



Universidad Nacional de Córdoba  
Facultad de Derecho y Ciencias Sociales  
Escuela de Trabajo Social

# Instaurando prácticas... efectivizando derechos

Entrevistas con niñas, niños y adolescentes con  
dispositivos lúdicos desde el Trabajo Social en el  
campo de la salud

**PRÁCTICAS ACADÉMICAS PRE-PROFESIONALES**

**SERVICIO SOCIAL**

**HOSPITAL DE NIÑOS DE LA SANTÍSIMA TRINIDAD**

**Yael Samban – Camila Zénere**

## ***Índice***

Agradecimientos	4
Prólogo	5
Introducción	7

### **Capítulo I: Contexto y escenario de las prácticas académicas pre-profesionales**

1.1. El abordaje de la salud y de la niñez: marcos teóricos y normativos en relación a las temáticas	11
1.1.1. Paradigmas en el campo de la salud: diversas concepciones a través del tiempo	14
1.1.1.1. La concepción del bienestar individual y sus limitaciones para una interpretación social de la salud: el Paradigma Biomédico	15
1.1.1.2. La salud en función del desarrollo y el crecimiento económico, y la importancia de las condiciones socio-ambientales: el Paradigma Sanitarista o Desarrollista	16
1.1.1.3. La salud como proceso social; el atravesamiento de lo cultural, lo político y las desigualdades: el Paradigma Alternativo de la Medicina Social	17
1.1.2. El sistema sanitario argentino: estructura y limitaciones	18
1.1.3. La niñez: paradigmas, concepciones y políticas públicas. Del patronato al protagonismo desde un enfoque de derechos	20
1.1.3.1. La niña y el niño entendidas/os como objeto: el Paradigma del control social de la infancia y del menor en situación irregular	21
1.1.3.2. Sujetos de derechos: Paradigma de protección integral de los derechos de las niñas, niños y adolescentes	22
1.1.3.3. Protagonismo, participación y ciudadanía: el Paradigma de la promoción social o el rol social de la infancia-adolescencia	24
1.2. El contexto institucional: Hospital de Niños de la Santísima Trinidad	26
1.2.1. Un Hospital provincial de tercera complejidad: Breve reseña histórica	26

1.2.2. El Trabajo Social en el campo de la salud y la particular impronta del atravesamiento del campo de la niñez en esta coyuntura	28
1.3. El Servicio Social en el Hospital de Niños de la Santísima Trinidad: asistencia, promoción y educación	31
1.3.1. El lugar del Trabajador Social en los equipos de salud: potencialidades y límites en la intervención interdisciplinaria y autonomía profesional	34
1.3.2. El Servicio Social en el campo de la salud: la lucha por la disputa de espacios ante la hegemonía médica	36
1.4. Del derecho al hecho: Prácticas llevadas a cabo en la intervención profesional con niñas, niños y adolescentes en el Hospital de Niños de la Santísima Trinidad	40

## **Capítulo II: Nuestros sujetos de intervención**

2.1. Contradicciones del sistema y relaciones de poder como generadoras de obstáculos: cómo atraviesan a las/os sujetos de intervención	44
2.1.1. La población del Hospital: la importancia de identificar diversas realidades en los sujetos que la constituyen	45
2.2. Debates del Servicio Social acerca del sujeto de intervención	47
2.2.1. Consenso del debate acerca del sujeto de intervención: el sujeto complejo “niña/o-familia”	48
2.3. Un acercamiento a la cotidianeidad de nuestros Sujetos de Intervención	52
2.3.1. Niñas, niños y adolescentes víctimas de maltrato: características de los sujetos y clasificaciones del maltrato	52
2.3.1.1. Tendencias en base a la sistematización de doce casos de maltrato hacia niñas, niños y adolescentes	55
2.3.2. Niñas, niños y adolescentes con enfermedades crónicas: Fibrosis Quística y sus efectos en la salud de las/os sujetos	66
2.3.2.1. El impacto de la Fibrosis Quística en los sujetos: implicancias y repercusiones en su entorno y su vida cotidiana	67
2.3.2.2. Tendencias en base a la sistematización de veinte casos	70

### **Capítulo III: Nuestra estrategia de intervención: proceso y productos de las prácticas académicas pre-profesionales**

3.1. Objeto de intervención: Necesidades, representaciones y relaciones sociales de las/os niñas/os y adolescentes y de la intervención profesional del Trabajo Social	79
3.2. Estrategia: algunas definiciones subyacentes al proceso de construcción	84
3.2.1. Construyendo la estrategia de intervención concreta: la incidencia de diversos espacios	85
3.2.2. Nuestra estrategia de intervención concreta y el escenario institucional: identificación de obstáculos y tensiones (potenciales y reales)	87
3.2.3. Intenciones de nuestra propuesta: planteando los objetivos	90
3.2.4. Pensando en el logro de nuestros objetivos: líneas de acción	91
3.2.5. Concretando líneas de acción: actividades realizadas	92
3.2.5.1. Entrevistas con niñas, niños y adolescentes: algunos criterios para tener en cuenta	93
3.2.5.2. Realización de entrevistas con niñas, niños y adolescentes	96
3.2.5.3. Otros espacios de intervención, otras actividades realizadas	102
3.2.5.4. Construcción de dispositivos lúdicos	108
4. A modo de cierre: abriendo caminos...	119
5. Bibliografía	122
Anexo en CD adjunto	

## ***Agradecimientos***

Nunca estamos solas, caminando con otras/os, a las utopías nos acercamos.

Muchas personas formaron parte de esta etapa y de este proceso, acompañándonos, apoyándonos, sugiriéndonos...A todas esas personas que fueron nuestro sostén, queremos agradecer.

A nuestras familias, por la oportunidad de llegar a esta instancia, de apoyarnos en nuestras decisiones, entender nuestros tiempos y darnos “el empujón” justo en momentos difíciles. Claudia, Sergio y Mercedes, ¡eternamente agradecidas! A Jessi, Niky, Lucía y Nico por los valiosos aportes en este proceso.

A nuestras/os amigas/os, que -unas/os más, otras/os menos- nos apoyaron, nos escucharon, ¡nos soportaron!, más allá de sus intereses.

Compañeras/os y amigas/os de la facu: por el interés, por las opiniones, por la socialización recíproca; por ser parte de este camino, de ansiedades, alegrías y broncas compartidas durante estos años.

A nuestros compañeros de la vida por los aportes puntuales y por compartir las emociones que este proceso implicó.

A las/os docentes que nos acompañaron señalando particularidades, dando lugar al debate; por la flexibilidad y apertura; por “sugerir” y no “corregir”.

A Emilia Ruiz, por incentivarnos y acompañarnos en el recorrido subjetivo hacia el mundo de lo lúdico-expresivo en general, y particularmente en la construcción de los dispositivos lúdicos.

A ese equipo que nos albergó durante más de 9 meses en el Servicio Social del Hospital de Niños, haciendo de un viejo deseo, una inolvidable experiencia. Por escucharnos y apoyarnos, por los señalamientos realizados, por las opiniones e ideas compartidas, por la contención académica y cotidiana. Claudia, Cintia, Lu, Euge, Carito, Ceci, Gra, Pato y Laura, eternamente agradecidas por la apertura con la que nos recibieron, la firmeza con la que nos sostuvieron y la emoción con la que nos despidieron.

## ***Prólogo***

A lo largo de todo el proceso de prácticas pre-profesionales, y con posterioridad, al culminar el proceso de sistematización y redacción de la presente tesina, diversas reflexiones merecen ser compartidas.

Si bien durante todo el proceso de enseñanza-aprendizaje vivido en la formación, tuvimos acercamientos a la realidad en las diversas instancias de prácticas que realizamos en los años anteriores, en ninguna de estas la práctica permitía visualizar y mucho menos vivenciar la cotidianidad del quehacer del trabajador social, como sí ocurrió en las prácticas pre-profesionales.

Recordamos que el primer impacto tuvo lugar el primer día que concurrimos al Hospital y refirió al trabajo interdisciplinario, por el que tanto se apuesta desde la academia. La primera reunión de FQ, nos generó impotencias, broncas, al percibir actitudes y escuchar ciertos discursos de varios profesionales de distintas disciplinas. En aquel momento, el bagaje teórico sobre los paradigmas de salud vigentes chocaron con los correspondientes a la interdisciplina: la realidad nos mostraba en este caso, una “cara” que los libros esconden, o simplemente no pueden dar cuenta. Esas broncas e impotencias fueron expresadas en el Servicio Social al finalizar dicha reunión, frente a lo cual nos dijeron entre risas: “*Bienvenidas a la realidad, chicas*”. Este tipo de situaciones fueron una constante durante todo el proceso.

Un aspecto que al principio del proceso nos generó resistencias, fue el uso de la chaquetilla. Más allá de haber comprendido que era condición *sine qua non* para permanecer en la institución, nuestra reflexión/análisis posterior fue que la chaquetilla en el campo de salud es la materialización del poder con el que cuenta el personal del Hospital. La chaquetilla habilita el ingreso a diversos espacios y posibilita la participación en determinadas situaciones.

Otra de las reflexiones a la que arribamos es que muchas veces las actividades que responden a la estrategia planteada o la estrategia en sí misma no

modifican la realidad en los términos deseados, o no son viables ni factibles; por lo cual el proceso de acción-reflexión debe ser constante y es importante desarrollar la capacidad para prever los hechos y anticiparse a ellos, como así también ser flexibles y creativos para poder replantearse el curso de las intervenciones, realizando las modificaciones que se consideran superadoras.

A lo largo del proceso de formación hemos aprehendido vocabulario técnico específico de la profesión que hemos “hecho cuerpo”, es decir, que hemos naturalizado. El permanente contacto con los sujetos de intervención y el desempeño propio del quehacer profesional, que practicamos particularmente en este ámbito, nos planteó como desafío la necesidad de problematizar aquel vocabulario incorporado, a los fines de resultar inteligible en la comunicación. Entendiendo esto también como una manera de dirimir la asimetría de poder en las relaciones, aunque sin negarla.

Fue principalmente frente a los casos de maltrato hacia niñas, niños y adolescentes, que reflexionamos sobre la incidencia y responsabilidad que las decisiones de los/as trabajadoras/es sociales tienen en la vida cotidiana de los sujetos. Incidencia que no sólo se materializa en estas situaciones sino en las intervenciones en general.

Resumiendo, y librando nuestras subjetividades, nuestras prácticas fueron mucho más que eso. Significaron apasionarnos cada vez más, día a día de lo que pronto será nuestra profesión; significaron algo más de 9 meses de aprendizaje; meses de poner a prueba subjetividades, de indignarnos ante injusticias concretas, ponernos contentas con cada niño que salía adelante; de entender que los “libros se nos queman” con mucho más frecuencia de lo que pensamos; que la creatividad es una de las variables que se ejercitan día a día, porque la intervención se construye en la particularidad de cada día, de cada caso, de cada situación... y el compromiso es el motor de la profesión.

## ***Introducción***

La presente tesina responde a lo que metodológicamente se entiende como “investigación-acción”, dado que “construye el conocimiento por medio de la práctica” (Sandín; 2003. Cit. en Hernández Sampieri, R. y otros; 2010:510). Elliot (1991. Cit. en Hernández Sampieri, R. y otros; 2010:509) también conceptualiza a la investigación-acción como “el estudio de una situación social con miras a mejorar la calidad de la acción dentro de ella”. En este sentido, dicha práctica fue vivenciada en el marco de las prácticas académicas pre-profesionales de la Licenciatura en Trabajo Social.

Nuestras prácticas académicas pre-profesionales se desarrollaron en el Servicio Social del Hospital de Niños de la Santísima Trinidad. A través de nuestro proceso de inserción -que incluyó sucesivas observaciones, lectura de material bibliográfico y entrevistas- pudimos identificar como sujeto de intervención de dicho Servicio a las familias de las niñas, niños y adolescentes que concurren a la institución.

Sin embargo, teniendo en cuenta el marco legal vigente en nuestro país, es decir la Ley Nacional N° 26061 y su correlato provincial Ley N° 9944, nos surgieron ciertas cuestiones que consideramos pertinente observar, replantear, desnaturalizar.

Así, tras un proceso de reflexión, redefinimos junto a las profesionales del Servicio Social el sujeto de intervención, entendiéndolo como un “sujeto complejo”: la niña, niño o adolescente y su familia. En este sentido, lo que pretendimos fue recuperar la “voz del niño”, promoviendo la efectivización del inciso b) del art. 3 de las leyes mencionadas anteriormente que plantea el “derecho a ser oído cualquiera sea la forma en que se manifieste, y que su opinión sea tenida en cuenta”. Consideramos que recuperar la “voz del niño”, además de la efectivización de un derecho, se constituyó en una cuestión instituyente, valorizando y otorgando importancia a las niñas, niños y adolescentes, promoviendo el protagonismo de las/os mismas/os.

