individual.

La autora Mary Richmond define el caso social como “un tratamiento prolongado e intensivo que desarrolla la personalidad reajustando consciente e individualmente al hombre a su medio social” (13).

El objetivo del Trabajo Social es “educar a través de un programa de participación que permita al cliente compartir con el trabajador social la responsabilidad de las decisiones a tomar; educa democráticamente” (14).

La individualidad es el carácter único de un ser viviente, hecho que el es diferente de las otras criaturas de su especie y del resto de la naturaleza. Esta individualidad del hombre permanece inmutable.

En cuanto a la personalidad es todo aquello que es innato, todo lo que el hombre adquiere con su educación, por su experiencia y por sus relaciones con sus semejantes. Es nuestra personalidad la que nos une con otros hombres.

El trabajador social intenta comprender a las personas, con la influencia de su medio social. El Servicio Social de casos se ocupa de establecer mejores relaciones sociales, tratando los individuos no por uno.

Importancia de la Entrevista en Trabajo Social.

La entrevista del Trabajo Social tiene que ver con el contenido del trabajo social, estas son proyectadas para alcanzar objetivos en ese campo y se desenvuelven en escenarios comunes al mismo.

Al trabajador social le preocupa la gente en el desempeño de sus papeles sociales y en sus relaciones con las instituciones sociales. Relación de la gente y su ambiente social.

La entrevista es una conversación con un propósito deliberado mutuamente aceptado por los participantes.

Los propósitos de dicha entrevista pueden ser: Informativos, para hacer un estudio social. De Diagnóstico para llegar a una evaluación. Y Terapéutico, para realizar un cambio de actitudes, sentimientos o conductas.

La entrevista en Servicio Social se vincula directamente con la especificidad profesional, su objeto propio, su método y la relación que establece con el sujeto. El paradigma y el modelo diferencian la entrevista en servicio social de otras entrevistas de otros profesionales.

Intervención en Red.

Esta metodología de intervención que surge fuera de la profesión de servicio social, es difundida a partir de la década del cincuenta como un método eficaz para los gobiernos y para las comunidades que ven mejorar sus condiciones materiales de vida, aunque no arribar a condiciones de mayor desarrollo y transformación real.

Este tipo de intervención de Trabajo Social puede facilitar el surgimiento de valores comunes que se encontraban latentes entre los sujetos actuantes, y la elaboración de un discurso colectivo.

La construcción del sujeto por la interacción comunicativa y relacional posibilita el fortalecimiento de su rol como ciudadano, desarrollando sus potencialidades.

“La introducción de la metáfora de redes sociales, no constituye solamente la nominación de un espacio de intervención habitual para el asistente social, sino también una clave de lectura para estos reservorios de socialización, frente a las dificultades emergentes de la complejidad e incertidumbre de la vida actual” (15).

Es la red la que realizara el trabajo que se proponga y el asistente social constituye en esta situación una guía relacional, que no puede suplir la toma de decisiones.

Reconocida la complejidad social, ningún sector por si solo puede dar respuesta integral a las necesidades del hombre.

Los motores del proceso se hallan presentes, con su carga positiva y negativa en la dinámica propia de la red, la intervención posibilitará que a lo largo de la misma tengan lugar una serie de pasajes, que les permitirán la red transitar “de lo individual a lo colectivo y de la dependencia a la autonomía” (16). (C. Brodeur 1996)

El asistente social es el agente que debe cooperar con la red en la elaboración y plasmación de la tendencia socializadora, mediante la reflexión y el diálogo.

TRABAJO SOCIAL Y SALUD

La violencia como problema de salud:

“La violencia deteriora la salud dado que las víctimas de ella tienen mayores posibilidades de adoptar conductas que pueden vulnerabilizarlas, como incurrir en adicción al alcohol o las drogas, practicar el sexo sin protección y ejercer la prostitución. Cabe destacar que es muy alta la posibilidad de revictimización, es decir, de que las víctimas vuelvan a establecer un vínculo violento en la edad adulta” (17).

El sistema de salud: lugar estratégico para detectar la problemática:

En distintas fuentes se ha señalado que “las mujeres que no han podido ayudar a las instituciones específicas en la atención de la violencia familiar, si pueden llegar a admitir el abuso que padecen cuando son entrevistadas por trabajadores de la salud en general. Y si se realiza una entrevista apropiada se puede contribuir a que la víctima de maltrato visualice el riesgo al que esta expuesto” (18).

Esta afirmación puede hacerse extensiva al responsable cuidador o figura protectora cuando la víctima es un niño.

Es importante que los trabajadores de la salud estén enterados en el manejo de la problemática tanto para la detección como para evitar la victimización secundaria que puede hacer que la persona no vuelva a solicitar asistencia.

El Trabajo Social como disciplina y el Trabajador Social como profesional, evidencian una histórica asociación con el Sistema Sanitario y con el cuidado de la SALUD.

El profesional conocedor del valor que la SALUD representa, desarrolla su acción en interdisciplina pero con un recorte: La Acción y la Promoción. Por esto es reconocido y valorado como integrante del equipo de salud.

En nuestro país, el Sistema de Salud está integrado por tres subsectores que responden al Público – Privado y de Obras Sociales. El Sistema Público es el responsable de garantizar el cuidado de la salud y a su vez está compuesto por efectores de distinta complejidad, tales como Municipales – Provinciales y Nacionales.

En Argentina, desde 1946 en adelante, se pusieron en marcha políticas sanitarias que tendieron a asistir, promover, proteger y prevenir la salud de la población y se mantuvo esa línea hasta la década de 1970, período a partir del cual comenzó a hacerse evidente la fragmentación y el traspaso de recursos de un subsector a otro, en perjuicio del público, limitando la accesibilidad al Sistema Sanitario de parte de la población.

En los años 80, el achicamiento del Estado, produjo serias transformaciones en las políticas públicas argentinas desembocando en cuatro puntos claves a tener en cuenta:

- 1- “Descentralizaciones de efectores de alta y baja complejidad sin una reorganización normativa y programática que equilibre complejidad.
- 2- Privatización de efectores públicos y arancelamiento.

- 3- Fragilización de los sectores privado y de obras sociales.
- 4- Predominio de programas orientados y financiados por Organismos Internacionales, localizados hacia población vulnerable o en riesgo” (19).

La Salud como un fenómeno social.

Para plantear el tema Trabajo Social y Salud, es necesario partir de un concepto de Salud Integral definido por OPS, ya que incorpora al “completo estado de bienestar bio-psico-social”, factores culturales relacionados con la realidad histórica social.

Por lo tanto lo plantea como *“el hecho social, producto de una circunstancia política, económica, cultural y social, que se da en una población, en un determinado tiempo y lugar”* (20).

La salud es un fenómeno de la realidad social en la cual se encuentra inmerso el HOMBRE como sujeto de derechos, entre los más importantes está el “derecho a la Salud”. Es competencia del Trabajador Social, la estimulación y capacitación para el ejercicio de este derecho, en función de una adecuada participación y ejercicio de ciudadanía.

Y por otro lado, es a partir de un Estado Garante que podrán plantearse articulaciones intersectoriales y temáticas constructoras de derechos. Ello implica la necesaria y eficiente inversión de recursos para definición y ejecución de políticas que consientan el DERECHO A LA SALUD como reivindicación ciudadana.

El Trabajador Social tiene como labor la de facilitar una comprensión realista de situaciones, sus causas y sus posibles soluciones que alivien a los individuos y su entorno conflictivo.

Las competencias del trabajador social en el área de la Salud.

El Trabajo Social tiene como objeto de estudio, investigación e intervención los llamados SISTEMAS COMPLEJOS, o sea: “Realidades o fenómenos en donde entran en interacción elementos o factores que constituyen una totalidad organizada, como LA FAMILIA, LA SALUD, EL ADOLESCENTE” (21).

Como disciplina fundada en las Ciencias Sociales, asume una metodología que le es propia e interviene aplicándola en el abordaje de las diferentes problemáticas.

Importante es considerar en este tema el enfoque Psicosocial porque para el Servicio Social significa tener en cuenta y simultáneamente, tanto los aspectos psicológicos como los sociales de una demanda, la personalidad y las relaciones interpersonales, las capacidades y recursos internos del sujeto (físicos- intelectuales- emocionales- informativos- materiales) y las capacidades y recursos del medio.

El trabajo terapéutico de Servicio Social con orientación psicosocial se dirige a personas con carencias de todo tipo –materiales, afectivas- en situaciones multiproblemáticas y socialmente indeseables ya que, enfoca la configuración de la situación de vida, el sufrimiento, la demanda subjetiva y la dimensión colectiva del problema, implicando a la familia, vecinos, amigos y a “otros significativos” afectados por el problema social.

El objetivo es promover la capacidad de apropiación objetiva de la realidad social, para que la persona pueda construir una posición crítica en su contexto.

El Trabajo Social en Salud investiga los aspectos relacionales, familiares, socio-ambientales, su incidencia en el proceso salud-enfermedad del paciente, su grupo familiar, red familiar ampliada y comunidad en la que vive, realiza un Diagnóstico Situacional que aporta al equipo de salud.

El abordaje tiene como finalidad, conocer la situación que atraviesa la familia, cumpliendo una función de contención y modelo de cuidado, reconociendo valores y pautas culturales.

El Trabajador Social facilita el acceso e integración a la Institución de Salud, creando situaciones que favorezcan la comunicación, cooperación, participación y respeto por el otro, para en definitiva lograr la recuperación y promoción de la *SALUD*.

Estimula en los pacientes y su grupo familiar la máxima puesta en marcha de sus recursos como sujetos de su propia salud integral, afianza y promueve el desarrollo de los recursos personales y factores protectores del paciente y su familia, para atenuar y neutralizar los factores de riesgo.

Además de integrar *Equipos Interdisciplinarios* para el estudio y tratamiento de diferentes patologías.

Modalidad de abordaje.

La metodología del Trabajador Social, constituye un proceso que se pone en marcha en cada caso particular tanto a nivel individual, grupal o comunitario.

Por lo tanto abarca:

Investigación- Diagnóstico- Planificación- Ejecución- Evaluación.

Dónde cada momento se interrelaciona con los demás, constituyendo un proceso continuo, con retroalimentación permanente.

Dentro de las técnicas y actividades principales se utilizan:

.La entrevista

.Reunión en equipo

.Informes socio-ambientales

.Talleres con grupos de pacientes y familiares

.Trabajo en redes e interconsulta

.Tratamiento conjunto, derivaciones y coordinación

La aplicación del proceso metodológico en el ejercicio profesional desde un enfoque sanitario, requiere de:

-La realización de diagnósticos de problemáticas de salud de individuos, grupos y comunidades, mediante la participación de sus integrantes, como Sujetos de Derechos.

-Funcionalizarse como nexo entre las necesidades reales y los programas del Sector Público.

El Trabajador Social en Salud necesita ser competente en el trabajo con familias, tener capacidad y formación para trabajar en equipo. Estar formado en Investigación Social estando habilitado para la Planificación- ejecución y evaluación de programas. La práctica profesional se configura como una forma de trabajo tal que su reproducción depende de su utilidad social, esto es que sea capaz de responder a las necesidades sociales, que son la fuente de su demanda.

Especificidad del Rol Profesional ante casos de Maltrato.

En principio es oportuno destacar que el ejercicio de la práctica profesional puede ser vista tanto como el espacio en el cual se aplican los conocimientos teóricos, como la fuente de interrogación para desarrollos conceptuales y de investigación.