Basándonos en las líneas de acción desde las cuales interviene el Servicio Social del Hospital, decidimos delimitar la población con la cual trabajar: por un

lado, los casos<sup>1</sup> de maltrato hacia niñas, niños y adolescentes a partir de las derivaciones de las salas; y por otro, desde los Programas, particularmente el de Fibrosis Quística.

A partir de estas decisiones nos propusimos la construcción de una estrategia global -en términos de proceso- que incluyó diversas acciones. Principalmente lo que planteamos fue la realización de entrevistas desde la especificidad del Trabajo Social a niñas, niños y adolescentes, en el ámbito de la salud, a través de dispositivos lúdicos.

La presente tesina se encuentra organizada en tres capítulos, sistematizando de esta forma la experiencia. En el capítulo I, “Contexto y escenario de las prácticas académicas pre-profesionales”, desarrollamos cuestiones vinculadas al ámbito de la salud, luego a la niñez y la relación que se establece entre ambas. Posteriormente, profundizamos acerca del lugar del Trabajo Social en el ámbito de la salud y en el trabajo interdisciplinario. También realizamos una breve descripción de la institución en la cual tuvieron lugar nuestras prácticas académicas. Para finalizar el capítulo, intentamos un análisis de cuestiones que se derivan de estos apartados.

En el capítulo II, “Nuestros sujetos de intervención”, desarrollamos una caracterización general de la población que concurre al Hospital. Luego, exponemos aspectos debatidos en el Servicio Social acerca del sujeto de intervención y explicitamos los componentes del sujeto redefinido. Finalmente, identificamos a los sujetos de la estrategia de intervención propuesta, a través de la sistematización de la experiencia concreta.

En el capítulo III, “Nuestra estrategia de intervención: proceso y productos de las prácticas académicas pre-profesionales”, partimos de la construcción del objeto de intervención, siguiendo con la dimensión teórica subyacente a la

---

<sup>1</sup> Si bien el término “caso” hace alusión a una forma de intervención en Trabajo Social que remite a la génesis de la profesión y que tuvo su arraigo durante varias décadas del siglo XX, bajo un paradigma de control social funcionalista, situando problemáticas sólo en el “individuo” y muchas veces connotándolas como “patologías sociales”; aquí lo utilizamos para dar cuenta de una situación que además de entenderse en su contexto, remite a un sujeto de intervención complejo (niña/o o adolescente–familia–situación de hospitalización/enfermedad crónica).

construcción de la estrategia de intervención diseñada. Además, explicitamos la estrategia de intervención concreta, situándola en el escenario institucional. Posteriormente desarrollamos los objetivos y las líneas de acción; para finalizar el capítulo con la descripción y análisis de la totalidad de actividades que materializan dichas líneas de acción.

Para finalizar la tesina, se esboza una reflexión en la que se explicitan los logros alcanzados como así también aspectos referidos a la dimensión ético-política del eje de nuestra intervención.

# Capítulo II

Contexto y escenario  
de las prácticas académicas  
pre-profesionales

## **1.1. El abordaje de la salud y de la niñez: marcos teóricos y normativos en relación a las temáticas**

En el ámbito de salud, coexisten diferentes paradigmas, que configuran formas de entenderla y abordarla. Como equipo, nos posicionamos para la intervención desde el Paradigma Alternativo de la Medicina Social, entendiendo a las situaciones con las que trabajamos como un proceso social de salud-enfermedad en el que intervienen factores de distinto orden; donde lo social no aparece como una dimensión más, sino como aquella que atraviesa al proceso en sí.

Reconocemos que una enfermedad conlleva diversos y particulares condicionantes en el desarrollo de la vida cotidiana de los sujetos, pero negamos entenderla como determinante de dicho desarrollo. Es por esto que nos proponemos hacer hincapié en los aspectos saludables particulares de cada niña, niño o adolescente, visibilizándolos y potenciándolos; entendiendo que una enfermedad no constituye el “todo” en un sujeto, sino que es sólo un aspecto que corresponde al proceso de salud-enfermedad mencionado.

En este sentido nos apoyamos en el criterio de equidad de los derechos, entendiendo que las políticas sociales en general, y de salud en particular, no deberían ofrecer igualdad de oportunidades sino oportunidades equivalentes, cuestión ésta que subyace al concepto de discriminación positiva.

En cuanto a la niñez, en primer lugar, consideramos pertinente aclarar cuestiones referidas a los términos *Infancia* y *Niñez* utilizados frecuentemente como sinónimos: siguiendo a Piotti, M. L. (2008:s/p) en el sentido etimológico del término, *infante* proviene de *in-fala*, sin voz ni opinión. Hablar con este término implica entonces una concepción a cerca de la/el niña/o, entendiéndola/o como propiedad de los adultos en su grupo de crianza y sujeción absoluta a su autoridad; donde, en casos extremos, se desconoce el valor de la palabra y decisiones de las/os niños/as y se las/os educa en la dependencia y el sometimiento a los adultos.

Esta concepción subyacente al término *infancia*, claramente arraigada en el paradigma correspondiente a la Ley de Patronato<sup>2</sup>, de extendida vigencia durante casi todo el siglo XX y primeros años del siglo XXI, tiene su génesis sociohistórica en el reconocimiento del niño, en el siglo XVI. Retomando aportes de Piotti, M. L. (1996:50), el niño comienza a existir como diferenciado del adulto en el transcurso del mencionado siglo, después del Renacimiento, cuando empieza el proceso de individuación del hombre. “Comienza a ser reconocido en su identidad como tal. Pero se lo reconoce por el *no*<sup>3</sup>, por lo que no sabe, por su incapacidad, por lo que no puede hacer.” Es con este atributo negativo de identidad que se inicia la historia de la tutela frente al niño y todas las teorías que sustentan leyes como la de Patronato.

Señalamos entonces, que

(...) la infancia y la adolescencia son construcciones socio-culturales, como tales no existieron siempre y tampoco se dan de la misma manera en sentido diacrónico y sincrónico, es decir varían en las diferentes etapas históricas y en un mismo momento histórico hay formas distintas de vivir esta etapa de la vida en las culturas y zonas del planeta y en los sectores y clases sociales de una misma región. (Colegio de Profesionales de Servicio Social de la Provincia de Córdoba<sup>4</sup>; 2000:2).

La adolescencia como concepto etéreo es mucho más reciente, podríamos situar su aparición en el siglo XIX y fundamentalmente en el siglo XX, donde en la cultura de occidente se destinan profesionales e instituciones para los adolescentes. (CPSSPC; 2000:2).

Es por esto que hablaremos de *niñas, niños y adolescentes*, o de *niñez*, refiriéndonos a ellas/os, entendiéndolas/os como sujetos de derecho, con voz y opinión, adhiriendo al paradigma de Protección Integral de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes, materializado en la Ley Nacional N° 26061 y en su correlato Provincial, la Ley N° 9944.

---

<sup>2</sup> Abreviación de la Ley Nacional N° 10903 la cual materializó el Paradigma de “control social de la infancia y del menor en situación irregular”.

<sup>3</sup> La cursiva es nuestra.

<sup>4</sup> De ahora en más CPSSPC.

Asimismo, cabe destacar que tras un proceso de lectura, reflexión y debates que tuvimos como equipo de trabajo, establecemos la necesidad de plantear algunas cuestiones que subyacen al posicionamiento y consideramos de interés explicitar:

Por un lado, parafraseando a Lattanzi, L. y Piotti, M. L (s/f:s/p), los Derechos, en general, son producto de una ideología occidental, monocultural, adulta y etnocéntrica que declama universalidad basada en concepciones únicas. Por otro lado, -siguiendo con los aportes de las mismas autoras y haciendo referencia específicamente a las legislaciones vigentes sobre niñez- visualizamos un sesgo paternalista materializado en una fuerte idea de protección; donde los derechos del niño son determinados por los adultos a través del Estado y sus instituciones.

Además, conscientes de que el Paradigma de la Promoción Social o el Rol Social de la Infancia -comúnmente denominado “del *Protagonismo Infantil*”- reivindica principalmente el reconocimiento del denominado “trabajo infantil”, la organización de niñas, niños y adolescentes, entre otras cuestiones; extraemos y adaptamos algunos conceptos que profundizan y refuerzan el posicionamiento que desarrollamos:

Consideramos al *protagonismo de niñas, niños y adolescentes* como una visión contraria al concepto de infancia, domesticada, silenciada, privatizada, obediente y excluida. Es decir, con *protagonismo* pretendemos dar cuenta de las/os niñas, niños y adolescentes comprendidas/os como sujetos sociales, con capacidad de participar y transformar la realidad, que pueden comunicar y expresarse libremente. (Liebel, M.; 1996; 27:33).

*Participación* significa entonces, que las/os niñas, niños y adolescentes tienen voz, son escuchadas/os y tomadas/os en cuenta con lo que opinan y proponen; que tienen oportunidades de influir en las decisiones y asumir responsabilidades. (Liebel, M.; 1996:36).

Acordamos además, en que desde la subjetividad, “un niño/a y/o adolescente es protagonista cuando se reconoce a sí mismo como sujeto de derechos participante activo en la concreción de los mismos (...)”. (Lattanzi, L. y Piotti, M. L.; s/f.:s/p)

Resaltamos que para que el protagonismo y la participación, así entendidos, no sean sólo parte de un discurso, sino que se materialicen en las prácticas sociales, es menester la existencia de adultas/os comprometidos en ello, que puedan contribuir constantemente en la generación de espacios; espacios que deben ser construidos también en la cotidianeidad de las intervenciones profesionales, entendiendo a estas como prácticas sociales específicas y fundadas.

Resta mencionar que el posicionamiento expresado constituye un eje que atraviesa la totalidad de las prácticas académicas pre-profesionales llevadas a cabo en el Servicio Social del Hospital de Niños de la Santísima Trinidad. Apostamos también a un paulatino arraigamiento del mismo en las prácticas profesionales de las/os trabajadoras/os sociales en general y a la construcción de esta nueva institucionalidad. No obstante, entendemos que esto implica una transformación cultural respecto a las relaciones intergeneracionales, cuestionando las hegemónicas estructuras de poder; des-aprender la mirada adultocéntrica y construir nuevos espacios, modos de vinculación e intervención con niñas, niños y adolescentes.

### **1.1.1. Paradigmas en el campo de la salud: diversas concepciones a través del tiempo**

Para comprender el sistema de salud vigente, consideramos pertinente explicitar los paradigmas del campo de la salud. Es importante resaltar que el Trabajo Social no ha sido ajeno a los paradigmas que a continuación se mencionan, sino que a través de su práctica ha colaborado en su construcción. Los paradigmas son entendidos como construcciones conceptuales desde las cuales nos posicionamos para intervenir; son modelos teóricos, no siempre completos, y condicionan de distinta manera los aspectos en que se manifiesta el proceso salud-enfermedad.

Siguiendo a Di Tella, T. S. (2004:s/p) los paradigmas que existen son: el Biomédico, el Sanitarista o Desarrollista y el Alternativo de la Medicina Social; que desarrollaremos en los siguientes apartados.

#### **1.1.1.1. La concepción del bienestar individual y sus limitaciones para una interpretación social de la salud: el Paradigma Biomédico**

Sus orígenes se remontan a Galeno (130-201) quien considera a la enfermedad como producto de la constitución humoral del cuerpo. Divide a éste en compartimentos, estableciendo el diagnóstico y tratamiento de las partes afectadas; se escinde el cuerpo como totalidad. A ésta escisión, corresponde otra que es la del cuerpo y el alma. Se establece así el modelo primigenio, del que se nutre la medicina por siglos, llegando hasta nuestros días. Así el biologismo, dualismo, mecanicismo, determinismo, serán las categorías más resaltantes de esa concepción.

Solo en el siglo XVII, la teoría humoral de la enfermedad será reemplazada por la que afirma que la enfermedad es ubicable en los órganos. Así, a la concepción biologista y mecanicista se incorpora a la organicista.

Junto a Descartes, Galileo y Bacon, se constituye en la base filosófica-científica, que justifica el biologismo y el mecanicismo de la medicina como ciencia. Las necesidades del naciente capitalismo y de su modelo de acumulación exigen una ciencia médica que asegure la reproducción de la fuerzas de trabajo.

Posteriormente, en el siglo XIX, el positivismo refuerza la noción organicista del cuerpo, y por ende de la salud y la enfermedad. Las ciencias naturales se constituyen en la base de la medicina, cuya orientación rectora es la anatomopatología. La entronización de la ciencia y sus categorías de universalidad, legalidad y neutralidad, que postula el positivismo, genera en el campo de la medicina un conocimiento fragmentado, compartimentado, negador de la complejidad y la totalidad del individuo. En él se observa el órgano enfermo y al individuo como paciente.

Desde fines del siglo XIX se produce una profunda transformación de las ciencias médicas debido a los avances en el campo de la biología.

A lo largo del siglo XX, el desarrollo en el campo de la medicina y sus especialidades es vertiginoso, con el descubrimiento de los antimicrobianos y el desarrollo de la anestesia, la asepsia, la cirugía, la radiología, la genética, los trasplantes de órganos, etc.

Así se consolida el modelo biomédico caracterizado por el individualismo, el reduccionismo y el mecanicismo, orientado a la reparación del daño y basado en la biología molecular como eje científico.

Los progresos en el terreno de la ciencia biológica y médica, que han posibilitado la erradicación de innumerables enfermedades, así como la prolongación de la esperanza de vida al conjunto de la humanidad, no se han distribuido igualitariamente en la sociedad; cuestión que se aborda en el siguiente apartado.

#### **1.1.1.2. La salud en función del desarrollo y el crecimiento económico, y la importancia de las condiciones socio-ambientales: el Paradigma Sanitarista o Desarrollista**

La evidencia de la desigualdad social ante la enfermedad y la muerte exige replanteos con relación a la problemática de la salud y la enfermedad. Es así como la Organización Mundial de la Salud, a mediados de la década de 1940, revisa la antigua definición incorporando otras dimensiones como las sociales, psicológicas y ambientales: “Salud es el completo estado de bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de malestar”. Tal definición genera múltiples discusiones y revoluciona viejos conceptos y paradigmas. El modelo sanitarista o desarrollista encuentra su base de sustentación en ella.

En realidad, este modelo no cuestiona la concepción del modelo biomédico prevaleciente. La diferencia reside en que reemplaza la explicación monocausal en la etiología de la enfermedad por una explicación multicausal, donde intervienen, a la par de los agentes de origen biológico natural, otro conjunto de agentes de origen social, psicológico y ambiental. De modo que todos ellos se constituyen en “factores de riesgo” que intervienen de distinta manera en la aparición de determinados procesos mórbidos. Aunque contempla la presencia de agentes distintos de los biológicos, privilegia en definitiva estos últimos.

Tal como señala la definición mencionada, se establece una diferencia: la salud y la enfermedad, caracterizando la primera en función ya no en ausencia de

enfermedad, sino como un estado óptimo en el que confluye un equilibrio físico, mental y ambiental.

Esta concepción es acorde con la ideología desarrollista, hegemónica en la primera mitad del siglo XX, que postula que para el logro del crecimiento económico es indispensable mejorar las condiciones de salud de la población, admitiendo la importancia que para ello tienen las condiciones sociales y ambientales.

### **1.1.1.3. La salud como proceso social; el atravesamiento de lo cultural, lo político y las desigualdades: el Paradigma Alternativo de la Medicina Social**

El aporte de las ciencias sociales en sus distintas disciplinas, unido a los convulsionados procesos sociales producto de la crisis capitalista, ponen de manifiesto la desigualdad existente entre la vida y la muerte, la salud y la enfermedad de grandes sectores de la población, y llevan a formular un cuestionamiento a los anteriores paradigmas biologists, así como a la ineficacia de la práctica médica para combatir la enfermedad. Surge de este modo, de la preocupación por conceptualizar esta problemática e investigar las necesidades de salud de los sectores más desfavorecidos de la sociedad, la denominada corriente de la medicina social, que ha tenido amplio desarrollo en América Latina.

La crítica al paradigma médico dominante señala su carácter biologista, ahistórico, asocial, individualista, de participacionismo subordinado y autoritario, que da lugar a un tipo de práctica médica centrada en lo curativo más que en lo preventivo.

Esta perspectiva postula principalmente el análisis de la salud-enfermedad como proceso social en el que intervienen factores de orden económico, social, político, ideológico y cultural. Busca la génesis del vivir, enfermar o morir en los procesos de producción y reproducción social, y en las relaciones que en función de tales procesos establecen los individuos entre sí, es decir en cuanto colectividad. Éstos se conciben como variables explicativas del proceso salud-enfermedad de los distintos grupos humanos.

Así dicho proceso es visualizado como fenómeno multidimensional, en el que intervienen distintos condicionantes, los cuales, si bien se expresan en individuos concretos y, por lo tanto, parten de su constitución orgánica y biológica, se configuran sobre patrones sociales. Este enfoque afirma la existencia de perfiles patológicos determinados histórica y socialmente.

### **1.1.2. El sistema sanitario argentino: estructura y limitaciones**

El sistema de salud de la Argentina resulta de la coexistencia de tres subsistemas particulares: el público, el de seguridad social (obras sociales) y el privado. Vinculando aportes de Acuña, C. y Chudnovsky, M.; (2002:5-18) y Moyano, G. y Escudero, J. C.; (s/f.:4-10), desarrollamos la siguiente clasificación que da cuenta de sus características.

#### ***El subsistema público: pilar fundamental para el acceso de las mayorías***

Este subsistema es el encargado de proveer servicios de salud de forma gratuita a través de una red de hospitales públicos y centros de salud a toda la población. La distribución geográfica de sus servicios es muy amplia y tiene presencia en las zonas consideradas no rentables por el sector privado. La fuente de financiamiento proviene del sistema impositivo.

#### ***El subsistema de Seguridad Social (obras sociales): conquista y disputa de intereses***

Este subsistema se consolidó en 1970 a través de la Ley N°18610, durante el gobierno de Onganía. Aunque las obras sociales existían desde antes, la modalidad que asumían no era la que actualmente se conoce.

El rasgo central de este subsector fue el carácter obligatorio de la adhesión y la organización por rama de actividad. Está conformado por instituciones que cubren la atención de la salud y proveen infraestructura de turismo y asistencia social a las/os trabajadoras/es en relación de dependencia insertos en el mercado formal de trabajo y a los jubiladas/os del régimen nacional de previsión social a través del PAMI.

Este subsector se constituye como un seguro social para la protección de las/os trabajadoras/es asalariadas/os (y sus familiares) cuyo aporte es obligatorio. Además se financia con contribuciones de empleadores. La vinculación entre obras sociales y sindicatos ha generado una continua politización de los conflictos que implica, la mayoría de las veces, que se privilegien objetivos de esta lucha política por sobre las necesidades del área de la salud.

### ***El subsistema privado: la mercantilización de un derecho***

Este subsistema se financia a partir del aporte voluntario de sus “usuarios” que muchas veces también cuentan con cobertura de seguridad social (“doble afiliación”). Este subsistema dio origen a las empresas de Medicina Prepaga, las que presentan una dispersión de precios y servicios cubiertos mucho mayor que el de las obras sociales.

Esta descripción del sistema de salud argentino nos permite analizar una serie de complejidades, entre ellas:

- Excesiva fragmentación de las instituciones del sector público cuyos niveles nacional, provincial y municipal presentan un alto grado de autonomía.
- Un gran número de obras sociales sumamente heterogéneas que expresan la forma que adquirió en la Argentina la atención médica de la seguridad social.
- Un importante sector privado distribuido en un amplio conjunto de mutualidades, seguros privados y establecimientos particulares.
- Los subsistemas anteriormente mencionados coexisten de modo desarticulado y difieren respecto a su población-objetivo, la atención que brindan y el origen de los recursos con que cuentan; por lo que, la escasa coordinación existente dentro de cada uno de estos modelos hace, a su vez, más difícil la coordinación entre ellos.
- Uno de los problemas principales del área salud es la falta de relación entre los recursos sanitarios y el nivel de salud de la población. Cuanta más

necesidad de atención sanitaria tiene un sujeto o un grupo social, menor es su acceso real a una atención sanitaria de calidad.

### **1.1.3. La niñez: paradigmas, concepciones y políticas públicas. Del patronato al protagonismo desde un enfoque de derechos**

Actualmente, coexisten diferentes concepciones/paradigmas, algunas de ellas históricas, otras más recientes. Las distintas caracterizaciones de la niñez-adolescencia implican una postura epistemológica, es decir, una forma de mirarla, de llegar, conocer e intervenir en ella.

Nos encontramos transitando tiempos donde se disputan en torno a la niñez otras miradas, nuevas instituciones, otros modos de construcción de políticas públicas, estrategias de articulación y concertación entre los diferentes actores. La Convención de los Derechos del Niño, que lleva más de veinte años de vigencia y una Ley Nacional que adhiere desde hace siete años -es decir, tardíamente- a dicha Convención, dan cuenta de los instrumentos legales que materializan el Paradigma de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes. Asimismo, se refiere frecuentemente a este como al “nuevo paradigma”, o en el caso de la Ley, como a la “nueva ley”. Son tiempos en que el Paradigma de Control Social de la Infancia sigue aún vigente en discursos y prácticas, conviviendo con un sistema de Protección de Derechos aún en construcción, cuyas “lagunas” institucionales en determinadas situaciones, en lugar de garantizar derechos, los vulnera.

En base a lo anterior, resulta ilustrativo un aporte de García Méndez, quien argumenta que

Una ley no constituye jamás un instrumento mágico. Además, nos hemos cansado de repetir que una (buena) ley no es condición suficiente para nada aunque sea condición imprescindible para todo. Los problemas, las resistencias y los desafíos son viejos, las herramientas son nuevas. (García Méndez, E.: 2006. Cit. en Marrone, A.; s/f.:14)

### **1.1.3.1. La niña y el niño entendida/o como objeto: el Paradigma del control social de la infancia y del menor en situación irregular**

El “*patronato*” ha sido el modelo de intervención principal en la Argentina del Siglo XX, materializado en la Ley Agote N° 10903, sancionada en el año 1919.

Parafraseando aportes del CPSSPC (2000:2), cuando surge el reconocimiento de la niñez, surge también su control a través de la familia y la escuela. Así, se divide la niñez entre los “menores” y los niños y adolescentes. Se le atribuye el término de *menores* a todas aquellas personas que aún no cumplieron 21 años y que por defecto o ausencia de políticas sociales, que no protegieron a su familia, clase o etnia, quedan ubicados en lo que se ha denominado “situación irregular”. El Estado, a través del patronato de menores (juez de menores, padre y patrón) se convierte en el tutor de dichas personas, entendidas como objetos. Se inicia así el aislamiento y el asilamiento para la socialización de estos “menores”, mientras que la familia y la escuela son las instituciones para la socialización de los niños y adolescentes “normales”.

El problema para el Estado es la conducta desviada del menor o la irregularidad del medio en el que vive, cuestión por la que se habla de “riesgo moral o material”. Se busca proteger a la sociedad de estos niños rebeldes y peligrosos, responsabilizando a la familia de todos los problemas del niño, particularmente a las familias de la pobreza; pobreza de la cual el Estado es responsable.

Las políticas sociales dentro de este paradigma son expresadas a través de leyes que judicializan toda la problemática de la niñez-adolescencia. El niño queda sometido al adulto y bajo el poder absoluto del Estado, la escuela y la familia. El autoritarismo adulto decide sobre su vida y su proyecto convirtiéndolo en objeto de intervenciones -clínicas o punitivas- de profesionales, instituciones y políticas sociales generalmente judiciales, aislándolo de su medio.

Parafraseando a Marrone, A. (s/f.:2 y 3) la Ley de Patronato es un emergente del sistema capitalista patriarcal, confirma dicho sistema entendiendo también a las/os niñas/os y adolescentes como propiedad privada de los adultos.

Esta teoría considera al niño sin decisión y sin voz propia, su opinión no tiene valor, su vida es la vida “privada” en el doble sentido de esta palabra por ocultarlo y privarlo de vivir y son los mayores, padres, maestros, profesionales y jueces quienes saben mejor que él qué le conviene y qué necesita. (...) La misma palabra menor lo coloca en una comparación despectiva y diminutiva, lo estigmatiza y etiqueta, asimilándolo, en el caso de nuestro derecho civil, a los enfermos mentales y a los incapaces. Los menores son los niños y adolescentes pobres, infancia cercada, manipulada y oprimida, negada en su subjetividad activa y en su capacidad de resistencia. (CPSSPC; 2000:5).