“En el caso particular del trabajo con *niños y niñas víctimas de maltrato infantil en el ámbito familiar*, la intervención profesional se ve atravesada por el concepto de urgencia”(22).

La urgencia remite a la toma de decisiones en situación, no tiene que ver con la imprevisión, sino con la aparición abrupta de un factor que modifica la situación inicial y con la exigencia de tener que operar en un tiempo limitado en razón del riesgo que la situación conlleva.

Concretamente:

1- La intervención específica del Trabajador Social remite a la posibilidad de integrar dos dimensiones que son:

+la dimensión del adentro de la Institución y

+la dimensión del afuera de la Institución.

Todos los profesionales implicados en la atención de niños y niñas víctimas de *MALTRATO INFANTIL* desarrollan su accionar en el espacio intramuro, lo que significa que entrevistan a las víctimas y/o a sus agresores en el espacio formal institucional al cual las personas acuden para ser atendidos.

Pero principalmente, el Trabajador Social es el profesional miembro del equipo técnico que cuenta con las posibilidades de conocer en forma directa los diferentes ámbitos –familiar, escolar, comunitario- en los cuales las víctimas desarrollan sus vidas cotidianas.

2- El conocimiento directo de los mencionados ámbitos, remite a la aplicación de técnicas específicas de intervención, tales como la “entrevista domiciliaria” y “visitas institucionales” así como la “observación directa” de la realidad comunitaria.

Estas posibilidades de conocimiento directo de la realidad que tiene el Trabajador Social, no las posee ninguno de los miembros del Equipo Técnico con los cuales intercambia situaciones, y allí es dónde se centra la especificidad de su intervención.

3- Esto nos indica que, probablemente, el Trabajador Social comparta con el resto de los miembros del Equipo, el marco referencial de abordaje del problema hasta pueda sincro-

nizar etapas metodológicas de intervención. Pero la implementación de las técnicas específicas y la particular interpretación de las mismas, conforman el capital propio de la profesión y es en éste en el cual se centra la especificidad profesional.

En definitiva el profesional se debe distinguir por una orientación de servicio, acompañada por responsabilidad para con la comunidad y en nuestra disciplina podemos decir que:

-En el caso particular de la atención de niños/as y adolescentes, víctimas de maltrato infantil, esta especificidad diferencia el accionar del Trabajador Social sin prescindir de un abordaje interdisciplinario dada la complejidad de los casos.

Abordaje Interdisciplinario.

La problemática social se ha profundizado y complejizado, hoy debemos reconocer la multicausalidad de los fenómenos por los cuales no podemos plantear intervenciones parciales.

Dicha complejidad hace imprescindible lograr espacios consensuados de conocimiento entre disciplinas, dando paso a la Interdisciplina.

Es inherente al quehacer profesional del Trabajador Social, la administración eficiente y eficaz de los recursos disponibles, la articulación con las redes comunitarias e institucionales, así como accionar como facilitador haciendo accesibles los recursos a las necesidades de la población.

El Trabajo Social en el área Salud se adecua a los objetivos de la Institución en que se inserta, incluyendo la Promoción, Prevención, Recuperación y Rehabilitación. Favorece la adecuada información, acceso y aprovechamiento de los recursos de la Institución y de la Comunidad, mediante articulación intra y extra institucional.

La red de relaciones intra e interinstitucionales: (23)

Cuando se hace referencia a la Red Intrainstitucional, entran en juego Instituciones macro con distintos niveles de complejidad y con áreas dedicadas específicamente a distintos temas.

En cuanto a la Red Interinstitucional, nuestro país se caracteriza por el predominio del reconocimiento de contactos personales, cabe en este aspecto una reflexión del concepto de “derivación” ya que significa generar una nueva instancia en la cual el sujeto reciba lo más adecuado para satisfacer sus necesidades, ante el servicio gestionado y en la Institución receptora correcta.

Técnicamente hablando, la atención de los casos de Maltrato Infantil requiere de la celeridad ya que en muchas oportunidades de la rapidez con la cual se actúe depende la vida de la víctima.

Y un trabajo interdisciplinario considerando la complejidad del problema y lo multifacético del mismo.

La interdisciplina surge como una instancia que contiene y supera a las disciplinas en forma individual no pudiendo ser homologada a la sencilla sumatoria de las mismas.

El Trabajador Social y el ejercicio de los derechos:

Existe en el trabajador social una sensibilidad social que lo lleva a actuar teniendo en cuenta un trasfondo de ideas acerca de la justicia o la falta de ella.

Esa idea de justicia se apoya en la concepción de un ser humano sujeto de derechos que por diversos motivos son vulnerados.

“Las ideas fuerza referidas a los derechos de los niños son: los niños, niñas y los adolescentes son sujetos de derechos con necesidades especiales y por lo tanto, tienen derechos

especiales; los adultos tienen responsabilidades respecto de los niños y los adolescentes” (24).

“La idea de protección integral prevé poner límites a la intervención del Estado, como también ampliar sus responsabilidades y las de la sociedad civil, en pos de proteger, por medio de la satisfacción, constituyen derechos vulnerados” (25).

Es innegable que la pérdida de derechos constituye en sí una violencia. Violencia social por la pérdida de derechos, violencia social por la pérdida de condición de ciudadano activo en la construcción de su propio destino. Violencia silenciosa, a veces, transmitida en la indiferencia hacia la situación de aquel que era parte de la sociedad y pasa a ubicarse en los márgenes. Violencia explícita hacia aquel que reclama su pertenencia y al que no se le dan más respuestas que el acallamiento.

En cuanto al trabajo social, “la acción de promoción social conlleva la perspectiva del fortalecimiento de la autonomía de los beneficiarios y el resguardo de sus derechos individuales. La expectativa de participación de los beneficiarios no puede asentarse en su trabajo voluntario (y gratuito) solamente, sino que debe garantizar especialmente su injerencia en la naturaleza de las acciones, su formato y la protección de otros derechos que pudieran ser vulnerados” (26).

Abordaje de la Violencia Intrafamiliar en el Ámbito Hospitalario.

En dirección a mejorar la intervención sobre casos en los que se haya detectado la Violencia Familiar, en sus diversas expresiones como factor de vulnerabilidad en niños y adolescentes, se pretende primero mencionar que:

La salud pensada como “Salud Integral” abarca “la calidad, armonía y normalidad en lo social, lo biológico, lo psicológico, lo espiritual....” (27).(Serrano).

Las interrelaciones de los cuatro sistemas mencionados y de ellos entre sí, determinan la generación de circunstancias de factores de protección o de riesgo y en su conjunto, dichos sistemas son los responsables de la génesis del estado de Salud Integral alcanzado por las personas y los grupos.

Por el tema abordado , se trata de una vulnerabilidad –situación objetiva o subjetiva de origen material, emocional o psicosocial que lleva a experimentar al sujeto una condición de indefensión- ocasionada por la Violencia Familiar y por lo tanto esta problemática involucra el Sistema de Salud por las consecuencias del Maltrato sobre la SALUD de las víctimas, las que además generan una importante carga económica al sistema.

Abordaje de la Violencia Intrafamiliar desde una Unidad de Pediatría específicamente.

-La intervención del Servicio Social puede darse por dos vías:

1. Por pedido de la interconsulta.
2. Por demanda espontánea.

-Dos son los ejes en los cuales se centran las acciones del Servicio Social:

*La detección de situaciones de vulnerabilidad y

*Contribuir a la protección del niño ante la perspectiva del alta hospitalaria.

En la intervención es fundamental la elaboración del diagnóstico social que se lleva a cabo a través de las siguientes acciones:

1. Entrevistas al niño –de acuerdo con su edad- a los padres y/o responsables del mismo durante la internación y a familiares y/o figuras significativas para la familia del niño.
2. La observación del niño.

3. La comunicación e intercambio de información con otros profesionales del Equipo de Salud, así como con Instituciones relacionadas con la familia.

Motivo de Internación.

Origen de la intervención del Servicio Social.

Puede estar originada por: (28)

***Demanda espontánea** en el caso que un allegado directo a la víctima (por ej. Madre) es quién se dirige al Servicio a exponer directamente la situación vivida.

***Por interconsulta** puede ser motivada por:

-La manifestación del problema a algún pediatra por parte de un miembro de la familia.

-La detección de signos de vulnerabilidad hecha por los médicos pediatras.

La interconsulta se solicita por las características de las lesiones que presentan los niños atendidos.

Acciones desarrolladas posteriormente a la detección del Maltrato.

La intervención en los casos en los que se detectan situaciones de vulnerabilidad es de elevada complejidad, ya que estamos hablando de Violencia Familiar y para enfrentar su abordaje es necesaria la participación de diferentes integrantes de distintos contextos en los que se desenvuelve la Familia.

La intervención profesional requiere de que intervengan varias disciplinas e Instituciones, ya que se necesita en efecto, un TRABAJO INTERDISCIPLINARIO.

Resulta indiscutible que la labor con integrantes de otras disciplinas permite realizar un “diagnóstico integral” e implementar una estrategia de abordaje en común en la que cada profesional incorpora su aporte específico.

Intervenciones.

-Pueden clasificarse según la acción que realicen en :

a. Contención de la Familia durante la internación.

Brindar contención a la Familia es indispensable, sobre todo cuando llega el momento de la Hospitalización del niño ya que esto desencadena una situación crítica para la Familia, al ver alterado su equilibrio.

En lo referente a la relación de la Familia con el Trabajador Social, es fundamental el modo de comunicación que se instaure desde las primeras entrevistas.

Es importante señalar, cuando se interviene en especial sin DEMANDA- cuando la Familia no solicita la ayuda profesional, ni admite la existencia del Maltrato- y se actúa con el objetivo de brindar protección al niño. Además hay que dejar en claro las responsabilidades que el adulto tiene sobre el *cuidado del niño*, sin prejuzgar ni culpabilizar.

b. Identificación y fortalecimiento de la figura protectora.

Es de máxima utilidad identificar a figuras protectoras y fortalecerlas, para que contribuyan al bienestar del niño a fin de brindarles espacio de contención y desculpabilización.

Se procura colaborar en la construcción de una autoimagen positiva en el caso de que no la tuvieran, y se deja señalada la responsabilidad que estas figuras tienen sobre el niño, a su vez se informa sobre los recursos disponibles y en caso de que sea necesario se realizan derivaciones asistidas.

c. Orientación específica.

Hay que tener en cuenta que en ocasiones, la víctima cuenta situaciones de violencia que no configuran la real intensidad del problema. Por lo tanto dependerá de la actitud del profesional que la persona continúe “abriendo” la problemática.

Para procurar que la víctima o la figura protectora considere las alternativas de acción y decida en consecuencia, en la aclaración de dudas, es bueno trabajar modos y requisitos de acceso por los cuales se pueden incluir recursos legales y asistenciales.

d. Presentación Judicial.

Si bien el trabajo con niños tiene un marco legal que regula las ocasiones y los términos en los que se debe hacer una presentación judicial, esta se lleva a cabo a partir de expectativas del Servicio Social y a veces del Equipo de Salud sobre el resultado de dicha presentación. Estas se desprenden del diagnóstico elaborado.

Pero la intervención Judicial puede acarrear algunas consecuencias negativas, tales como:

-Diferencias que pueden existir entre lo esperado por el Servicio Social de Salud y lo dispuesto por el Juzgado.