### **1.1.3.2. Sujetos de derechos: Paradigma de protección integral de los derechos de las niñas, niños y adolescentes**

Parafraseando aportes del CPSSPC (2000:6), el *paradigma de protección integral de los derechos de niñas, niños y adolescentes* encuentra su máxima expresión en la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño, aprobada por la mayoría de los países del mundo en 1989 y, en el caso de Argentina, aceptada e incorporada luego a la Constitución junto con los Pactos Internacionales sobre Derechos Humanos en 1994.

Este paradigma implica un cambio con respecto a la concepción de la niñez-adolescencia: instituye la igualdad social de todas/os las/os niñas/os del mundo al constituir las/os en sujetos de derechos, abandonando de este modo el término “menores”. Ve a la/el niña/o desde sus derechos y no desde la necesidad, negando de esta forma el asistencialismo; con el objetivo de superar el circuito de institucionalización tutelar-represivo, aplica a la niña, niño y adolescente las garantías del Estado democrático; reglamenta la coordinación de las distintas jurisdicciones de los Estados nacional, provincial y municipal con la sociedad civil, cuestión ésta que se materializa en la descentralización y la intersectorialidad.

De esta manera,

El niño, niña y/o adolescente no sólo debe ser protegido/a en sus necesidades básicas, sino que les otorga el derecho a la opinión y a la asociación. Declara como objetivo máximo de toda legislación y acción sobre la niñez el *interés*

*superior del niño*, entendiéndolo por tal todos los derechos que consagra la Convención más la opinión del niño. (CPSSPC; 2000:7).

El paradigma de protección integral de los derechos de niños, niñas y adolescentes se encuentra legislado en la Ley Nacional de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes N° 26061, sancionada y promulgada de hecho en el año 2005. La provincia de Córdoba adhirió a dicha Ley Nacional en el mes de mayo de 2011 a través de la Ley de Promoción y Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes N° 9944.

Siguiendo a Marrone, A. (s/f.:98 y 99), se establecen como pautas para la elaboración de las políticas públicas, desde la Ley Nacional:

- el fortalecimiento del rol de la familia en la efectivización de los derechos de las niñas, niños y adolescentes;
- la descentralización de los organismos de aplicación y de los planes y programas específicos de las distintas políticas de protección de derechos, con la finalidad de garantizar mayor autonomía, agilidad y eficacia;
- la articulación intersectorial entre los distintos niveles jurisdiccionales y la sociedad civil, con fiscalización y capacitación permanente;
- la promoción de redes intersectoriales locales, organismos para la defensa y protección de los derechos de las niñas, niños y adolescentes.

Teniendo en cuenta lo mencionado, planteamos que

Esta teoría des-judicializa los problemas sociales de los niños. Determina que los juzgados de familia deben hacerse cargo de cuestiones (...) escuchando siempre la opinión del niño y sus progenitores y evitando a la víctima una nueva victimización... deroga la existencia de los juzgados de menores preventivos en base a la premisa de que los problemas sociales de los niños deben ser resueltos por el Poder ejecutivo con Políticas Sociales. (...) El niño sólo será internado en una institución total como última instancia y después que hayan fracasado numerosas medidas anteriores (...) La participación del Estado (...) está subordinada a la de la familia y la comunidad y ésta adquiere, por primera vez, responsabilidades para con los niños y adolescentes. (CPSSPC; 2000:8).

### **1.1.3.3. Protagonismo, participación y ciudadanía: el Paradigma de la promoción social o el rol social de la infancia-adolescencia**

Retomando nuevamente aportes del CPSSPC (2000:11), en las décadas de 1980-1990, emerge el *paradigma de la promoción social o el rol social de la infancia-adolescencia* como una postura muy fuerte, sobre todo en América Latina. Este paradigma no se opone al anterior, sino que avanza sobre el mismo buscando otorgar a la/el niña/o y adolescente fundamentalmente los derechos de ciudadanía social; centra su atención en el *protagonismo* de dichos sujetos y exige el reconocimiento del trabajo de las/os mismas/os y la creación de condiciones para protegerlas/os. Promueve en ellas/os la ciudadanía como el ejercicio y goce pleno y sustantivo de sus derechos.

El protagonismo es el eje central de este paradigma y considera que la dependencia no es un atributo constitutivo del ser niña/o, sino que se relaciona con la idea feudal de protección y dominación aún arraigada; y que estas ideas paternalistas han ido destruyendo la creatividad de la/el niña/o, eliminando la subjetividad de la niñez. Otra de las ideas centrales, y principal criterio de concreción del protagonismo, es la de la participación. De esta manera, el paradigma coloca a adultas/os y niñas/os en igualdad social, con funciones diferentes pero sin dominio de unos sobre otros y busca construir una nueva cultura de la niñez, donde esta no es una preparación para la vida, sino la vida misma y, por lo tanto, intenta construir también otra cultura del adulto.

En este sentido, resaltamos que no es lo mismo hablar de *protagonismo organizado* que de *protagonismo* “a secas” (si bien el segundo se encuentra presente en el primero de los términos). Hablar sólo de protagonismo es hacer referencia a “un proceso social por el cual Niñas, Niños y Adolescentes desempeñan el papel principal en su propio desarrollo y el de su comunidad, para alcanzar la realización plena de sus derechos atendiendo a su interés superior. (...)”. (Lattanzi, L. y Piotti, M. L.; s/f:s/p).

Las mismas autoras explicitan que el ejercicio del derecho al protagonismo incluye también responsabilidades y no significa que los adultos renuncien a su lugar y/o a su protagonismo, sino que modifiquen su rol, rupturizando el habitus

enraizado de la cultura adultocentrista que hace de la edad un factor de discriminación, jerarquización y dominación/manipulación. En otras palabras, el ejercicio del poder atraviesa el ejercicio del derecho al protagonismo en estos términos, desde una perspectiva intergeneracional.

## **1.2. El contexto institucional: Hospital de Niños de la Santísima Trinidad**

### **1.2.1. Un Hospital provincial de tercera complejidad: Breve reseña histórica**

Para analizar la institución/organización en la cual nos insertamos para desarrollar nuestra práctica pre-profesional, partimos de la noción de *organización*, entendida como “unidades socialmente construidas para el logro de fines específicos, atravesadas por interacciones sociales que allí establecen; en donde se construye el orden simbólico. Las organizaciones materializan el orden social, en un tiempo y espacio históricamente determinado.” (Moughty, M. T y Flores, M. E.; 2007:14). Este Hospital es una de las organizaciones en donde se materializa la institución salud<sup>5</sup>.

Para dar comienzo a la descripción del Hospital de Niños de la Santísima Trinidad, nos basamos en Gandolfo, M. (2006:14-19) y en observaciones y entrevistas informales que realizamos durante nuestro proceso de inserción en la institución.

El Hospital de Niños de la Santísima Trinidad surge por iniciativa del Decano de la Facultad de Ciencias Médicas, quien hizo llegar la urgencia, en el año 1882, a la presidenta de la Sociedad de Beneficencia de Córdoba; inaugurándose formalmente la institución en Mayo de 1894.

La institución desde sus inicios fue fundamentalmente un Hospital Quirúrgico y al tiempo se incorporó la Cátedra de Pediatría de la Universidad Nacional de Córdoba.

En 1944, el Hospital cumplió sus primeros 50 años de existencia. Su crecimiento durante este período fue ininterrumpido, alcanzando luego un prestigio en el ámbito nacional, siendo reconocido como centro de referencia de una amplia

---

<sup>5</sup> Cabe aclarar que, a pesar de la diferenciación citada, en el desarrollo de este trabajo utilizaremos el término “institución” para referirnos al Hospital, por una cuestión de actualización a la jerga utilizada habitualmente al respecto.

zona del país, en particular de las provincias del noroeste y de cuyo, (además del interior de la provincia de Córdoba).

En esos años, el Hospital experimentó profundas transformaciones, tanto en el aspecto técnico como administrativo, ocasionados por los incesantes adelantos de la medicina moderna y por circunstancias políticas y sociales que atravesaba el país. El Hospital fue experimentando la repercusión de estos cambios, como consecuencia de ello, se crearon nuevos servicios y se limitaron algunas especialidades.

Se pueden visualizar dos fenómenos que han marcado su historia, por un lado, su vinculación directa, en sus primeros 50 años, con la perspectiva de caridad y beneficencia hacia las/os niñas/os y adolescentes, lo que imprimió y le imprime determinada ideología a su accionar en tanto institución de salud. Por otro lado, la presencia universitaria, ya que desde su nacimiento el Hospital ha tenido entre sus objetivos primordiales la capacitación e investigación, lo que lo ha convertido en un Hospital de referencia en su área.

Los hechos mencionados en el párrafo anterior determinaron que el Hospital de Niños, en el año 1955 pasara a depender del gobierno de la provincia y sus autoridades y personal fueran designados por el poder político.

Pero, los cambios generados por el modelo neoliberal, que tuvieron inicio en la década del 70 -tanto en lo macro como en lo micro- culminaron con la crisis del financiamiento del sector público, cuya mayor expresión se visibilizó en los años 90; cuestión que afectó a todos los sectores que históricamente dependían del presupuesto estatal, entre ellos el área de la salud.

En 1982, se designó la Comisión para trabajar en el proyecto del nuevo Hospital; proyecto que se enmarca en el Programa de Rehabilitación de la Infraestructura de Salud, impulsado desde el Gobierno Nacional, financiado por el Banco Interamericano de Desarrollo (BID). En la construcción del nuevo Hospital se procuró el mayor aprovechamiento posible de los recursos a fin de que este pueda adecuarse a los requerimientos de la demanda.

El establecimiento se desempeña actualmente como Hospital de Cabecera Pediátrico de la Provincia de Córdoba y en consecuencia como Centro de

Referencia para su red de Servicios Asistenciales. Para el cumplimiento de este rol se le ha asignado la mayor complejidad provincial, reflejada en los servicios incorporados (especialidades y superespecialidades) y en el equipamiento previsto.

En virtud de esta complejidad se espera actúe como eje y catalizador de los servicios de salud y de la atención médica del área pediátrica, de las regiones Centro y Noroeste del país.

El nuevo edificio fue inaugurado el 6 de agosto de 2000, después de sortear una serie de dificultades derivadas de controversias políticas.

El diseño arquitectónico del Hospital responde a una infraestructura que facilita la dinámica de atención, estructurando los diferentes servicios en una distribución espacial horizontal, concebida en tres niveles (subsuelo, planta baja y primer piso).

### **1.2.2. El Trabajo Social en el campo de la salud y la particular impronta del atravesamiento del campo de la niñez en esta coyuntura**

El Trabajo Social es una profesión poco reconocida en la sociedad, sea por significaciones históricas o por diferentes etiquetas emanadas de las representaciones sociales sobre sus intervenciones. Otras profesiones gozan de un status más alto, son tradicionalmente reconocidas y han adquirido históricamente mayor preponderancia. Por lo tanto, se debe mencionar que en una institución como la que se describe con anterioridad, el Trabajo Social, lejos se encuentra de ocupar un lugar hegemónico como profesión; es decir, ocupa un lugar subordinado en relación a otras profesiones.

Afirmamos que desde nuestra especificidad hay mucho que decir y hacer en el ámbito de salud, que en este caso particular, se trata además de un campo de salud atravesado fuertemente por la niñez.

Consideramos al Servicio Social como un espacio “contrahegemónico” dentro del Hospital en el sentido de que se busca, desde este campo, dar efectividad a la integralidad en las intervenciones con las/os niñas/os y adolescentes, al menos en el

discurso -dado que los condicionantes institucionales resultan ser concretos obstaculizadores al respecto-, mientras que la institución salud, en general, lleva a cabo prácticas fragmentarias, sobre todo por parte del personal médico, que se posiciona de manera hegemónica en dicho campo.

Asimismo cabe destacar que el proceso de transición en el que se encuentra el campo de la niñez establece ciertos desafíos y cambios en las prácticas que el Servicio Social desarrolla. Dichas prácticas también se encuentran en un proceso de transición entre las instituidas y las instituyentes que se plantean -y planteamos desde nuestras prácticas académicas pre-profesionales.

Parafraseando a Piotti, M. L. (1996:49) desde el Trabajo Social se debe evitar la violación de los derechos de las/os niñas/os y adolescentes desarrollando estrategias que promuevan su ciudadanía; a través del interés en ellas/os, del respeto hacia su cultura, de la responsabilidad por sus necesidades -manifiestas y no manifiestas- de sus potencialidades en pos de una integración activa y crítica al mundo en que vive.

Intervenir no es invadirlo sino venir adentro de él, acompañar su proyecto de vida o [a] repararlo cuando ha sido dañado, darle una mano, no ponérsela encima. (...) La protección no puede ser una burbuja que lo aisle y lo ahogue, sino una fuerza que lo impulse. (Piotti, M. L.; 1996:49).

El postulado del *interés superior del niño*, que hace referencia específicamente a lo que se considera uno de los ejes del Paradigma de Protección Integral, no puede ser definido sólo por los adultos y se entiende como “la máxima satisfacción, integral y simultánea de los derechos y garantías reconocidos en esta ley (...)”<sup>6</sup>. Se reivindica para su efectivización la importancia del inciso b) del citado artículo, tomando en cuenta la opinión y la palabra de las/os niñas, niños y adolescentes, siempre, y especialmente desde el Trabajo Social, ante situaciones complejas de resolver, incorporando en los informes sociales esas voces, miradas y opiniones.

Desde el Trabajo Social hay mucho por aportar en este campo, conocemos desde adentro las diferentes instituciones, sus circuitos y también reconocemos la

---

<sup>6</sup> Artículo 3 de la Ley Nacional N°26061.

dinámica de las comunidades, sus modos de gestión de los recursos, sus formas de participación. Es imprescindible articularnos entre los diferentes sectores y jurisdicciones para construir esta nueva institucionalidad. (Marrone, M. A.; s/f.:12).

Para construir esta nueva institucionalidad desde el campo de la salud, es necesaria la participación de la sociedad en general, pero resulta indispensable la participación protagónica de niñas, niños y adolescentes.

### **1.3. El Servicio Social en el Hospital de Niños de la Santísima Trinidad: asistencia, promoción y educación**

Siguiendo con las fuentes citadas en el apartado anterior<sup>7</sup>, en el año 1966 se establece la necesidad de contar con un Servicio Social organizado y capacitado que se integre a la modalidad de funcionamiento del establecimiento. Se convocó a una Asistente Social para que se desempeñara en dicho servicio. La profesional contó con un equipo de siete colegas y se inició la concurrencia de estudiantes de la carrera de Asistencia Social, quienes realizaban sus prácticas en el Hospital.

El Servicio Social trae consigo una historia impregnada de la antigua concepción de los visitantes sociales (médicos higienistas) realizando funciones y tareas de carácter administrativo y de control social, ligado además a las concepciones de caridad y beneficencia que de hecho sentaron las bases del Hospital de Niños.

En los últimos tiempos las profesionales del Trabajo Social han realizado un fuerte cuestionamiento al rol tradicionalmente asignado a la profesión en general, cuestión que atraviesa también el desempeño en la organización sanitaria. Tras dichos cuestionamientos, las profesionales de Trabajo Social del Hospital, entienden a la salud como la expresión de las condiciones y la calidad de vida, y no simplemente como el acceso eventual a los servicios de salud.

El objetivo general del Servicio Social del Hospital es intervenir disciplinaria e interdisciplinariamente, en referencia a aquellos grupos familiares de las/os niñas/os que concurren al Hospital, que se encuentran en una situación de vulnerabilidad que incide en su proceso de salud-enfermedad.

La intervención disciplinaria, se realiza desde dos modalidades: una de carácter asistencial y la otra, desde la promoción y educación. En cuanto al carácter asistencial, se interviene en relación a las necesidades básicas de las/os niñas/os en situación de mayor vulnerabilidad material, relacional y simbólica. En lo que respecta a la modalidad promocional y educativa, se concibe a la/el niña/o

---

<sup>7</sup> Gandolfo, M.; 2006 y en observaciones y entrevistas informales que realizamos durante nuestro proceso de inserción en la institución.

como sujeto de derechos sociales trabajando la dimensión no material, que hace referencia al proceso de salud-enfermedad, trayectorias familiares, percepciones, representación en torno a la enfermedad, conflicto, crisis, etc. (Bilavcik, C.; 2003. Cit. en Gandolfo, M.; 2006:58).

Actualmente, el personal se encuentra conformado por nueve profesionales: seis de ellas en situación de “planta permanente”, una contratada, una residente de segundo año y una de primer año (la residencia es de tres años). Además, el Servicio Social cuenta con dos administrativos.

La unidad de Trabajo Social desarrolla actividades de lunes a viernes, en el horario de 7 a 15 horas, tanto para el área de internado como de consultorio externo. Los turnos programados para gestión de recursos tienen lugar los días lunes, miércoles y viernes, atendándose también “sobretornos”.

Las funciones dentro del Servicio para cada profesional responden a la división por sala de internación (una determinada cantidad de Trabajadoras Sociales por sala), programas específicos a cargo de cada una y la atención de los turnos y sobretornos anteriormente mencionados para la realización de informes sociales, para la gestión y tramitación de recursos de salud en general. Además participan en comités y comisiones intra y extraorganizacionales. La intervención profesional en sala se da por interconsulta, derivación, captación o demanda espontánea. Asimismo en algunas ocasiones se participa de las actividades en sala, como por ejemplo discusión de casos.

Teniendo en cuenta que toda intervención profesional cuenta con procedimientos básicos de trabajo que se basan en una metodología teórica-práctica de intervención y análisis, adquiriendo especificidad o particularidades según sea la problemática a abordar; los procedimientos generales de intervención disciplinaria son los siguientes:

- Recepción del caso, por derivación, interconsulta, captación o demanda espontánea.

- Lectura de antecedentes por historia clínica, informes sociales o de derivación.
- Entrevista inicial a los progenitores o responsables de la/el niña/o.
- Entrevista en profundidad.
- Entrevista con la/el niña/o. (Sólo en algunos casos)
- Coordinación de acciones con el equipo de salud hospitalario.
- Búsqueda de antecedentes de atención en otros efectores de salud y/u organizaciones comunitarias.
- Definición de las problemáticas a abordar.
- Definición de las estrategias de intervención.
- Coordinación con el equipo de salud interviniente.
- Coordinación para la referencia con los efectores de salud y/u organizaciones comunitarias para seguimiento<sup>8</sup>. Construcción de redes.
- Todas las intervenciones quedan registradas en la historia clínica de la/el niña/o y ficha social del servicio.

Respecto a los programas de los que el Servicio Social es parte o lleva adelante, pueden mencionarse los siguientes:

#### Programas Interdisciplinarios:

- Programa de Atención Integral de Niñas, Niños y Adolescentes con Fibrosis Quística.
- Programa de Educación para Niños y Adolescentes con Enfermedad Celíaca
- Programa de HIV/Sida.

#### Programas asistenciales:

---

<sup>8</sup> Si bien el término “seguimiento” hace alusión a una forma de intervención tradicional en Trabajo Social que remite al control social, aquí lo utilizamos en el sentido de una manera de acompañar el proceso de intervención iniciado, así como de evitar la re-vulneración de los derechos; además de ser considerado, desde nuestro posicionamiento, como una cuestión de ética profesional.

- Programa Córdoba Diabetes (PROCORDIA).
- Programa para el paciente con miastenia gravis.
- Programa de trasplantes (hepático, renal, cardíaco, de córneas, de médula ósea y de histocompatibilidad).
- Programa de implante coclear.
- Programa de medicación oncológica.
- Diálisis.
- Hormonas de crecimiento (gestionadas tanto a nivel nacional como provincial).
- Prótesis – ortesis (gestionadas ante el área de Acción Social del Ministerio de Salud, salvo urgencias en las que el Hospital se responsabiliza en primera instancia, siendo finalmente el Ministerio el ente que devuelve al Hospital el costo de la prótesis – ortesis).
- Medicamentos:
  - por Ministerio: cuando se trata de enfermedades crónicas.
  - por Hospital: en el caso de leches y algunos tratamientos prolongados en pacientes crónicos; los medicamentos genéricos quedan a cargo de los dispensarios y del Programa Provincial de Medicamentos.
  - por vía de excepción: cuando se trata de un medicamento que se requiere por única vez o por no más de dos veces.

### **1.3.1. El lugar del Trabajador Social en los equipos de salud: potencialidades y límites en la intervención interdisciplinaria y autonomía profesional**

Consideramos la necesidad de posicionarse individual y colectivamente como profesión. Siguiendo a Bourdieu, P. (1992. Cit. en Rotondi, G.; 2007:114) toda acción política que apunte a reforzar la eficacia de los intelectuales está condenada a dotarse de consignas en apariencia contradictorias: por un lado

reforzar la autonomía, y, por el otro lado, liberar a los productores culturales, incitándolos a luchas.

Siguiendo a Rotondi, G. (2007:109), las luchas que deben encarar las/os Trabajadoras/es Sociales son colectivas y cobran sentido y dirección en la medida en que se ponen a prueba la eficacia de nuestros saberes. Lo colectivo refiere a una estrategia de resistencia que apuesta a proyectos de mayor democratización como así también se solidariza con los propios rumbos profesionales. Las ideas son un producto de la sociedad real, de sus prácticas, de la acción de los sujetos.

Para el proyecto profesional que deseamos construir no se pueden dejar de tener en cuenta por un lado, la necesaria articulación gremio-academia para la construcción y legitimación de un proyecto colectivo; y por otro, el marco universitario actual y la posición de los intelectuales dentro de este marco. Este último punto tiene en cuenta a la Universidad como espacio social clave para el incremento de la autonomía profesional.

Consideramos de gran interés el debate que Danani, C. (2006:190-192) realiza acerca de la relación entre politización y autonomía profesional del Trabajo Social. La autora toma aportes de Bourdieu, P. (2000:76) quien plantea que “la politización de una disciplina no es el indicio de una gran autonomía”, y a partir de ello analiza los momentos socio-históricos de gran politización dentro de la profesión pero que, sin embargo, no desencadenaron en procesos de autonomía.

“Hay que evitar caer en la ‘desprofesionalización’ como eventual resultante de la ‘sobrepolitización’, y a la vez impedir también la ‘sobrepofesionalización’”, y a partir de ello afirma que hay una “cuota saludable” de politización en la profesión. (Alayón, N.; 1975:26. Cit. en Danani, C.; 2006:190).

Consideramos que, en lo que respecta a la autonomía del campo profesional, hay que seguir debatiendo, proponiendo y avanzando, especialmente haciendo hincapié en determinados espacios como por ejemplo en el área salud donde persiste un modelo médico hegemónico que no da lugar a “lo social”<sup>9</sup>.

---

<sup>9</sup> Tal como se puede percibir en el Hospital de Niños de la Santísima Trinidad.

### **1.3.2. El Servicio Social en el campo de la salud: la lucha por la disputa de espacios ante la hegemonía médica**

Cuando hablamos acerca de la posición del Servicio Social dentro de la organización, hacemos referencia a una serie de condicionantes que establecen el lugar asignado y asumido en la misma.

Entendemos, siguiendo a Bourdieu (s/f Cit. en Gutiérrez, A.; 2005:31-34), a la organización como un campo; "(...) como conjunto de relaciones objetivas entre posiciones históricamente definidas. (...) Se va conformando en torno a un capital específico y en la medida en que alrededor de ese capital en juego se va constituyendo un mercado específico". Campo de fuerzas y relaciones de fuerzas, donde los intereses de los distintos actores se ponen en juego para definir posiciones. Se debe reconocer al Servicio Social como un actor con intereses y capitales específicos acumulados por su trayectoria en la organización en cuestión, frente a otros actores con capitales e intereses similares y diferentes. Esta confrontación de intereses se da dentro de un campo en el cual predomina un paradigma biologista de la salud.

El Hospital es una institución atravesada por el poder médico hegemónico, de funcionamiento verticalista, determinista con recursos humanos básicamente médicos, donde la visión parcializada del sujeto se torna límite para el accionar de otras disciplinas de carácter social que intentan revertir la constante fragmentación del niño-"paciente". El Servicio Social cuestiona esta visión introduciendo la concepción de niña/o como sujeto de derechos y entiende a la salud-enfermedad como proceso social. Esto pudo ser observado en nuestro proceso de inserción y en nuestras prácticas académicas pre-profesionales cotidianas. También se refuerza en algunas frases que a continuación se citan de una entrevista realizada a la Lic. Bilavcik en el año 2011<sup>10</sup>.

*"(...) el trabajo social trata un poco de tener una visión integral, en el sentido de está bien, este niño está enfermo, tienen un problema de salud. Pero este niño pertenece a una familia con determinadas condiciones... ¿de qué condiciones*

---

<sup>10</sup> Entrevista realizada el 30/05/2011 en el marco del Seminario de Derechos Específicos correspondiente a la Licenciatura en Trabajo Social de la UNC. Ver anexo, página 121.