-La disposición del Juzgado como medida cautelar que indica que el niño no puede ser retirado de la Institución Sanitaria, hasta tanto no se expida, lo que ocasiona que la internación se prolongue produciendo en el niño/ña malestares extras al real motivo de la internación.

-Muchas veces las medidas cautelares contemplan solo al niño/ña hospitalizado y no al resto de los menores de edad de la familia, quedando uno protegido y otros más expuestos a ser victimizados por el agresor.

-Sumado a lo que es típico en los Juzgados **la espera y la demora** por llevar adelante la resolución de los casos. Lamentablemente los tiempos de la Justicia, aún hoy, no son los mismos que los del Servicio demandante.

La sala de pediatría de un Hospital no es el lugar más apto para que permanezca un niño, pero si hay que rescatar que la *internación* constituye un recurso con el que se cuenta para poder garantizarle, a ese niño en situación de vulnerabilidad, la seguridad a la que tiene derecho

hasta tanto se lleve a cabo una estrategia para protegerlo a él y su familia, cuando le sea otorgado el “Alta Hospitalaria”.

Teniendo en cuenta el modo de detección y posterior intervención realizada para mejorar la modalidad de abordaje de la problemática, se señalan diferentes puntos importantes:

- El Trabajo Interdisciplinario es imprescindible en estos casos, a fin de garantizar un abordaje integral y más efectivo.
- Resulta de suma importancia que los profesionales de la Salud, conozcan y profundicen sobre los diversos tipos de maltrato y sus indicadores.
- Es realmente significativo que los profesionales de la Salud puedan ser reconocidos por las personas que atraviesan situaciones de Violencia Familiar, como alguien que puede contribuir a la resolución del problema.
- Los profesionales de la Salud que trabajan con esta problemática, deben contar con un espacio que clarifique su posición tanto en el plano personal como en el profesional, así como reflexionar acerca de las consecuencias que en ellos puede generar el trabajo con víctimas de Violencia.
- Es impostergable la búsqueda de alternativas que contemplen la protección conjunta de los niños hospitalizados y su red familiar (hermanos). Con este fin se debería reflexionar en conjunto con integrantes de Instituciones de diversos sectores –incluyendo el Poder Judicial-, acerca de los cambios a introducir en el abordaje de la problemática y acordar pautas de acción.

CITAS:

1. Ander Egg, Ezequiel. “¿Qué es el Trabajo Social?”. 4ta Edición. Bs. As. Editorial Humanitas.
2. Di Carlo, Enrique. “La Comprensión como fundamento de la investigación profesional”. Bs. As. Editorial Humanitas. 1995.
3. Ander Egg, Ezequiel. Op. Cit.
4. Dubini, Osvaldo. (Compilador. Varios autores) “Contribuciones a la metodología del Servicio Social. Bs. As. Editorial Humanitas.
5. Dubini, Osvaldo Op. Cit.
6. Hamilton, Gordon. “Teoría y práctica del Trabajo Social de casos”. 6ta Reimpresión. México. Ediciones Científicas. La prensa Medica Mexicana, S. A. 1960.
7. Ander Egg, Ezequiel. Op. Cit.
8. Ander Egg, Ezequiel. Op. Cit.
9. Dubini, Osvaldo Op. Cit.
10. Dubini, Osvaldo. Op. Cit.
11. Dubini, Osvaldo. Op. Cit.
12. Hamilton, Gordon. Op. Cit.
13. Richmond, Mary E. “Caso Social Individual”. 3ra Edición. Bs. As. Editorial Humanitas. 1922.
14. Richmond, Mary E. Op. Cit.
15. Di Carlo, Enrique. “Redes Sociales Naturales: Un modelo de trabajo para el Servicio Social. Bs. As. Editorial Humanitas.

16. Di Carlo, Enrique. Op. Cit.
17. Fuentes, Edith Graciela. "Abordaje de la violencia intrafamiliar en el ámbito hospitalario" en Teubal, Ruth y cols. "Violencia Familiar, Trabajo Social e Instituciones". Bs. As. Ed. Paidós. 2001.
18. Fuentes, Edith G. Op. Cit.
19. Publicación del Colegio de Asistentes Sociales y/o Trabajadores Sociales. Pcia. Bs. As. Distrito Mar del Plata. Año 2 N° 2 2001.
20. Publicación del Colegio de Asistentes Sociales y/o Trabajadores Sociales. Op. Cit. Pág. 17
21. Publicación del Colegio de Asistentes Sociales y/o Trabajadores Sociales. Op.Cit. Pág.17
22. Tonon, Graciela. "Maltrato Infantil Intrafamiliar: Una propuesta de intervención". Primera Edición. Editorial Espacio. Bs. As. 2001
23. Tonon, Graciela. Op.Cit. Pág. 33
24. Conde, Susana; Leal, Mabel; Schmunk, Sandra. "Salud Comunitaria: Diagnóstico-Estrategia-Participación".Primera Edición. Bs. As. Espacio Editorial 1998.
25. Teubal, Ruth y cols. "Violencia Familiar, Trabajo Social e Instituciones".Primera Edición. Editorial Paidos. Bs. As. 2001
26. Teubal, Ruth y cols. Op. Cit.
27. Serrano, Carlos (1995). "La salud integral de los adolescentes y los jóvenes: Su promoción y su cuidado" OPS. En Teubal, Ruth y cols. Op. Cit. Cap. 5
28. Teubal, Ruth y cols. Op. Cit.

Bibliografía:

- Ander-Egg, Ezequiel. “¿Qué es el Trabajo Social?”. 4ta. Edición. Bs. As. Editorial Humanitas.
- Conde, Susana; Leal, Mabel; Schmunk, Sandra. “Salud Comunitaria”: Diagnóstico, estrategia, participación. 1era. Edición. Bs. As. Espacio Editorial, 1998.
- Dabas, Elina Nora. “Red de redes”: Las prácticas de la intervención en redes sociales. Bs. As. Editorial Paidós, 1995.
- De Robertis, Cristina. “Metodología de la Intervención en Trabajo Social”. 2da. Edición. Barcelona. El Ateneo, 1992.
- Di Carlo, Enrique y Equipo. “La Comprensión como fundamento de la Investigación Profesional”. Bs. As. Editorial Humanitas, 1995.
- Di Carlo, Enrique y Equipo. “Trabajo Social Profesional”: El método de la comunicación racional. Bs. As. Editorial Humanitas, 1996.
- Di Carlo, Enrique y Equipo. “Redes Sociales Naturales”: Un modelo de trabajo para el Servicio Social. Bs. As. Editorial Humanitas.
- Dubini, Osvaldo. “Contribuciones a la Metodología del Servicio Social”. Bs. As. Editorial Humanitas.
- Hamilton, Gordon. “Teoría y práctica del Trabajo Social de Casos”. 6ta. Reimpresión. México. Ediciones Científicas. La Prensa Médica Mexicana S. A., 1960.
- Kadushin, Alfred. “La entrevista en el Trabajo Social”. 4ta. Reimpresión. México. Editorial Extemporáneos S.A., 1983.
- Perlman, Helen H. “El Trabajo Social Individualizado”. Madrid. Ediciones Rialp S.A., 1965.

- **Publicación del Colegio de Asistentes Sociales y/o Trabajadores Sociales. Bs. As. Distrito Mar del Plata. Año 2 – Nº 2, 2001.**
- **Richmond, Mary E. “Caso Social Individual”. 3era. Edición. Bs. As. Editorial Humanitas, 1922.**

Título VI

TRABAJO INTERDISCIPLINARIO.

Interdisciplina.

Según el autor Carlos Eroles, se entiende por *interdisciplina* “una forma de articulación que a partir del diálogo y la puesta en común de diversos saberes y habilidades, posibilita la construcción de un nuevo conocimiento, así como de una experiencia y un lenguaje que es fruto del abordaje compartido de los conflictos y las situaciones problemáticas que afronta el Sujeto” (1).

Jean Piaget define Interdisciplinariedad como la “asociación entre disciplinas dónde la cooperación entre varias de ellas lleva a interacciones reales, porque hay una verdadera reciprocidad en los intercambios y por consiguiente, enriquecimientos mutuos” (2).

Es fundamentalmente un proceso y una filosofía de trabajo, no es solo un planteamiento teórico, es ante todo una práctica y su perfectibilidad se lleva a cabo en la misma, en la medida en que se hacen experiencias reales de trabajo en equipo, se ejercitan sus posibilidades, problemas y limitaciones.

Cabe aclarar que solo hay Interdisciplina cuando “hay portadores de las diferentes disciplinas trabajando juntos, dónde cada ciencia se da en su máxima especificidad y nivel, y en la medida en que existen disciplinas previas que entran en contacto donde no se ignoran sus mutuas diferencias de objeto y método” (3).

Juntarse es condición necesaria, habrá que ver si a mediano plazo se logra estipular un marco conceptual común o no. Lo que si resulta importante es que este marco no puede ser una suma ni combinación de lo que aporta cada disciplina, sino una *conformación conceptual nueva*.

Debido a que lo interdisciplinario es una cuestión que está ligada fundamentalmente a nivel de la práctica, tiene que ver más con la resolución de problemas concretos que con consideraciones teóricas.

Transdisciplina.

Si hacemos referencia a un Equipo Transdisciplinario, podemos decir que se trata de un grupo de profesionales que integrados a fines y objetivos de proyectos –programas o trabajos científicos- se distinguen por la creación, consciente y/o inconsciente, de metodología que en lo operativo, plantean la metadisciplinariedad, es decir, este más allá de cada campo científico.

El Trabajo en Equipo.

El Trabajo en Equipo se considera hoy la forma poco menos que ineludible de avanzar en el logro de conocimientos en las diversas áreas del saber.

Es común afirmar que la capacidad de resolver problemas y de proponer soluciones en un *EQUIPO*, es siempre superior a la de una persona y por otra parte, está comprobado que los problemas complejos se pueden abordar y resolver más eficazmente cuando ello se hace conjuntamente.

Ciertamente, determinadas tareas no se pueden hacer, si no es por la acción conjunta mediante la convergencia de diferentes actividades, habilidades y conocimientos.

“Un equipo no se hace con sólo decirlo, necesita madurar en un proceso que, aún cuando se intente, no necesariamente se tiene garantías de llevarlo a término. Es así que podemos mencionar tres factores que en su combinación llegan a lograr la constitución y configuración de un *EQUIPO*” (4):

-Una tarea a realizar conjuntamente de acuerdo a los objetivos propuestos en cuanto equipo.

-Las relaciones técnicas o funcionales que se derivan de esos objetivos que, a su vez, establecen responsabilidad de unos y otros en lo que hace a la realización de actividades y tareas. Se trata de todo lo que concierne a la forma de realizar el trabajo propiamente dicho.

-Los Factores Humanos que se dan a través de procesos socio-afectivos y que hacen referencia al tipo de relaciones que se establecen entre las personas que forman parte de un equipo.

Un equipo no es algo desarticulado o inorgánico, al contrario, hasta su misma denominación denota idea de **acción conjunta**. Es oportuno señalar que la base personal de todo equipo, “es la actividad personal de cada uno de los miembros intervinientes, contribuyendo en la realización de los objetivos del GRUPO” (5).

Complementación Humana e Interprofesional.

La acción conjunta y la ayuda mutua que presupone el trabajo en equipo, exige e implica que cada uno comprenda, y sobre todo que practique la Complementariedad –si entendemos por complemento, lo que se añade a una cosa incompleta para que esté entera.