*estamos hablando? Y a partir de ahí empezar a trabajar la cuestión del derecho; esa es la visión que estamos tratando de imponer en el servicio. Que bueno, a veces choca con el resto digamos de no solamente la organización sino de las políticas sanitarias que están atravesando este momento, que son totalmente focalizadas. (...) Y el interés superior de los niños no existe (refiriéndose a las prácticas que se llevan a cabo en el Hospital en general), así les digo en concreto, está en la letra pero no en los hechos (...) Lo que existe es un interés superior de la cuestión económica. Porque lo que prevalece es, todavía una política totalmente focalizada y no desde los derechos”.*

La concepción de sujeto que tienen varias/os de las/os profesionales del campo de la salud (particularmente médicas/os), está directamente asociada a la forma en que se recibe a la/el niña/o en estos grandes centros de salud: considerarlo “paciente”, “enfermo”, “pobre”, “incapaz”; estas son concepciones comunes que lo ubican desde el nombre, con una carga negativa respecto de su situación de salud.

En términos prescriptivos para la intervención del Trabajo Social, el objetivo inicial cuando la/el niña/o ingresa al Hospital, es ubicarla/o dentro de su contexto particular (familiar, social, cultural, geográfico, relacional), lo cual se traduce en intervenciones profesionales más integrales. Dentro de esta integralidad se apuesta a la interdisciplina, pero la misma se constituye en otro espacio de lucha, también atravesada por las concepciones ideológicas dominantes, en la cual la disputa refiere a quien posee el monopolio del poder de conocimiento legitimado científicamente. Lo legitimado es lo perteneciente a las Ciencias Naturales, con el auge de la medicina basada en la evidencia y la comprobación científica de los hechos, en contraposición a las Ciencias Sociales, desmerecidas por aquellas.

Estas características de la intervención se ven reflejadas en el “Programa de Atención Integral a Niñas, Niños y Adolescentes con Fibrosis Quística”, en el cual intervenimos<sup>11</sup>. Esto puede entenderse, siguiendo a Foucault, M. (1976. Cit. en Ball, S.J. [comp.]; 1994:177), como consecuencia de la fragmentación del saber, la multiplicación de disciplinas y la profesionalización del discurso; donde

---

<sup>11</sup> Desarrollado detalladamente en el Capítulo III, **3.2. Estrategias: Algunas definiciones subyacentes al proceso de construcción**, página 85.

los “expertos”, “especialistas”, y/o “profesionales” producen, promueven y mantienen “regímenes de verdad”. De esta manera dichos profesionales actúan como “jueces de normalidad”, aceptando y beneficiándose de la división del saber y del debilitamiento de quien carece de un determinado conocimiento. Es decir, en este programa, se pone en juego el binomio “saber-poder” que, situado en un contexto institucional cuyo modelo hegemónico es el médico-biológico, la subestimación hacia las profesionales de Salud Mental, la Escuela Hospitalaria y el Servicio Social por parte de la mayoría de los miembros del equipo médico resultó visible en frases como: “*Y viste como es esto, cada uno se centra en lo suyo*” (Gastroenteróloga)<sup>12</sup>. Además las médicas no estaban dispuestas a trabajar en equipo e insistían, por un lado, en reducir el tiempo de la reunión, y por otro, en reducir el número de talleres a desarrollar con madres, padres y familiares.

Las tres áreas mencionadas con anterioridad pueden ser identificadas como “subordinadas” respecto al modelo imperante en la institución, y que a la vez, dados sus objetivos, prácticas y discursos, se constituyen en fuerzas contra-hegemónicas intrainstitucionales.

Es decir, el Hospital se encuentra conformado por diferentes profesionales, generando subestructuras y subculturas, donde cada profesional construye su sector de acuerdo con los requerimientos necesarios para la obtención de sus objetivos. De los diferentes intereses, las diferentes visiones y divisiones del mundo, resultan prácticas de salud particularizadas y atención fragmentada de la/el niña/o. Sumado a ello el desconocimiento del rol del Trabajador Social, generalmente asociado a la gestión de recursos materiales -y el poco interés por conocerlo-, por parte del resto de los profesionales del Equipo de Salud, hace que las interconsultas hacia el Servicio no siempre sean pertinentes, no acordes a nuestra especificidad en reiteradas ocasiones. Esta situación impide la puesta en práctica de estrategias coherentes, que entienden a la organización como un todo.

Cabe mencionar también, que los condicionantes burocráticos de este tipo de organizaciones ponen otro límite al trabajo diario, con una serie de trabas que

---

<sup>12</sup> Registro de la reunión semanal interdisciplinaria del Programa de Atención Integral a Niños, Niñas y Adolescentes con Fibrosis Quística del día 24/04/2012. Cuaderno de campo.

entorpecen el ejercicio profesional y lo lentifican. Dichos condicionantes limitan la intervención desde el Trabajo Social en el campo de la salud.

Asimismo, las condiciones de trabajo a nivel organizativo dentro del Servicio, según lo que hemos observado, se presentan favorables para desarrollar un ejercicio profesional basado en criterios asignados a cada una de las Trabajadores Sociales, con supervisión de casos y apoyo entre pares. Este facilitador genera un ambiente de trabajo estableciendo responsabilidades acordes a las tareas asignadas. Además, el trabajo por proyectos con tareas determinadas para cada profesional a cargo, es un facilitador por el que se establecen referentes desde el Servicio Social en relación a patologías específicas que requieren de intervenciones particulares, permitiendo la evaluación continua de las intervenciones y la redefinición de las mismas.

Si bien algunos proyectos son de carácter disciplinario, el fin último es el abordaje interdisciplinario, de acuerdo a las posibilidades y limitaciones que ofrece el campo. Se plantea por tanto, desde el Servicio Social, el fortalecimiento de la disciplina, con la capacitación continua y en servicio, para permitir reflexionar sobre las prácticas cotidianas en la organización, ya que generalmente se naturaliza la practicidad, descuidando y desvalorizando la formación en la especificidad.

De lo que se trata entonces es de revalorizar constantemente las alianzas políticas y estratégicas que nos constituyen, como Trabajadores Sociales, en intelectuales orgánicos<sup>13</sup>.

---

<sup>13</sup> Desarrollado en el Capítulo III, 3.2. **Estrategias: Algunas definiciones subyacentes al proceso de construcción**, página 85.

#### **1.4. Del derecho al hecho: Prácticas llevadas a cabo en la intervención profesional con niñas, niños y adolescentes en el Hospital de Niños de la Santísima Trinidad**

Entendemos que una ley, que materializa un paradigma, una concepción acerca de determinados sujetos, constituye un marco jurídico que debe efectivizarse. Pero también somos conscientes de que los cambios en las prácticas, en el habitus, en lo instituido, no ocurren espontáneamente sino que requieren de un proceso de transición que interpela cuestiones materiales y también subjetivas, donde las mismas formaciones académicas -universitarias y/o no universitarias- de las/os profesionales requieren una revisión. Quizá este sea uno de los motivos por el que después de unos años seguimos hablando del “nuevo” paradigma, de la “nueva” ley; más allá de no dejar de tener en cuenta que el “viejo” paradigma tuvo una vigencia de alrededor de un siglo.

Hechas estas salvedades o consideraciones, y centrándonos en el campo que nos compete, podemos afirmar asimismo que, tras lo observado e indagado en las prácticas académicas pre-profesionales, existe una amplia brecha respecto al marco jurídico vigente y las prácticas profesionales que se llevan a cabo en el Hospital de Niños de la Santísima Trinidad en general. Mientras se “avanza” en la protección de derechos en el discurso, subsisten prácticas de control, de fragmentación, que siguen entendiendo a las niñas, niños y adolescentes como objetos. Abandonando en muchos casos el término “menor”, el contenido que subyace muchas veces al de “niño”, sigue remitiéndonos al primero. A esto debemos adicionar que la fragmentación que mencionábamos se da en el marco de un paradigma de salud médico-biológico que se configura como hegemónico, obstaculizando aún más la verdadera concepción de la niña, niño o adolescente como sujeto de derechos.

En este sentido, podemos decir que el Servicio Social de dicha institución lleva adelante sus intervenciones desde un claro enfoque de derechos tanto en el discurso, como en las intervenciones, pero esto no siempre es posible: en reiteradas ocasiones la cultura médico-hegemónica instituida en el Hospital se

convierte en un verdadero obstaculizador al respecto. Una situación que ejemplifica lo mencionado lo constituyen las frecuentes intervenciones que se realizan desde el Servicio Social por derivaciones de sala (de internación): la Trabajadora Social comienza su intervención (que según el marco institucional sólo es llevada a cabo con las niñas, niños o adolescentes hospitalizadas/os) y el personal médico -quien realizó la derivación/interconsulta- le otorga el alta hospitalaria a la niña/o o adolescente, cuestión por la que la Trabajadora Social ve truncada su intervención. Desde el Servicio Social se entiende que esto constituye (además de una desvalorización y un no-reconocimiento de nuestra especificidad) una vulneración de los derechos de la niña, niño o adolescente, cuya situación no es abordada de manera integral, como la ley establece, prevaleciendo como único motivo de internación y externación la dimensión médico-biológica.

Lo mismo sucede con los intentos de abordaje integral que plantean los Programas intra-institucionales, como es el caso del Programa de “Atención Integral de Niñas, Niños y Adolescentes con Fibrosis Quística”. Además de tratarse de programas que agrupan a los sujetos por su patología -médica-, se visualiza la prevalencia del paradigma médico-biológico, como desarrollamos en apartados anteriores y posteriores.

Para finalizar este apartado, extraemos de una entrevista realizada en el año 2011, algunas afirmaciones de la jefa del Servicio Social del Hospital de Niños<sup>14</sup> que resultan ilustrativas al indagar sobre cómo se entiende el interés superior del niño desde el Servicio Social y desde la Institución:

*“Si nosotros decimos el interés superior del niño lo primero que se tendría que considerar es a este sujeto en su integridad. Pero no se considera así sino que se considera de manera fragmentaria porque cada especialidad y super-especialidad cada vez vamos más a la super y super especialidad cada vez va fragmentando más a este niño... O sea que cada vez que se complejiza más la atención, se super-especializa la atención en la medicina se fragmenta más la atención de este sujeto que tendría que ser el niño. Estamos hablando de un sujeto que recibe una atención fragmentada. Asimismo de manera ahistórica, o*

---

<sup>14</sup> Entrevista realizada el 30/05/2011 en el marco del Seminario de Derechos Específicos correspondiente a la Licenciatura en Trabajo Social de la UNC. Ver anexo, página 121.

*sea no se considera tampoco siquiera en qué contexto se mueve, cuál es el contexto inmediato familiar. De qué composición, de qué grupo familiar estamos hablando, qué tipo de representaciones prevalecen con respecto al proceso salud-enfermedad en esa familia, qué contenidos culturales o qué situaciones atraviesa generalmente el niño que llega acá. Si bien viene por una enfermedad digamos, también es emergente de una situación familiar determinada que está atravesada no solamente por condiciones materiales sino también condiciones simbólicas y dentro de eso simbólico está también digamos como ven ellos a la enfermedad y a la salud. En la organización predomina un modelo médico hegemónico. Que es un modelo funcionalista, positivista y fragmental”.*

Es por esto que decimos que en las prácticas, y aún en los discursos, hay mucho para trabajar en esta brecha entre “el derecho y los hechos”.

# Capítulo III

## Nuestros sujetos de intervención

## **2.1. Contradicciones del sistema y relaciones de poder como generadoras de obstáculos: cómo atraviesan a las/os sujetos de intervención**

Hablaremos de *sujetos* como una categoría abarcativa, capaz de denominar indistintamente a lo que la sociología estructural-constructivista bourdiana categoriza como “agentes” y “actores”. Asimismo, resaltamos que a lo largo de nuestro proceso, en situaciones concretas, realizamos la distinción correspondiente, entendiendo por *agentes* a quienes desarrollan sus prácticas acordadas -en buena medida- con la posición que ocupan en el espacio social; y por *actores* a quienes además de ser agentes, toman decisiones en sus acciones, de manera más autónoma –aunque siempre insertos en relaciones de poder- con potencial de creación e innovación.