Un equipo cumple con su razón de ser, cuando cada uno por pertenecer a él se realiza y complementa más plenamente. Si no hay complementación, no hay EQUIPO, puesto que el trabajo de cada uno no se articula con el de otros, de modo tal, que al aportar cada miembro sus conocimientos –habilidades y competencias- no sólo contribuye al logro de los objetivos comunes, sino también al enriquecimiento de los otros.

Al hablar de complementariedad se alude tanto a la de tipo humana como a la inter-profesional o inter-disciplinar. Tanto una como otra sirven para el intercambio de Conocimientos- Experiencias- Habilidades- Perspectivas.

Trabajo en Red Interinstitucional.

Intervención en Red.

En principio podemos decir que la RED es una Organización independiente, principalmente integrada por Instituciones y personas jurídicas sin ánimo de lucro, que tiene por finalidades:

- a. Representar, promover, potenciar y defender general, parcial o sectorialmente derechos e intereses comunes de sus seguidores.
- b. Facilitar el intercambio entre ellas, de informaciones, conocimientos y experiencias para un mejor y más económico aprovechamiento de sus recursos.
- c. Asesorarlas y guiarlas en el establecimiento y aplicación de sus respectivos sistemas de autosustentabilidad y autorregulación.

Para el Trabajador Social, “el Trabajo en Red requiere una mirada más horizontal, dónde los liderazgos son rotativos y complementarios, dónde lo que importa es la no fragmentación y las múltiples miradas y por lo tanto se debe crear un espacio de encuentro simétrico, descentralizado, que vaya ganando más autonomía, con grados de libertad que posibilite una comunicación flexible y creativa” (6).

El Trabajo en Red, no se limita a verificar cuales son los recursos de la comunidad tanto primarios, secundarios e institucionales que están presentes en cada caso. El Trabajador Social como disciplina, aviva mecanismos que crean vías de contacto entre cada uno de los

miembros de la Red, reeditando así su contexto de operación, al sostener un accionar facilitador de conexiones que estimulan paralelamente grados de independencia.

En el Trabajo Social, la metodología del Trabajo en Red, consiste en instrumentar una organización coherente en la red social que garantice la salud en sentido general, a través de su transformación en una unidad de apoyo, fortalecimiento y esclarecimiento.

El pilar del Trabajo de Red es “la contextualización de las problemáticas. El proceso de trabajo de red comienza cuando llega un pedido de ayuda, habitualmente desde una demanda institucional, respecto de un caso” (7).

Intervención en la Red Institucional.

La Red Institucional debe promover un medio regulador que sea determinante entre Red Primaria –conjunto de individuos que se comunican entre sí- y Red Secundaria –nivel de intervención grupal-, como modo de generar una organización potable, que sirva a los fines de una ***estructura experiencial*** para la resolución del conflicto presente, pero que decante en un aprendizaje para los futuros que puedan presentarse.

Para ello la Red Institucional debe constituirse en un apoyo esclarecedor pero transitorio, que ocupe un lugar de orientación hacia el rumbo a seguir en el camino trazado, pero que dicho sector se retire gradualmente una vez que el tejido relacional natural se ha ordenado y es autoeficiente.

CITAS:

1. Eroles, Carlos. "Familia y Trabajo Social: Un enfoque clínico e interdisciplinario de la Intervención profesional". Editorial Espacio. Bs. As. 1998.
2. Piaget, Jean; I. Barbel. "Psicología del Niño". Ediciones Morata. Madrid. 1993.
3. Ander-Egg, Ezequiel; Follari, Roberto. "Trabajo Social e Interdisciplinariedad". Segunda Edición. Editorial Humanitas. Bs. As. 1993.
4. Narvárez, Rubén O. "Trabajo en Equipo: Interdependencia disciplinaria". Archivo Argentino de Pediatría. 1985.
5. Ander-Egg, Ezequiel; Aguilar, María José. "Administración de programas de Trabajo Social". Humanitas. Bs. As. 1991.
6. Chadi, Mónica. "Redes Sociales en el Trabajo Social". Primera Edición 2000. Editorial Espacio Bs. As. Septiembre 2001.
7. Chadi, Mónica. Op. Cit.

Bibliografía:

- Ander-Egg, Ezequiel; Aguilar, María José. “Administración de programas de Trabajo Social”. Bs. As. Humanitas, 1991.
- Ander-Egg, Ezequiel; Follari, Roberto. “Trabajo Social e Interdisciplinariedad”. 2da. Edición. Bs. As. Editorial Humanitas, 1993.
- Eroles, Carlos. “Familia y Trabajo Social”: Un enfoque clínico e interdisciplinario de la intervención profesional. Bs. As. Editorial Espacio, 1998.
- Narváez, Rubén Osvaldo. “Trabajo en Equipo: Interdependencia disciplinaria”. Archivo Argentino Pediatría, 1985.

TRABAJO DE CAMPO

ANALISIS DE LOS DATOS.

Trabajo de Campo.

Finalizado el trabajo de campo que consistió en llevar a cabo entrevistas en Instituciones de Salud y Judicial, específicamente a Trabajadores Sociales y/o Asistentes Sociales que abordan la problemática, es sumamente necesario plasmar un análisis descriptivo de la información suministrada por dichos profesionales.

Para el mismo se tuvieron en cuenta cuatro variables que nos permitieron ordenar los datos recabados.

En primer lugar se encuentra la variable **“FORMACION PROFESIONAL Y CAPACITACION”** en la problemática de Maltrato:

Según las entrevistas –ver anexo- en su mayoría los profesionales cuentan con soporte teórico y/o elementos que le permiten abordar el tema de maltrato en sus distintas manifestaciones. Varían los enfoques y textos, ya que se manejan publicaciones médicas, con acento en lo clínico –aspecto físico- o en lo psicológico –aspecto mental- complementando el aspecto social con la intervención del Trabajador Social como factor necesario.

La capacitación y/o formación se lleva adelante a través de la asistencia a Congresos, Ateneos, Cursos, encuentros periódicos entre el Equipo Interdisciplinario, participación en Comités conformado por distintas disciplinas, lectura y adquisición de material escrito actualizado que tratan concretamente el Maltrato Infantil y Violencia Familiar.

El intercambio interdisciplinario y la constante actualización acerca de esta temática, ayuda a un abordaje mas certero y positivo para quién sufre y es víctima directa de malos tratos.

La aplicación del material teórico se vuelca en proyectos de Prevención, Promoción y Asistencia de la Salud, destinados a la población que puede presentar riesgos o está proclive a ser partícipe de situaciones de violencia.

Se da importancia a la concientización y al trabajo grupal en función de detectar antes la “enfermedad”.

En segundo lugar tenemos la variable **“ABORDAJE PROFESIONAL PROPIAMENTE DICHO”**:

Del análisis se desprende que la metodología de intervención a seguir por el Trabajador Social, respeta el orden lógico de la especificidad que le compete al rol profesional, atravesando las fases de: investigación- diagnóstico- ejecución- evaluación- y tratamiento.

Los casos que guardan cierta complejidad y necesidad de continuar su desarrollo, se realiza seguimiento hasta tanto se conozcan resultados positivos o satisfactorios para la víctima.

Las profesionales a cargo del Servicio Social de Salud, trabajan de manera directa con Tribunales de Menores, haciendo las correspondientes derivaciones cuando el caso lo amerita, ya que se apunta a privilegiar la Integridad Física y mental del menor en riesgo.

En vías de la resolución de las situaciones, se aplican principios básicos tales como mantener una escucha activa, respetar los silencios, establecer una relación de ayuda, contener al menor como a la familia, fortalecer la red familiar y social para encontrar posibles soportes vinculares, encontrar juntos la posible solución o la más acorde al problema a resolver, hacerlos partícipes y concientizarlos de lo importante que es su ayuda para la resolución del caso.

En todos los Servicios Sociales relevados, el Trabajador Social no trabaja solo sino que lo hace en forma interdisciplinaria.

En tercer lugar tenemos la variable “**DIFICULTADES PARA EL ABORDAJE DE CASOS**” la cual incluye cuatro aspectos más específicos:

a. Con respecto al Asistido-Paciente podemos decir que los principales obstáculos se presentan cuando quienes son víctimas de maltrato infantil (en lo físico y emocional) de corta edad no manifiestan explícitamente que existe “violencia”, que son sometidos a la misma. Sumado a que el grupo familiar oculta, por miedo a las consecuencias, lo que sucede en el ámbito doméstico aunque esté en riesgo la integridad de sus hijos.

La demanda de casos desborda a las Instituciones y desmerecen una adecuada atención y seguimiento de los mismos.

Otra dificultad que se observa es en la etapa adolescente, ellos deciden que hacer en cuanto al tratamiento para revertir la situación, así como de buscar contención o ayuda, recuperar el núcleo familiar y todo lo que ello implica para ellos.

b. Con respecto a la Familia como principal dificultad es la de ocultar que realmente existe Maltrato Físico-Emocional, no asistir a las citaciones para mantener una entrevista con el Trabajador Social y con el Equipo, no cooperar para encontrar la mejor solución para el menor de edad como para recuperar y afianzar nuevamente los vínculos familiares.

c. Con respecto a la Red Institucional las dificultades que se manifiestan son en torno a la deficiencia en los contactos entre otros profesionales de lo social, para el intercambio de datos claves por motivos que muchas veces el profesional no puede evitar, por la inmediatez que requiere la solución de situaciones.

Falta de apertura de las instituciones para llevar a cabo el trabajo.

Conjunto sumado a los diferentes tiempos, la excesiva burocracia y el llamado “cajoneo” de los casos que quedan sin resolver. Como así también el no conocer los avances o progresos de los casos que se han derivado.

d. Con respecto al Trabajador Social, son distintas las causas ya que puede pasar por la identificación negativa del profesional que condiciona el abordaje de casos, el no tener las herramientas necesarias o la desactualización o desinformación en cuestiones jurídicas que inciden directamente en el accionar profesional.

También influye la excesiva demanda de casos, la cual dificulta el establecer una relación de ayuda como de continuar en el seguimiento de los mismos, se agrava con la falta de compromiso de la familia para llegar a una rápida solución.

En cuarto lugar tenemos la variable **“INFLUENCIA DEL ENCUADRE INSTITUCIONAL EN EL DESEMPEÑO DE LA FUNCION PROFESIONAL”**:

Depende en principio de las funciones y objetivos que persigue la institución y de la libertad que el profesional adquiera para moverse y actuar dentro de la misma.

Por otro lado, la escasez de recursos sólidos para intervenir o la falta de medios entorpecen el abordaje, lo desprestigian o desvirtúan lo que incide en la figura del profesional. Pero también es positivo cuando reconocen el área de Servicio Social como necesaria y fundamental por las herramientas que pone en marcha.

Otro de los factores condicionantes es la idea que uno tiene para trabajar en la Institución, pero que a veces no puede llevar a cabo por motivos o exigencias que la misma impone, entonces uno termina haciendo lo “que puede” y lo que los lineamientos indican.

CONCLUSIÓN

Propuesta de Trabajo que concluye el Trabajo de Investigación de Tesis:

Fundamentación:

De la investigación y consulta teórica queda claramente reflejado que la Infancia es una sola, y su protección se expresa en la exigencia de formulación de políticas básicas universales para quienes sufren las consecuencias de la Violencia.

Tanto el niño como el adolescente, más allá de su realidad económica -social es “Sujeto de Derechos” y el respeto por los mismos debe estar garantizado por el Estado.

A modo de conclusión del trabajo de investigación, y para cerrar lo aquí presentado, resulta valioso realizar una devolución y dejar así un aporte que permita ser utilizado en líneas de acción futuras en el marco de la problemática y del rol del Trabajador Social.

Lamentablemente en los tiempos que corren, la violencia en el ámbito familiar se está tomando con mucha naturalidad y, el ambiente en el cual crecen y se desarrollan quienes la padecen se puede tornar irreversible si no hay fuerte convicción para permitirse un cambio de vida y de convivencia cotidiana.

Por esto consideramos esencial la Prevención y la Intervención Temprana, antes que la situación de Maltrato este seriamente instalada por que, tanto los niños como los adolescentes, deben aprender modalidades socialmente aceptables, aumentar su autoestima y negociar diferencias sin tener que recurrir a la violencia.

Desde el ámbito de la Salud, creemos significativo el funcionamiento de Servicios de Ayuda y Orientación específicos a la problemática, con personal capacitado e idóneo para la atención de casos en forma permanente.

Utilizando todos los recursos (humanos- materiales) ya existentes para preservar por sobre todo la salud mental de las personas.

Nos interesa contener aquellos aspectos que más seriamente pueden verse afectados, si hay indicios de violencia en sus manifestaciones más usuales (física- verbal- psíquica- abandono físico); demostrando apertura, confianza y respeto para desterrar un obstáculo constante: “el miedo a hablar...”

Finalidad:

Tender a la preservación de la Salud Integral del menor de edad cuando convive en un ambiente enfermo. Es labor del Servicio Social, analizar el ambiente total en que se desarrolla la vida humana, correspondiendo a este ambiente total los factores económicos, culturales, familiares, emocionales en toda su compleja interinfluencia.

Objetivo General:

“Ofrecer un Servicio de Ayuda, Orientación y Asesoramiento en la atención de conflictos familiares desde una Institución de Salud, que sea capaz de satisfacer una necesidad, o resolver un problema siguiendo cursos de acción para proteger la salud integral y mental de las personas”.

Objetivos Específicos:

- Brindar asesoramiento legal, contención y orientación al sujeto y/o a la familia en problema, en función de solucionar el conflicto presentado.

- Desarrollar intervenciones en forma interdisciplinaria para lograr resultados favorables o para la correspondiente derivación del caso.
- Promover acciones de prevención de la problemática trabajando conjuntamente con Instituciones Educativas, Organizaciones Gubernamentales y No Gubernamentales.

Para lograr los objetivos, la propuesta encierra la elaboración de un Diagnóstico Social a través de las entrevistas efectuadas al niño/a y adolescentes, observaciones directas e indirectas, intercambio con el Equipo de Salud y referentes claves para evaluar y llevar adelante una adecuada intervención de los casos.

Desde el trabajo individual familiar se enfoca en la supervisión familiar para conocer la dinámica intrafamiliar y ofrecerle al menor el más adecuado de los ámbitos para su desarrollo, sea a nivel afectivo directo como no tan directo.

Beneficiarios Directos: Niños/as y adolescentes que corren cierto riesgo social o que se encuentran involucrados en situaciones conflictivas.

Beneficiarios Indirectos: Miembros de la familia en la cual algún integrante presenta problemas de violencia, o de la red social próxima (vecinos, amigos) que tienen relación y conocen a quienes son beneficiarios directos.

Actividades:

- El trabajador social tendrá como punto de partida el conocimiento de cada persona (historia personal) para poder interpretar las reacciones del mismo y para proyectar y ejecutar un tratamiento que arroje resultados positivos.

- El trabajador social apuntará a la recuperación del asistido con dificultades personales y/o ambientales, trabajando en forma coordinada con psicólogos, médicos, psiquiatras, referentes en lo jurídico, etc.
- Desde las competencias profesionales tratará de detectar los factores que, directa o indirectamente, inciden en el desarrollo normal de una persona provocando una situación conflictiva.
- Dentro de una modalidad de trabajo en equipo interdisciplinario, el trabajador social estará atento a la evaluación de cada caso en particular con el seguimiento correspondiente.
- El trabajador social desarrollará un trabajo de concientización y apertura que despliegue acciones educativas y de prevención hacia la comunidad, en contacto con Organizaciones Gubernamentales y No Gubernamentales que conviven con el conflicto de la violencia.

Recursos Humanos:

Profesionales capacitados en asistencia social, clínica, psicología, salud mental, pediatría, enfermería para llevar adelante y con éxito las acciones pertinentes.

Importante es valorar en este trabajo, el llevar a cabo acciones conjuntas que tienen que ver con desarrollo del **Trabajo en Equipo** que incluya:

- comunicación directa, frecuente y sistemática
- participación activa interdisciplinaria durante todo el proceso
- planificación- ejecución y evaluación conjunta

- conocimiento y valoración de todos los factores que influyen en la persona tales como su ambiente, salud, red familiar, actitudes.

ANEXO

MODELO DE ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA.

Intervención del TRABAJADOR SOCIAL:

Entrevistas a Lic. en Servicio Social / Asistente Social / Trabajador Social.

Cuestionario.

- ¿Considera Usted que posee elementos teóricos específicos al Maltrato?
- ¿Podría mencionar bibliografía, publicación o textos que le han sido significativos para el abordaje de esta problemática?
- ¿De qué manera se actualiza y/o se informa en este tema?
- ¿Ha llevado a cabo o implementado algún proyecto de prevención?
- ¿Cuál es la metodología de intervención ante un caso concreto?
- ¿Cuáles son los aspectos específicos del Rol Profesional que aplica cuando toma conocimiento de un caso?
- ¿Qué intervenciones realiza con el niño/ña y/o adolescente víctima de maltrato? De manera directa o indirecta.
- ¿Qué intervenciones realiza con la Familia?
- ¿Trabaja en forma interdisciplinaria con el Equipo Técnico?
- ¿De qué manera lo hace y con qué profesionales intercambia aspectos inherentes a la problemática?
- ¿Cómo se suceden las reuniones? ¿Cómo circula la información dentro del Equipo?

- ¿Es considerada significativa la intervención del Trabajador Social? ¿Por qué?
- ¿Trabaja en Red Interinstitucional? ¿Con qué Instituciones principalmente?
- ¿Informa o asesora acerca de los procedimientos legales?
- ¿Realiza seguimiento de los casos? ¿De qué manera?
- ¿Realiza alguna derivación pertinente?
- ¿Cuál es la prioridad a seguir desde un Servicio de Salud y/o de Justicia?
- ¿De qué modo influye el marco institucional para el desempeño de su Rol?
- Desde la experiencia personal, ¿cómo vivencia o qué sensaciones le despierta abordar esta problemática?

RELEVAMIENTO INSTITUCIONAL

1. Area Salud:

Instituciones Nacionales:

- Instituto Nacional de Epidemiología – I.N.E.
Domicilio: Ituzaingo 3520
Teléfono: 473-2100
- Instituto Nacional de Rehabilitación Psicofísica del Sur – I.NA.RE.P.S.
Domicilio: Ruta 88, Km 4,5
Teléfono: 482-0011 / 482-0012

Instituciones Provinciales:

- Hospital Interzonal General de Agudos “Dr. Oscar E. Alende”.
Domicilio: Av. Juan B. Justo y Calle 168
Teléfono: 477-0262
- Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil “Don Victorio Tetamanti”.
Domicilio: Castelli 2450
Teléfono: 495-2023

Instituciones Municipales:

Area Centro:

- Centro de Salud IREMI- Instituto de Maternidad e Infancia “Rómulo Etcheverry”.
Domicilio: San Martín 3752
Teléfono: 473-2675

Area Oeste:

- Centro de Salud “9 de Julio”.

Domicilio: 11 de Septiembre 6582

Teléfono: 478-1847

Area Suroeste:

- Centro de Salud “Las Heras”.

Domicilio: De los Reservistas s/n

Teléfono: 483-0566

Area Puerto:

- Centro de Salud N°2.

Domicilio: Guanahani 4546

Teléfono: 480-9568

Institución Privada:

- Hospital Privado de Comunidad.

Domicilio: Córdoba 4545

Teléfono: 499-0000

2. Area Judicial:

Instituciones Provinciales:

- Tribunal de Menores N°1.

- Tribunal de Menores N°2.

Domicilio: Gascón 2250

Teléfono: 491-8149 / 492-064

1- Institución: **“INSTITUTO NACIONAL DE EPIDEMIOLOGIA –
JUAN H. JARA”**.

Domicilio: Ituzaingo 3520

Teléfono: 473-2100

Días de atención: Lunes a viernes de 8:00 a 14:00 hs.

De la entrevista mantenida con la Licenciada en Trabajo Social, se desprende que posee muy pocos elementos teóricos en cuanto al Maltrato Infantil, y que la única bibliografía que conoce es la Ley de Menores.

No se actualiza en el tema por no estar directamente relacionado con su área de trabajo, por tal razón no ha participado en ningún proyecto de prevención.

Ante un caso específico de Maltrato, como Trabajadora Social, realiza las derivaciones a Instituciones competentes, o sea que interviene de manera indirecta. No se trabaja con la familia en cuanto al tema de maltrato en su lugar de trabajo.

En el I.N.E. se trabaja en forma interdisciplinaria con el equipo médico y psicólogos constantemente.

En cuanto a los procedimientos legales cuando se está ante un caso de tal complejidad, no se informa a las personas intervinientes como así tampoco se realizan seguimientos de los casos. Hasta el momento, no se han presentado situaciones de violencia física en esta Institución.

La prioridad a seguir desde el Servicio Social del I.N.E. es la “Prevención de las patologías específicas”.

Según lo manifestado por la profesional, el marco institucional influye en el ejercicio de su Rol ya que la habilita a trabajar en cuanto a lo que le compete a la Institución, y el trabajo específico en lo que respecta a cuatro patologías concretas de su campo de acción.

En lo personal, la Licenciada expresa que vive con mucho dolor e impotencia la problemática del Maltrato y acota que lo primordial es la PREVENCIÓN.

Respecto de las funciones del I.N.E. se detallan:

-Atención al público.

-Docencia (cursos)

-Investigación

-Atención en las cuatro patologías específicas: *Enfermedades de transmisión sexual, SIDA, enfermedades transmitidas por alimentos y tuberculosis.*

**2- Institución: “INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACION
PSICOFISICA DEL SUR” –I.NA.RE.P.S.**

Domicilio: Ruta 88 Km 4,5

Teléfono: 482-0011 / 482-0012

Días de atención: Lunes a viernes de 7:00 a 14:00 hs.

Según lo manifestado por la Trabajadora Social de dicha Institución de Salud, no posee elementos teóricos y/o bibliografía acerca del Maltrato Infantil. Es casi nula la participación en proyectos de prevención, así como la actualización en temas de la mencionada problemática.

Ante la presencia y/o conocimiento de casos de maltrato hacia menores, se realizan las derivaciones a Organismos correspondientes y, en casos de discapacitados, el efectivo seguimiento ya que permanecen durante un tiempo considerable en la Institución de referencia.

La Trabajadora Social cuando toma contacto con casos de tales características, le cabe como funciones la de orientar e informar a la FAMILIA. Se interviene directamente en cuanto a la contención e indirectamente en la derivación correspondiente.