En este marco, sostenemos que la vida cotidiana de los sujetos encuentra obstáculos en su reproducción, siendo que algunos de ellos resueltos y otros no tan fácilmente. En algunos grupos sociales, dichos obstáculos tienen su base macrosocial estructural en lo que denominamos “cuestión social”, definida por Castel como

La aporía fundamental en la cual una sociedad experimenta el enigma de su cohesión y trata de conjurar los riesgos de su fractura (...) El origen de la cuestión social se remite a la contradictoria relación capital-trabajo y debe ser analizada como producto del modo de organización capitalista; por lo que va adquiriendo diversas particularidades según los diferentes procesos económicos, políticos, sociales y culturales que acontecen en las sociedades. (Castel, R.; 1997:20).

Las manifestaciones de esta contradicción capital-trabajo son producto entonces de un sistema que las genera, como condición necesaria para su funcionamiento, y que no las resuelve; las cuales tienen expresión en la vida cotidiana de los sujetos, convirtiéndose en obstáculos para la reproducción cotidiana y social.

Atravesadas por los procesos de distribución secundaria del ingreso, que dan particularidad a cada contexto histórico, dichas contradicciones son las que delimitan las situaciones problemáticas y dan lugar a la intervención profesional en una diversidad de campos, entre ellos el campo de la salud, al cual nos referimos específicamente en esta tesina.

### **2.1.1. La población del Hospital: la importancia de identificar diversas realidades en los sujetos que la constituyen**

En el Hospital de Niños de la Santísima Trinidad, como en la mayoría de los centros de salud, es común homogeneizar a la población bajo el término “pacientes”. Esta denominación proviene de la función curativa de la salud pública y denota a la/el “enfermo”, a la persona que va a recibir tratamiento, la/el que tiene la paciencia de esperar. Además da cuenta de un sujeto pasivo, no protagonista de su proceso salud - enfermedad. Siendo este un término fuertemente instituido, que remite al paradigma biologista, biomédico hegemónico, reivindicamos la necesidad de visibilizar a la población que concurre al Hospital como ***niñas, niños y adolescentes que atraviesan una situación desfavorable en su proceso salud-enfermedad, como sujetos de derecho protagonistas de dicho proceso.***

Las expresiones de la cuestión social que mencionábamos en el apartado anterior, tienen su manifestación en la población que concurre al Hospital de Niños. Resaltando su particularidad, (como organización sanitaria pública, provincial, de tercera complejidad, materializadora de la institución salud, y potencialmente- del derecho a la salud) y mediante lo observado y analizado en las prácticas académicas pre-profesionales, puede afirmarse que ***dicha población es heterogénea***. Pueden diferenciarse en tres “grupos” (también heterogéneos) pero que a los fines analíticos categorizaremos como: no pobres, empobrecidos y

pobres estructurales. Cabe aclarar que entre estos grupos existen diferencias respecto a la acumulación de capitales<sup>15</sup> económicos, sociales y culturales.

Los “no pobres” son aquellos sujetos que optan por la atención en el subsistema público por motivos diversos<sup>16</sup>, pero que, respecto a los capitales con los que cuentan, pueden optar también por los otros subsistemas.

Los “empobrecidos”, son aquellos que, generalizando, cuentan con capital cultural y social pero vieron disminuido su capital económico por diferentes motivos: discontinuidad en los empleos, crisis económicas, etc.

Los “pobres estructurales” son aquellos cuyos capitales cultural y económico generalmente han sido reducidos, de generación en generación (“círculo vicioso de la pobreza”), pero no así -o no necesariamente- su capital social.

Hemos tomado algunas variables o criterios para realizar esta categorización, tanto en lo que refiere a la población general como a los casos concretos que sistematizamos en apartados posteriores. La consideración de los capitales que se mencionan con anterioridad constituye el eje que atraviesa dicha categorización. Asimismo, tuvimos también en cuenta algunos datos extraídos de las entrevistas de admisión realizadas en el marco de los programas de Fibrosis Quística y Celiacía, y además aquellas realizadas por las derivaciones en los casos de maltrato o sospecha. Estos datos refieren a la existencia/inexistencia de transferencias formales del Estado; la situación habitacional, teniendo en cuenta la forma de tenencia de la vivienda (propia, alquilada, prestada, usurpada, etc.), y la cantidad de habitaciones en relación a la cantidad de corresidentes en la misma; la ocupación de las/os adultas/os responsables<sup>17</sup>; la existencia/inexistencia de obra social, considerando en el caso de la existencia de dicha obra social, si proviene de la política corporativa (por inserción en el mercado formal de trabajo) o de políticas residuales (como es el caso de PROFE, obra social asignada a

---

<sup>15</sup> Capitales según Bourdieu.

<sup>16</sup> Dentro de esos motivos podemos mencionar la existencia de programas interdisciplinarios; el prestigio de algunas/os profesionales que allí trabajan; entre otros.

<sup>17</sup> Trabajo formal -estable- o trabajo informal -inestable-, como así también el trabajo doméstico; este último como una cuestión atravesada por el género, siendo las mujeres también las encargadas del trabajo de relación y cuidado hacia los miembros de la unidad doméstica.

quienes poseen pensiones no contributivas); la existencia/inexistencia de embarazos adolescentes fueron otros de los criterios tomados.

## **2.2. Debates del Servicio Social acerca del sujeto de intervención**

Históricamente, los sujetos de intervención del Servicio Social del Hospital de Niños, fueron “las familias, entendidas como organizaciones complejas y heterogéneas, que se encuentran en situación de vulnerabilidad y que inciden en el proceso de Salud / Enfermedad de los niñ@s” (Bilavcik, C. y Rimondi, C.; 2012:s/p), siendo el objetivo general del Servicio intervenir disciplinaria e interdisciplinariamente con estos sujetos.

Durante las discusiones que tuvieron lugar en las capacitaciones de servicio realizadas semanalmente desde marzo de 2012, se instaló de manera “central” - podríamos decir, evaluando el proceso- la redefinición del sujeto de intervención de las trabajadoras sociales en el Hospital.

La sanción de la Ley Provincial de “Protección y Promoción Integral de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes” Nº 9944 en mayo de 2011, configuró un nuevo marco jurídico para el campo de la niñez, estableciendo la materialización de nuevos mecanismos para la intervención. El campo de salud, y sobre todo, el Hospital de Niños, que tiene como población a niñas, niños y adolescentes entre 0 y 14 años, no es ajeno al atravesamiento de esta institucionalidad en construcción. Sin dejar de mencionar los obstáculos que cotidianamente implican en la actualidad las “lagunas” correspondientes a este período de transición, comienza a cuestionarse al interior del Servicio, “¿quiénes son los sujetos de nuestra intervención, las *familias* o las *niñas, niños y adolescentes*?”.

De manera más específica, el marco jurídico vigente interpelaba la práctica concreta que el Servicio Social llevaba a cabo hasta entonces respecto a “escuchar la voz del niño y que su opinión sea tenida en cuenta”. Por lo general,

no se realizaban entrevistas con niñas, niños y adolescentes, siendo estas realizadas por el área de Salud Mental<sup>18</sup>.

En el marco del Seminario de Orientación Temática que tuvo lugar durante el primer período del proceso, concluimos en que el sujeto de intervención no eran ya las familias, sino un ***sujeto complejo: el niño-familia***.

Este fue el punto de partida que dio lugar a nuestra estrategia de intervención<sup>19</sup>. Asimismo queremos resaltar que en las capacitaciones de servicio, los miedos, interrogantes e incertidumbres acerca del sujeto y, concretamente, acerca de la realización de entrevistas con niñas, niños y adolescentes atravesaron la totalidad del proceso.

Estas sensaciones, relacionadas con las subjetividades que se ponen en juego frente a los cambios, fueron elementos constituyentes de la puesta en escena de una práctica instituyente, que más allá de los posicionamientos profesionales, materializa el mero discurso de entender a las niñas, niños y adolescentes como “sujetos de derecho”, en la efectivización de dichos derechos.

### **2.2.1. Consenso del debate acerca del sujeto de intervención: el sujeto complejo “niña/o-familia”**

Partimos de la afirmación de que el sujeto de intervención es un *sujeto complejo*; nos referimos a ***niñas, niños y adolescentes en situación de hospitalización y/o con enfermedades crónicas y sus familias***.

Conceptualizaremos a continuación la definición precedente:

*Las niñas, niños y adolescentes* son sujetos sociohistóricos y culturales situadas/os en un contexto particular y atravesadas/os por instituciones sociales que se constituyen en –al menos potenciales- constructoras de representaciones y relaciones, subjetivas y sociales. Este contexto particular se manifiesta como un campo en donde distintas miradas (de las/os profesionales y sus familias) sobre

---

<sup>18</sup> Es necesario aclarar que si bien se intenta un trabajo interdisciplinario, el objetivo de las entrevistas con niñas, niños y adolescentes no es el mismo para Salud Mental y para el Servicio Social; cada uno tiene su propia especificidad.

<sup>19</sup> Estrategia que será desarrollada en el capítulo siguiente.

las/os niñas/os y adolescentes se encuentran en disputa. Asimismo, nos posicionamos entendiéndolas/os no sólo como sujetos de necesidades, sino también como ***sujetos protagonistas de sus propias vidas, creadores, como sujetos políticos, capaces de decidir y de transformar, como sujetos condicionados por su contexto, pero también condicionantes del mismo.***

La *situación de hospitalización* remite al período de internación que la niña, niño o adolescente vivencia, con la incidencia en la familia y la repercusión escolar, laboral y social que esta “estadía” conlleva. Tomando aportes de Grau Rubio, C. (2002:5), muchas de las hospitalizaciones se producen un día, de pronto, y la/el niña/o y/o adolescente debe abandonar varias de sus actividades de la vida cotidiana. De esta manera, la vida cotidiana se interrumpe y las madres, padres, o cuidadores deben ausentarse del trabajo y de sus hogares para poder estar con su hija/o. Puede que sea necesario que algún/a pariente o vecino/a cuide a las/os demás hijas/os. Generalmente, quien padece una enfermedad se convierte en el foco principal del tiempo y la atención, mientras que las demás preocupaciones familiares quedan en un segundo plano.

Como consecuencia de la hospitalización infantil, las interacciones entre el niño y su medio físico y social se alteran. El niño, entre otras cosas, debe integrarse en un nuevo sistema, lo que origina una fuente importante de conflictos y tensiones. (...) a la separación del entorno familiar se le suman los efectos del contacto con un ambiente extraño (...) la privación cultural y escolar (...) Las consecuencias de todo esto se reflejarán en una disminución en el niño de las relaciones sociales, un efecto natural que suele seguir siempre a las restricciones que le son impuestas al niño en su interacción con el medio. (Lizasoain, O. y Polaino-Lorente, A.; 1987. Cit. en González-Simancas, J. y Polaino-Lorente, A.; 1990:121).

Las *enfermedades crónicas* son definidas por Sargent (1985. Cit. en González-Simancas, J. y Polaino-Lorente, A.; 1990:124) como “una alteración de curso prolongado, que puede ser progresiva y fatal, o bien asociarse con una vida

relativamente normal, a pesar de la propia enfermedad y sus repercusiones físicas”.

Dichas enfermedades crónicas requieren una atención médica constante cuya intensidad dependerá del tipo de enfermedad y de cada situación particular. Asimismo, González-Simancas, J. y Polaino-Lorente, A. (1990:125) mencionan que “La enfermedad también supone un reto emocional y conductual para toda la familia. Las actividades familiares pueden verse modificadas y la vida familiar alterada, como consecuencia de la enfermedad y/o la consiguiente hospitalización de uno de sus miembros”.

El descubrimiento de una alteración hace del niño un ser especialmente vulnerable, al que se le dedica una mayor atención por parte de sus padres (Lizasoán, O. y Polaino-Lorente, A.; 1987. Cit. en González-Simancas, J. y Polaino-Lorente, A.; 1990:121). Este hecho puede conducir en algunos casos a una sobreprotección, que tal vez suscite en el niño un cierto sentimiento de duda respecto de su eficacia potencial para controlar el medio, lo que consecuentemente restringirá su sentido de responsabilidad. Como resultado de ello, la competencia individual y la autonomía personal pueden disminuir o retrasarse en su desarrollo, a la vez que el autocontrol personal y la resolución de problemas pueden resentirse o inhibirse. La natural imitación en ciertas actividades, tareas o ejercicios son otros importantes problemas en esta etapa pues, como es sabido, la exploración del ambiente es algo indispensable para el desarrollo cognitivo o intelectual del niño. González-Simancas, J. y Polaino-Lorente, A.; 1990:126).