Principalmente se trabaja en la contención familiar.

Los profesionales trabajan en Equipo Interdisciplinario entre psicólogos, asistentes sociales, fonoaudiólogos, kineslogos, terapistas ocupacionales, médicos clínicos, fisiatras, cardiólogos y odontólogos.

Se realizan reuniones de Comité de evaluaciones de los casos.

Según refiere la profesional, la intervención del Trabajador Social es muy significativa ya que nos mantenemos en permanente contacto con el beneficiario y así conocemos su realidad.

Desde este Instituto de Rehabilitación se trabaja en red con todos los hospitales de la zona y con los existentes en la región del sur.

Con respecto a los procedimientos legales, se trata de informar a las familias cuando se está en presencia de una situación de maltrato.

Las derivaciones se realizan al Centro de Atención de la Familia en Riesgo (CAFER) y al Juzgado de Menores.

La prioridad a seguir desde el Servicio Social de Salud del I.NA.RE.P.S. es la “atención de la Discapacidad Psicofísica”.

Por tal motivo, es que influye el marco institucional para el ejercicio del Rol del Trabajador Social, el cual está dedicado exclusivamente a la Discapacidad Psicofísica.

Como Asistente Social, refiere que vivencia la problemática de Maltrato Infantil con mucho temor e impotencia para intervenir, sumado a tener la sensación de no estar lo suficientemente capacitada para la intervención de casos puntuales.

3- Institución: **HOSPITAL INTERZONAL GENERAL DE AGUDOS**

“DR. OSCAR E. ALENDE”

Domicilio: Av. Juan B. Justo y Calle 168

Teléfono: 477-0262 (int.563)

Días de atención: Lunes a viernes de 7:00 a 13:00 hs.

La Licenciada en Servicio Social refiere que esta Institución sanitaria se ubica en lo que es ADOLESCENCIA, y los casos de maltrato entran por el área de “Salud Mental” que muchas veces no son derivados sino tratados como una patología. Los elementos teóricos están abocados a esta etapa pero desde un enfoque más médico.

Se hacen consultas de bibliografía y se asiste a Congresos relacionados a la problemática, más que nada desde lo médico.

Con respecto a proyectos de prevención, no se han implementado hasta el momento, si charlas con los padres acerca de conductas a tener en cuenta para con sus hijos, donde permite observar las relaciones entre familiares en cada caso.

Las constantes publicaciones médicas que tratan el maltrato infantil, permiten la actualización e información desde un enfoque más sanitario que social.

Lo que hace al Servicio Social, se accede a los casos de maltrato por interconsulta y/o llamados de la guardia para evaluar la situación que previamente fue constatada por un médico.

Accedemos al caso cuando ya se verificó el maltrato.

Por un lado se evalúa toda la situación en torno al adolescente, y por otro lado hacer el contacto institucional correspondiente para el abordaje en dos instancias: primero una de evaluación y luego una de intervención. En estos momentos está funcionando en la ciudad el Tribunal de Familia que es un nexo muy importante.

Como Institución no se da un vínculo a continuación del egreso de los casos entrados por guardia, compensado el agudo se deriva al Servicio Social de Tribunales porque somos una instancia de derivación.

En otras situaciones se da que el caso ya viene trabajado de los establecimientos educativos, que son los que más denuncian al Servicio Social.

Desde lo institucional el Hospital tiene el deber de denunciar casos de maltrato.

También se dan casos por demanda espontánea de pacientes. Los adolescentes que deben someterse a un tratamiento se hacen el seguimiento correspondiente, y se informa a otras instancias como el Tribunal de Menores, acerca de la evolución del paciente.

También se trabaja con el Area de Minoridad a nivel municipal, para recabar más información o datos acerca de ese adolescente.

Al tomar conocimiento de un caso, se privilegia desde el rol profesional, la “integridad del menor” porque es una situación en la que el chico empieza a ser disputado por el entorno familiar y por el Tribunal, como figuras alrededor de él.

También defender su salud ante todo, tratamos de sacar al chico de la situación patológica que produce el maltrato. En muchos casos el chico deja de ir a la Escuela o de hacer actividades y se aleja del entorno que antes era normal y seguro para él.

Se trata de fortalecer su autoestima y mantener en lo posible una vida normal para lo que es un chico de su edad.

Importante es saber que el adolescente se recupera con una terapia individual apropiada. Sumado a mantener entrevistas individuales con el mismo.

También es importante separar al chico de lo patológico que provoca una situación de *Maltrato*, sin perjudicar sus necesidades emocionales y afectivas dadas por el entorno familiar que lo contiene positivamente. Trato afectivo en la indagación sobre todo.

Las intervenciones deben referirse a la psico profilaxis cuando hay abuso por las enfermedades infecciosas que esto acarrea (tomar retrovirales a las 48 horas es imprescindible como factor de prevención).

Se llevan a cabo reuniones con la Familia, citados por el terapeuta, reuniones mensuales en caso de ser tratamientos prolongados y una vez por semana si son de corta duración.

También se agrupan familias por problemática y se reúne todo el Equipo Técnico una vez por semana.

El Servicio Social trabaja siempre con la FAMILIA porque es otro eje de la situación problema, necesaria para la intervención.

Se trabaja muy poco en forma interdisciplinaria y más en multidisciplina. El aspecto médico se da con un trato más rígido y directivo que afectivo. Se intercambian aspectos pero no construye nada positivo o que sea realmente enriquecedor para quienes intervienen.

Las reuniones de Equipo se suceden una vez por semana, dónde se ven casos para su posterior evaluación e interconsulta entre profesionales.

El equipo de Adolescencia lo conforman: Una ginecóloga, una clínica, dos terapeutas, una nutricionista, una terapeuta ocupacional, asistentes sociales y una psiquiatra que trabaja casos por interconsulta.

Para el Equipo, la intervención del Trabajador Social es esencial y la demanda es continua. Se crea una dependencia general hacia el Servicio Social desde el ausentismo, la situación económica del paciente que le impide asistir al tratamiento.

También refiere que se trabaja en Red Interinstitucional con Establecimientos Educativos, con Centros de Salud municipales, con Tribunales de Menores 1 y 2 y de Familia, con los Programas – Talleres Protegidos y Areas de Recreación municipales cuando se da una indicación terapéutica para el paciente, que necesita actividades puntuales y carece de recursos económicos para acceder a servicios privados.

Se transmite información y asesoramiento en cuestiones legales concretas. Si bien lo denuncian en muchos casos, no hay un seguimiento por parte de los familiares y esto queda en el olvido. Teniendo en cuenta que la permanencia y averiguación de la causa es fundamental para que siga su curso.

El seguimiento de los casos se hace a aquellos adolescentes que están bajo Programa como pacientes.

Por medio de entrevistas se hace el seguimiento desde lo institucional, tanto al adolescente como a la familia.

Se realizan visitas domiciliarias y se da un trabajo muy estrecho con la Asistente Social escolar o con el docente que tiene al chico en el curso.

Existen situaciones dónde hay conexión con la Asistente Social de la sala del barrio al cual pertenece el paciente, por el grado de proximidad a la misma.

Las derivaciones son pertinentes a la situación del caso que se plantea y en qué momento de la persona se da para luego contactar la Institución más adecuada.

Como Servicio Social de Salud, la prioridad apunta a tomar al paciente como centro de atención, ya que atraviesa una situación problemática, en la cual se trata de garantizar la protección del menor y que no se pierda en lo institucional y pasar a ser un caso más.

Otro pilar fundamental es trabajar para el *completo bienestar*.

El marco institucional hoy influye muchísimo. SALUD tiene áreas interesantes, lo bueno es rescatar el perfil profesional y saber separar posturas que la impronta institucional nos impone o nos lleva a hacer.

Según lo manifestado por la profesional, el análisis que desea hacer desde su lugar y lo que ha hecho es constante y a veces cuesta sostenerlo.

Desde la experiencia personal, expresa que en las situaciones extremas hay posibilidades de **cambio**, el adolescente en lo particular te da muchas fuerzas para trabajar y de ellos puedes lograr cosas importantes.

Lo que angustia es que el chico tenga que volver a ese entorno desfavorable, sobre todo cuando las posibilidades institucionales no existen y no ofrecen nada mejor.

Con adolescentes, desde la Salud, se puede trabajar más lo preventivo y se pueden incorporar las cosas con mayor facilidad dada las características de la etapa.

En esta problemática social planteada, lo que cuesta es trabajar con la familia, que asistan ambos padres a las correspondientes citaciones, se torna difícil. Con los adolescentes resulta duro sobre todo en la primera etapa, que tiene mucha carga de angustia y sensibilidad.

4- Institución: HOSPITAL INTERZONAL ESPECIALIZADO

MATERNO INFANTIL “Don Victorio Tetamanti”

Domicilio: Castelli 2450

Teléfono: 495-2023

Días de atención: Lunes a viernes de 8:00 a 13.00 hs.

El Licenciado en Servicio Social, manifiesta que posee elementos teóricos en cuanto al tema de maltrato infantil en niños/as y adolescentes. Realizó un curso en el año 1999 acerca del los Aspectos jurídico – sociales –clínicos del tema y, recomienda como bibliografía el texto “La Mujer Maltratada” de Margarita Guzman.

También refiere que recibe actualización en forma permanente.

Participa actualmente de un “Comité de Maltrato” junto a profesionales médicos, trabajadores sociales, psicólogos y psiquiatras los cuales realizan encuentros programados, trabajan en Red con los Juzgados de Menores, intervienen por derivación y realizan seguimiento de los casos.

Ante un caso de maltrato, primero aparece la sospecha del médico, interviene el Servicio Social en el conocimiento de la familia y la obtención de más datos. Una vez confirmada la problemática, se realiza una interconsulta a Salud Mental y paralelamente se trabaja con el Juzgado de Menores.

El Trabajador Social es sumamente necesario, ya que su función consiste en llevar a cabo una completa investigación de la situación familiar, vincular, familia ampliada y red social del paciente y en equipo arribar a un diagnóstico.

El Hospital Materno Infantil trabaja en Red con Prevención del Menor y con los Tribunales de Menores.

La prioridad a seguir desde el Servicio Social, es la atención de la víctima –el menor maltratado- para el cual se efectivizan acciones asistenciales, preventivas y capacitación permanente.

Se tiende como pilar fundamental, a la rehabilitación y conservación del *estado de salud del menor* protegiendo los derechos de los niños.

A nivel personal, como Trabajador Social refiere que “no hay justificativos para el maltrato”, ya que este desnaturaliza al SER HUMANO.

Hay que tomar al maltrato como un problema de Salud Pública para luego poder atacarlo.

5- Institución: **CENTRO DE SALUD IREMI – INSTITUTO DE
MATERNIDAD E INFANCIA “Rómulo Etcheverry”**

Domicilio: San Martín 3752

Teléfono: 473-2675

Días de atención: Lunes a viernes de 8:00 a 13.00 hs.

La Trabajadora Social del Area de Salud Mental, expresa que posee elementos teóricos específicos a la problemática del Maltrato a menores de edad. Y con respecto a bibliografía sobre este campo de acción, en todas sus aplicaciones –físico, psicológico, abandono físico- recibe publicaciones significativas abordadas desde el Derecho, la Psicología y el Trabajo Social.

Se trabaja el maltrato como un área de Salud Mental, como una problemática más que se necesita actualización en el abordaje legal y de hecho se actualiza la información a partir de la inauguración de la Fiscalía de Familia.

Se asiste desde la Institución a cursos y/o Congresos, se leen publicaciones que en su mayoría hacen referencia al tema Violencia.

En el año 1992/1993 se implementó un proyecto de prevención de “*Maltrato Infantil*”. Se realizaron encuestas en Instituciones Educativas Municipales de nivel primario y nivel inicial, junto a charlas con los padres de acuerdo a la solicitud de los mismos, de los docentes y de la problemática propiamente dicha que planteaba la Escuela.

En cuanto a la *metodología de intervención*, primero comprende la etapa investigativa y de diagnóstico para tener la certeza de lo que está pasando.

Cuando hay un menor maltratado físicamente y/o psicológicamente, aunque esto último es más difícil de probar, directamente se acompaña a la Familia a efectuar la denuncia correspondiente.

“ Como profesional de *SALUD*, nuestra obligación aunque los padres no quieran, es denunciar el maltrato.”

Por lo general, los casos se detectan en la demanda espontánea, cuando consultan por otro problema y se deriva en el golpe propiamente dicho, o cuando los chicos hacen algún comentario que desemboca en maltrato.

Siempre la víctima de estos casos va a tratamiento psicológico.

En cuanto a los padres, se trata de convencerlos ya que muchos no quieren hablar del tema, no les interesa o consideran que es normal el maltrato hacia los menores. Luego viene una etapa de seguimiento para que cese esta situación y el tratamiento que siempre es interdisciplinario.

La especificidad del rol profesional, nos da los elementos para el abordaje individual, establecer una relación de ayuda, un vínculo para fortalecer al otro y volver a recuperar su valoración como persona y su autoestima.

Con respecto a las intervenciones que se realizan con los niños/as y adolescentes, tienen que ver con la orientación, con poder construir y acordar acciones conjuntas para generar cambios positivos. Las entrevistas son programadas de acuerdo a los avances y a los logros alcanzados con la persona.

Las intervenciones que se realizan con la Familia son entrevistas en sede, en el domicilio, en la Escuela, lugares dónde concurre el chico. En la entrevista se incluye a la familia extensa y a los vecinos de la misma.

Se trabaja en forma interdisciplinaria con el Equipo Técnico.

Hay casos que en principio lo trata un médico o pediatra y después llega al Trabajador Social. Se intercambian aspectos con los mismos, otros colegas, enfermeros y psicólogos.

Cuando se presenta un caso no hay un día fijo para las reuniones, se controla por la emergencia del mismo para lograr un acuerdo entre los profesionales, acordar acciones a seguir y el tratamiento correspondiente.

La intervención del Trabajador Social se da en la conexión con las demás Instituciones que están en conocimiento del caso, o con aquellas que nos aportan una solución concreta.

Refiere que se trabaja en Red Interinstitucional. En los casos extremos que es necesaria la contención institucional –internación- el Tribunal de Menores es la condición. También con los Hospitales, las ONGs como el Centro de Atención a la Mujer Maltratada, el Centro de Atención a la Familia en Riesgo e Instituciones Educativas.

Se realizan consultas acerca de los procedimientos legales, sobre todo en el tema de que los padres (separados) no cumplen con la debida cuota alimentaria. Actualmente con el funcionamiento del Tribunal de Familia se están haciendo las cosas más ágiles.

El seguimiento de los casos es hasta que cesó el síntoma, hay familias que asisten hace ocho años y otras que con dos intervenciones ya es suficiente.

Las exclusiones de hogar se hacen con la intervención de Tribunales (en combinación).

Cada caso es particular y distinto. Se han dado situaciones de tener que trasladar a la madre y a su hijo fuera de Mar del Plata para dejar de tener contacto con el golpeador, siendo ésta la única alternativa posible.

Lamentablemente no existe en la ciudad la infraestructura institucional adecuada para captar a la persona que acude por una ayuda de tal complejidad.

De lo contrario se hacen las derivaciones a Instituciones y/o profesionales pertinentes, que merecen la atención del caso. Por lo general, en un hogar violento la nena es más sumisa y el varón es más agresivo.

Hoy los grandes detectores del maltrato son los docentes en el ámbito escolar.

El maltrato psicológico es muy difícil de detectar y de saber la dimensión. Lo aborda el área de Psicología a través de la observación del trato madre-hijo, del cual se puede deducir o evidenciar signos de un maltrato de tales características.

La prioridad a seguir es la **detección precoz** de una situación conflictiva para el menor. Hoy tenemos que la **VIOLENCIA** se está tomando con mucha naturalidad y como profesionales de la salud, se hace ante la menor duda la exposición en Tribunales de Menores o en las Asesorías.

Con respecto al marco institucional, éste no influye de manera negativa en el desempeño del Rol profesional ya que se puede trabajar libremente.

La profesional refiere que esta problemática social le genera mucha bronca. Hablar con una persona golpeadora le genera una sensación de bronca sobre todo cuando la víctima es de corta edad.

Sumado a que cuesta mucho mantener un tratamiento psicológico o de que asistan sin interrupciones al mismo.

6- Institución: CENTRO DE SALUD “9 DE JULIO”

Domicilio: 11 de septiembre 6582

Teléfono: 478-1847

Días de atención: Lunes a viernes de 8:00 a 12:00 hs.

La profesional de Trabajo Social manifiesta que posee elementos teóricos relacionados al maltrato infantil. Que ha participado en charlas a nivel individual – familiar en el barrio y en Escuelas.

Conoce los derechos de la mujer y del niño según la Convención Internacional pero actualmente no se actualiza en la temática.

Ha participado de charlas comunitarias junto a una abogada y una psicóloga respecto del tema.

Ante un caso de Maltrato, primero se habla en el Equipo, se contiene a la persona, se orienta y se realiza la derivación pertinente.

Se interviene de manera directa, efectuando visitas a la familia y de manera indirecta realizando la correspondiente derivación. En situaciones de riesgo, se trabaja con el grupo familiar conviviente haciendo seguimiento del caso.

Se trabaja de manera interdisciplinaria con dos pediátras, una enfermera, una ginecóloga, un médico clínico, una asistente social y una odontóloga a nivel privado.

Ante casos más puntuales se realizan reuniones de equipo.

La profesional considera significativa la intervención del Asistente Social en cuanto a que es él el que toma conocimiento de los casos.

Se trabaja en Red con el Jardín Municipal N° 908 y desde la Sociedad de Fomento “9 de Julio”, se informa acerca de los procedimientos legales y en casos que lo requieran se efectúan exposiciones ante el Juzgado de Menores.

Las derivaciones son en primera instancia a la profesional psicóloga y luego al Tribunal.

Como prioridad desde este Servicio Social de Salud de la Sociedad de Fomento, es la **PREVENCION** tanto del menor como de la madre, si ambos están siendo sometidos a violencia física como emocional.

La Trabajadora Social expresa que el marco institucional influye en el ejercicio de su rol, ya que existe cierta resistencia desde la gente del barrio hacia la Sociedad de Fomento. Su rol como Asistente Social está acotado solo a la salud del niño y de la madre.

Además existe una marcada resistencia de la gente a participar en reuniones.

En el plano personal, refiere que vive el maltrato con muchos deseos de mejorar la situación y de intervenir para lograr el bienestar del menor.

Sumado a que siente impotencia al saber de la existencia de *un niño golpeado*.

7- Institución: CENTRO DE SALUD “LAS HERAS”

Domicilio: De los Reservistas S/N (Mar del Plata)

Teléfono: 483-0566 / 482-7894

Días de atención: Lunes a viernes de 8:00 a 12:00 hs.

Las Trabajadoras Sociales manifiestan en la entrevista, poseer elementos teóricos como soporte, incluso han realizado especializaciones en el tema de Violencia Familiar, con programas de Prevención, de Asistencia a situaciones de violencia familiar.

Hay una formación para la atención de estos casos y se trabaja el tema con un marco teórico adecuado.

Refieren que en todos los textos que uno indaga, siempre aparece explícita o implícitamente el tema de la violencia familiar. Como autores proponen a Graciela Ferreyra, Ana María Fernández y Jorge Corsi.

La actualización en el tema es por medio de la búsqueda de nueva bibliografía, relacionado con Género o metido en otras problemáticas sociales. También relacionado con la “*Prevención de la Salud*” y se conecta a la violencia.

Se acompaña con cursos locales y con la lectura de textos y publicaciones.

Se han llevado a cabo Programas de Asistencia para mujeres y también dirigido a alumnos de Escuelas primarias, con la modalidad de talleres. Otro proyecto fue de “*Prevención y Autocuidado de Salud*” en la mujer que incluía el tema de la Violencia.

Con mujeres adolescentes dónde se les informaba y se hacían publicaciones en general. Por lo general, se trabaja siempre con gente que concurre a la Unidad Sanitaria.

En toda charla de prevención y autocuidado, el tema de la Violencia tanto física como emocional, es totalmente recurrente y siempre aparece para tratarlo.

Respecto de la metodología de intervención, se mantiene en primer lugar una entrevista con quién presenta el problema, con intervención generalmente de algún otro

profesional del Equipo. El caso puede ser derivado de otro profesional o por presentación espontánea al Servicio Social.

Se da intervención al Tribunal ante casos que lo requieren o a la Casa de Justicia, siempre seguimiento desde el Servicio Social del barrio Las Heras.

A veces resulta “molesto” trabajar con el Tribunal porque pedimos soluciones puntuales, y éste no resuelve sino demora aún más las situaciones problema.

También se trabaja con el Hospital Materno Infantil, intercambio de casos.

El maltrato por abandono también genera mucha preocupación, por la indiferencia que hay por parte de las madres hacia la atención y cuidado de sus hijos.

En cada entrevista se trata de ir llegando a soluciones posibles con la persona y de tomar contacto con miembros de la Red Social y Familiar que aportan soluciones viables al problema.

Los aspectos específicos al Rol Profesional que se aplican es todo lo inherente a la profesión e intervención familiar.

La contención al máximo, revalorizar la autoestima en el chico, tratar de ver dentro de un proceso, con cambios lentos y afectuosidad, que sin la Violencia se puede vivir y mucho mejor tratando de mantener al menor dentro del ámbito social-familiar en el cual está creciendo.

Fortalecer siempre el tema vincular de ese menor.

Se realiza intervención directa con la persona maltratada, cuando no son casos extremos se lo cita al golpeador que puede acudir sin problemas, o no lo hace directamente.

Cuando hay lesiones y golpes, se realiza la denuncia en la Comisaría de la Mujer para que empiece otro circuito. Luego se continúa con entrevistas reiteradas y la derivación al psicólogo para trabajar el tema de la *autoestima*.

Con la familia siempre se trabaja, se evalúa que contención posee o relación afectiva más cercana, conocer que familiares próximos existen con posibilidades para brindar ayuda inmediata.

Con el Equipo Técnico se trabaja en interdisciplina. Cuando el caso lo exige, las entrevistas se suceden en forma conjunta ya sea con pediatras – ginecólogos – enfermeros – psicólogos – clínicos y terapistas.

Las reuniones sirven para la discusión de los casos y después cada cual sigue con las acciones que más le competen por su profesión. Se coordinan acciones desde los puntos de vista específicos a la competencia profesional.

La intervención del Trabajador Social es significativa por la “Red Familiar” que se trata de conectar, y ver desde dónde se puede hacer algo o sostener, como trabajar, con qué familiar.

El Trabajador Social es realmente el que está capacitado para bucear en esto de la *Red Familiar*, y está claramente visto así desde las demás áreas de trabajo y en el Equipo Técnico.

Se trabaja en Red Interinstitucional, principalmente con Casa de Justicia, Tribunal de Menores, Hospitales, Comisaría de la Mujer.

Las profesionales refieren que se realiza asesoramiento y orientación en cuanto a las cuestiones y procedimientos legales, en combinación con los Organismos pertinentes.

El seguimiento consiste en las averiguaciones periódicas del caso a través de las reiteradas entrevistas y contactos con la persona, siempre y cuando haya una devolución del otro y compromiso de querer cambiar la situación.

Lo importante es saber que estamos trabajando de a dos y que se ven resultados, de que la escucha sirve, de que se cumple con lo que hay para cambiar de situación.

Las derivaciones se realizan cuando ya no es viable la intervención del Trabajador Social, cuando le compete a otro profesional, y porque la urgencia o gravedad del caso exige una rápida devolución y respuesta.

También porque están las Instituciones que se ocupan específicamente de estos conflictos.

La prioridad a seguir es **“cuidar los aspectos de la Salud”** desde una visión integral. Fortalecer y mantener la red vincular brindando ayuda, contención y espacios de escucha.

En el funcionamiento como Institución de atención de la Salud, tenemos algunas limitaciones dadas por la escasez en los recursos, privaciones en atenciones adecuadas que de un modo u otro obstaculizan o entorpecen una correcta intervención profesional.

La satisfacción completa se siente cuando vemos que los resultados se van alcanzando de manera positiva, que sirvió nuestra intervención, que la persona recuperó cosas, valores que sentía perdidos o violados.

Es realmente grato ver que se llega a logros concretos por pequeños o lentos que sean.

8- Institución: **CENTRO DE SALUD N° 2**

Domicilio: Guanahani 4546

Teléfono: 480-9568

Días de atención: Lunes a viernes de 8:00 a 13.00 hs.

La Licenciada en Servicio Social manifiesta que cuentan con elementos teóricos para tratar la problemática, porque siempre se lee material relacionado a la misma.

Se realiza lectura de todo autor que se refiera al maltrato, la mayoría se relaciona a lo médico.

Para mantenerse informado y actualizado se asiste a Ateneos, charlas en conjunto con pediátras, terapistas ocupacionales e intercambios que se llevan a cabo con el área de Salud Mental.

Desde el Servicio Social, se trata de apuntar a todo lo que es la **“Prevención y Promoción de la Salud”**, evitar que la gente se presente con la enfermedad ya instalada. En este Centro en particular, se trabaja con charlas previas a lo que es la revisión, se les informa a los padres determinadas cosas. De esta manera se va alertando al papá o a la mamá sobre los cambios y de cómo debe atender, desde lo sanitario, a su hijo. Y que deben acudir al médico cuando se presenta alguna anormalidad.

El enfoque es trabajar con la gente que llega a la sala.

Cuando se detecta un caso, depende de la gravedad para que se le de intervención o no al Tribunal de Menores.

La intervención requiere de entrevistas con los familiares, visitas al domicilio, se toma el caso y después se decide las acciones a seguir. Lo importante es que para la FAMILIA sea, o que ella lo viva, como un problema a resolver.

De ahí trabajar la toma de consciencia en la familia de que hay un menor en riesgo para poder avanzar en el caso.

Implica una etapa de **Investigación – Diagnóstico – Evaluaciones** constantes y aplicación de **Tratamiento** con seguimiento.

En cuanto al Rol Profesional se trabaja siempre en conexión con las demás Instituciones que pueden hacer una devolución, sin superponer acciones sino que cada uno desde su sector, cumpla con lo que corresponda.

Mantenerse informado y alerta en cuanto al caso, recibir las devoluciones del mismo, para estar interiorizados y hacer el seguimiento pertinente.

Establecer ante todo, un vínculo y brindarle *AYUDA* para esperar una respuesta del otro.

Se conecta con todos los aspectos inherentes al problema. Se da orientación y contención social al menor y/o víctima del maltrato.

Cuando el caso lo requiere se deriva a colegas que están más especializados y/o capacitados en cuestiones puntuales para destrabar el conflicto.

Brindar también el tratamiento adecuado.

Una vez planteado el problema, se trabaja con la familia desde la posición de “que es lo que ella quiere hacer” en primera instancia. Construir juntos la solución adecuada y comprometerse la persona a poner su parte también en el caso.

El abordaje se hace en forma conjunta, ya que interviene el área de Pediatría, Salud Mental porque en casi todos los casos *es necesaria la contención psicológica como aspecto fundamental del tratamiento.*

Se trabaja en forma Interdisciplinaria con las Areas de Pediatría – Salud Mental – Clínica – Ginecología. El Trabajador Social interviene hasta dónde puede y le compete en su intervención porque después realiza un corrimiento para que actúe otro profesional.

Por lo general, cada profesional trabaja con la persona individualmente y el Trabajador Social va acordando acciones complementarias.

También se hacen entrevistas en conjunto porque en algunas situaciones es realmente conveniente.

Las reuniones se van dando periódicamente, concretamente **Salud Mental** está trabajando con una Asistente Social especializada en esa área.

La intervención del Trabajador Social es importantísima, porque la persona que te plantea un problema está buscando ayuda y sabe que uno se la pueda dar. Además de la escucha atenta y contención emocional que recibe.

De ahí en más se ensamblan aspectos con otros profesionales para poder avanzar en el caso.

Se trabaja en Red Interinstitucional principalmente con Tribunal de Menores y Hospitales.

Se brinda información acerca de cómo proceder legalmente, pero generalmente se hace la derivación al Juzgado de Menores para un mejor asesoramiento en el procedimiento y así se continúa.

En cuanto al seguimiento, éste es inmediato, se corroboran si las derivaciones realizadas son efectivas y funcionales al caso sumado a la coordinación de acciones con colegas.

Las derivaciones por lo general, una vez recepcionado el caso, son realizadas al área de Salud Mental porque la Asistente Social está abocada al abordaje de los casos de Maltrato.

La Trabajadora Social manifiesta que lo importante desde el Servicio Social es “reconocer el problema a resolver, el que más angustia provoca en esa persona”. La prioridad es la SALUD, una sala de atención primaria que privilegie la prevención sobre todo.

Desde la unidad sanitaria no hay ninguna limitación para trabajar, se puede accionar con libertad y el Servicio Social es muy considerado y teniendo en cuenta como Area de Salud.

Tenemos inclusión y participación en los proyectos que se llevan a cabo en este Centro de Salud. Está visto como eje fundamental, como un elemento importante en la “**Atención Primaria de la Salud**”.

Como profesional se trata de ser objetiva, de separar los sentimientos individuales que se generan en medio de la entrevista, de ponerse en el lugar del otro con la claridad suficiente para saber que desde la competencia del rol puedo empezar a trabajar con la persona.

Saber separar aspectos para una buena y rica intervención.

Lo importante es poder *ayudar* a la persona, en el hecho de dialogar porque se siente satisfacción cuando las cosas se van logrando de manera fructífera.

“El Maltrato también se da con la mala atención de la salud de un hijo, el no acudir a los controles necesarios ya implica un Maltrato a nivel psicológico.”

*“Desde la Salud, **maltrato** implica todo descuido físico y emocional en función del crecimiento de un hijo.”*

9- Institución: **HOSPITAL PRIVADO DE COMUNIDAD**

Domicilio: Córdoba 4545

Teléfono: 499-0000 / 499-5802

Días de atención: Lunes a viernes de 8:00 a 16.00 hs.

Según refiere la Trabajadora Social, los elementos teóricos específicos al Maltrato son más bien escasos, ya que no es un área a la que se debe ocupar concretamente este Servicio Social.

Con respecto a bibliografía o textos no hay referentes particulares que podrían citarse.

La información y/o actualización se efectúa mediante artículos significativos al tema en cuestión.

Hasta la actualidad no se ha implementado un Proyecto de Prevención.

Ante un caso concreto se desarrolla una metodología de Investigación y concientización de la problemática.

En cuanto a los aspectos específicos del "Rol Profesional", se realiza la denuncia correspondiente y la derivación a Organismos pertinentes.

Para con la víctima de malos tratos físicos se recepciona la demanda en entrevista, se denuncia y/o se deriva a la Institución que sea más funcional a la resolución del caso puntual.

Para con la familia, no es una intervención con continuidad sino más bien atención de la demanda y derivación.

Se trabaja en forma interdisciplinaria, desde lo individual y para la correspondiente y adecuada derivación. Las reuniones se suceden periódicamente, haciendo hincapié en lo significativo del rol denuncial del caso.

La intervención del Trabajador Social es considerada significativa por un lado, por los aspectos, valores y cuestiones a reforzar y por otro por potenciar, descubrir y el hacer en función de destrabar una situación conflictiva.

No se asesora acerca de los procedimientos legales, sino se hace el contacto con Instituciones del área judicial, y la derivación a profesionales idóneos en el tema.

Desde este Servicio Social de Salud, se detecta la problemática, se hace la denuncia ante el Organismo pertinente y luego la derivación si así lo requiere la situación problema.

Las derivaciones se efectivizan acorde con la aceptación y apoyo en la intervención, para contener al menor víctima de violencia.

Desde este Servicio Social de atención de la salud, se prioriza una intervención activa para lograr la resolución del caso con el mejor resultado posible.

El marco institucional no ejerce demasiada influencia en el ejercicio del rol profesional.

10- Institución: **TRIBUNALES DE MENORES 1 Y 2**

Domicilio: Gascón 2250

Teléfono: 491-8149 / 492-0649

Días de atención: Lunes a viernes de 7:00 a 13.00 hs.

La entrevistada manifiesta que posee elementos teóricos en cuanto al Maltrato Infantil, citando a Grossman como autor de “Maltrato al Menor”, la Ley de Violencia Familiar, la Ley del Patronato de la infancia entre otras.

La actualización en la temática es de manera constante.

No se ha tenido participación en proyectos de prevención alguno.

Ante un caso se interviene con la familia desde el Juzgado y ante todos los casos, se eleva un informe socio ambiental al Juez que lo solicite.

Se interviene de manera directa e indirecta en el contacto con el caso y se trabaja con la familia del menor.

Las consultas de los casos se realizan en equipo interdisciplinario de las cuales participan psicólogos, asistentes sociales, médicos, abogados y jueces.

Cada profesional eleva un informe al Juez, pero no se realizan reuniones en equipo.

La intervención del Trabajador Social resulta significativa porque se interviene con todo el sistema familiar, y se conoce desde adentro a la familia del menor.

Se trabaja en red con Escuelas, Hospitales, Hogares de menores y entidades municipales.

Cada familia es informada y/o asesorada en cuanto a los procedimientos legales específicamente.

No se realiza seguimiento de los casos debido a la gran demanda de causas, ya que son las que condicionan el seguimiento adecuado de cada una de las situaciones.

Dentro del mismo Juzgado se realizan derivaciones a otros profesionales u otras Instituciones.

El marco institucional influye en el ejercicio del rol profesional ya que éste se ve acotado en cuanto a la intervención o accionar social.

La Trabajadora Social expresa que en lo personal, la problemática del maltrato infantil, le causa impotencia pero además le despierta interés en capacitarse para poder intervenir con más profesionalidad.