Resulta necesario realizar una distinción entre niñas/os y adolescentes:

En el caso de niñas y niños, entendiendo que las/os cuidadoras/es son quienes portan mayor responsabilidad en relación al tratamiento, las dificultades en la adherencia pueden entenderse además como maltrato físico, por las consecuencias que la negligencia puede generar a nivel orgánico.

En el caso de las/os adolescentes (con adherencia al tratamiento durante la niñez), la situación resulta más compleja aún.

“(…) la enfermedad y la hospitalización añaden aspectos adicionales e innovadores a la crisis natural que supone la etapa de la adolescencia. Durante

esta etapa se conquista la autonomía e independencia personales, a la vez que se inician importantes procesos de maduración relativos a la competencia social, sexual y emocional. En esta etapa hay también una gran sensibilidad y preocupación por la apariencia física, siendo relativamente frecuente que la aparición de una enfermedad crónica modifique de forma significativa la imagen corporal del adolescente y, a través de ella, la aceptación de sí mismo. A los adolescentes les resulta especialmente molesto tolerar la dependencia y la falta de autonomía que se derivan de las necesidades y cuidados médicos a los que están sometidos, lo que muy a menudo les conduce a revelarse contra su enfermedad y el tratamiento médico que les ha sido aconsejado” (Gull; 1987. Cit. en González-Simancas, J. y Polaino-Lorente, A.; 1990:127).

En este tipo de situaciones subyace una complejidad que introduce a profesionales, familiares y allegados de las/os adolescentes en un campo dilemático, entre el respeto de sus propias decisiones y la insistencia de sus allegados en la continuidad del tratamiento.

Respecto a *las familias* de las niñas, niños y adolescentes, apelamos a aquellas teorías sociales que conciben a las familias como

(...) un espacio heterogéneo, cambiante, que no sólo cumple con los mandatos sociales ligados a las funciones de procreación y contención afectiva, sino también de aquellos que las responsabilizan del mantenimiento cotidiano de sus integrantes. Es así que complementamos el concepto de familia con el de unidad doméstica, como el lugar de coresidencia y desarrollo de actividades de producción, reproducción y consumo. (Gonzalez, C. y Nucci, N.; 2005:22).

Teniendo en cuenta la intervención cotidiana concreta que se lleva a cabo en el Servicio Social del Hospital de Niños, partimos de la definición precedente y ampliamos la misma dado que sostenemos que cuando se menciona a “la familia” de las niñas, niños o adolescentes desde este espacio concreto, se hace referencia a las/os adultas/os responsables (sean estas/os sus progenitores o no, es decir, sin reducirlo a la consanguinidad), el grupo conviviente/corresidente, su familia extensa no corresidente y a miembros de la comunidad; en todos los casos, con quienes se haya construido algún tipo de vínculo. Además, se

considera a la familia -así entendida- como un espacio social en donde confluyen relaciones de todo tipo, entre ellas, conflictivas.

### **2.3. Un acercamiento a la cotidianidad de nuestros Sujetos de Intervención**

Tras los aportes teóricos realizados con anterioridad, daremos cuenta a continuación de las particularidades de los sujetos con los cuales intervenimos a lo largo del proceso correspondiente a las prácticas académicas pre-profesionales: niñas, niños y adolescentes hospitalizadas/os como consecuencia de maltrato ejercido hacia ellas/os (casos derivados al Servicio Social en calidad de interconsulta) y niñas, niños y adolescentes con fibrosis quística -hospitalizadas/os o no (abordado en el marco del “Programa de Atención Integral de Niñas Niños y Adolescentes con Fibrosis Quística”).

#### **2.3.1. Niñas, niños y adolescentes víctimas de maltrato: características de los sujetos y clasificaciones del maltrato**

Podemos afirmar, en primer lugar, que la literatura sobre maltrato hacia niñas, niños y adolescentes, denominado generalmente como “maltrato infantil”, y la visibilización de la problemática, es posterior y consecuente de los estudios de género. Estos estudios se constituyeron, de alguna manera, en una denuncia respecto a las desigualdades impuestas por la cultura del patriarcado -naturalizadas hasta entonces- y rompieron con los límites tradicionales entre las esferas pública y privada (haciendo de las prácticas pertenecientes al mundo doméstico, una cuestión pública, y posteriormente también de agenda pública). Diversas situaciones de dominación dejaron de entenderse como “encerradas tras los muros de una casa”, como cuestiones en las que no se intervenía, disimulando y reafirmando los hegemónicos supuestos e ideales de familia. Estos estudios permitieron dar luz y problematizar diversas relaciones de dominación, desmitificando el ideal cristiano y occidental de la familia como espacio social privilegiado de paz, bienestar y afecto.

En estas relaciones de dominación se encuentran los maltratos hacia niñas, niños y adolescentes.

El concepto de **maltrato hacia niñas, niños y/o adolescentes** alude a “toda conducta de un adulto hacia un niño dentro de un vínculo de confianza y poder, y por lo tanto de responsabilidad, que resulta o puede resultar en un daño real o potencial en la esfera física, emocional, sexual o cognitiva. La negligencia, el abandono o cualquier tipo de explotación comercial son otras formas de conductas abusivas que, como las anteriores, no sólo afectan el desarrollo psicofísico de los niños sino también su dignidad como personas.” (OMS; 1999. Cit. en Giberti, E.; 2005:s/p).

Siguiendo a Giberti, E. (2005:s/p) por “responsabilidad” se entiende al “vínculo con el niño, niña o adolescente de cualquier persona encargada de su cuidado, sean estos padres, cuidadores, familia extensa, maestros, etc. Por lo que además puede hablarse de violencia intrafamiliar, institucional o social.

La protección de los derechos de niñas, niños y adolescentes respecto al maltrato ejercido hacia ellas/os, se encuentra ubicada en la intersección del campo de estos derechos y el campo de la salud.

Si bien existen distintas clasificaciones sobre maltrato, retomamos los aportes de Giberti, E. (2005:s/p) para realizar una tipificación:

- **Maltrato físico:** se trata de cualquier conducta no accidental de alguna persona (o más de una) en situación de responsabilidad, confianza o poder, que provoque daño físico real o potencial, enfermedad, incluso la muerte de la niña, el niño o adolescente, o lo coloque en situación de alta probabilidad de padecerla.
- **Maltrato psicológico:** implica la ausencia de un entorno contenedor de alguna figura de apego primario que favorezca en la niña, niño o adolescente el desarrollo de capacidades emocionales y sociales estables. Comprende aquellas interacciones que tienen una alta probabilidad de originar daños en el desarrollo físico, mental, espiritual, moral o social del sujeto como consecuencia de resultar inadecuadas para un determinado período del desarrollo humano, o bien insuficientes o incoherentes. Comprende tanto acciones como omisiones, por lo tanto puede hablarse de maltrato y de negligencia psicológico.

- **Abuso sexual:** involucra a niñas, niños y/o adolescentes en actividades sexuales que no llegan a comprender totalmente, ya que carece del desarrollo madurativo, emocional y cognitivo para dar un consentimiento informado acerca del o los actos en cuestión. Se manifiesta en actividades entre una niña/o y una/ un adulta/o o entre una niña/o y otro con al menos 5 años de diferencia que, por su desarrollo se encuentra en posición de responsabilidad, confianza o poder. Estas conductas comprenden desde un manoseo hasta la implicación de niñas/os y adolescentes en cualquier tipo de intercambio sexual ilegal.
- **Negligencia:** es la omisión por parte de cuidadores de proveer a la/el niña/o o adolescente aquello que necesita para su desarrollo en las áreas de salud, educación, alimentación, vivienda, desarrollo emocional y condiciones de seguridad; omisión que implique una posibilidad de producir daños en la salud o en el desarrollo psicofísico, mental, espiritual, moral o social de la niña, niño o adolescente. Se manifiesta en cualquier tipo de falta de supervisión y protección adecuadas hacia una niña/o o adolescente. Tiene consecuencias tan graves como los otros tipos de maltrato, pero no es identificable mediante un episodio específico generalmente, sino que constituye una situación de características crónicas, que desde fases muy tempranas, es limitante del desarrollo de las potencialidades, en todas las áreas, y puede implicar retrasos irreversibles en el desarrollo.

Como mencionamos, generalmente estos son los tipos de maltrato por los que niñas, niños y adolescentes ingresan en situación de hospitalización y son derivados al Servicio Social para su abordaje: maltrato físico, abuso sexual y negligencia, los tres, atravesados por el maltrato psicológico. Las intervenciones al respecto, direccionadas hacia la protección de los derechos de niñas, niños y adolescentes, dan cuenta además de la intersección entre los campos de los derechos de la niñez y el campo de la salud.

Podemos mencionar un conjunto de características o tendencias tanto en las/os niñas/os y adolescentes víctimas de maltrato, como así también de las/os adultas/os victimarios al respecto. Características que pueden entenderse además

como *indicadores* frente a situaciones concretas de “sospecha de maltrato”, denominación que comúnmente reciben las derivaciones.

Teniendo como base aspectos teóricos acerca de la temática en cuestión, considerando las experiencias vivenciadas y registradas en el proceso de las prácticas académicas pre-profesionales (en la realización de entrevistas, construcción de diagnósticos e informes sociales), realizamos la sistematización de los doce casos en los que intervenimos concretamente en la totalidad del proceso, desde la derivación a la externación.

### **2.3.1.1. Tendencias en base a la sistematización de doce casos de maltrato hacia niñas, niños y adolescentes**

Durante la finalización del proceso de prácticas académicas pre-profesionales, relevamos los casos en los que acompañamos intervenciones que tuvieron su origen en derivaciones por SMI<sup>20</sup>. Dado que acompañamos un número amplio de situaciones, decidimos tomar como muestra aquellos en los cuales nuestro acompañamiento tuvo lugar desde la recepción de la derivación/interconsulta hasta la externación de las niñas, niños o adolescentes. Con posterioridad, establecimos criterios que nos permitieron realizar una caracterización y un análisis al respecto<sup>21</sup> basándonos en nuestros registros e informes enviados a SeNAF.

Los criterios que tuvimos en cuenta fueron: *edad* (franjas etáreas: 1 mes-4 años,<sup>22</sup>; *sexo*; *tipo de maltrato*<sup>23</sup> *que da origen a la hospitalización*; *procedencia* (operacionalizado en: Córdoba Capital, Gran Córdoba, Interior de la provincia de Córdoba y otras provincias); *escolarización* (teniendo en cuenta la existencia/inexistencia de situaciones de repitencia); *victimarias/os*; *relaciones*

---

<sup>20</sup> Sigla con la que se abrevia en las derivaciones/interconsultas (y en la jerga institucional) al maltrato hacia niñas, niños y adolescentes. Remite concretamente a “Sospecha de Maltrato Infantil”.

<sup>21</sup> Como se observa a continuación, algunos de estos criterios revisten un carácter más puramente descriptivo y otros analíticos. En este último caso, pusimos en relación al menos dos criterios, en lo que suele entenderse metodológicamente como “cruce de variables”.

<sup>22</sup> Las franjas etáreas establecidas tienen como criterio de base la posibilidad (o no) de expresión y la correspondencia con la escolarización (o no) de la/el niña/o o adolescente.

<sup>23</sup> Ver Clasificación de maltrato en página 53.

*sociales*<sup>24</sup> (consideramos por un lado, las relaciones con la familia extensa y, por otro lado, las relaciones con pares. A su vez, operacionalizamos estos dos tipos de relaciones en “consolidadas”, “disminuidas” -remitiéndonos a los relatos en los cuales se expresaron situaciones conflictivas que consecuentemente produjeron esta disminución-, “escasas” y “no existentes”. En cuanto a las relaciones con pares operacionalizamos de la misma manera reemplazando las “no existentes” por “menos de cuatro años” -considerando la edad en que generalmente no existe escolarización ni participación en otras instituciones-). Otro de los criterios tuvo que ver con *percepciones, actitudes y representaciones*<sup>25</sup> (de los victimarios en relación al maltrato, de las/os niñas/os y en cuanto al quehacer de las trabajadoras sociales respectivamente). Tuvimos también en cuenta como criterio la *situación socioeconómica de la familia de origen de la/el niña/o o adolescente*, operacionalizando dicho criterio en “pobres”, “empobrecidos” y “no pobres”. Los elementos que tomamos para categorizar como “pobres” a las familias fueron: existencia de transferencias formales del Estado; en cuanto a la tenencia de la vivienda, el ser propietarios de un plan de viviendas o residir en carácter de préstamo, posible situación de hacinamiento (relación cantidad de habitaciones-

---

<sup>24</sup> Siguiendo a Custó, E. y otras (2009:s/p) conceptualizamos a las relaciones sociales como “(...) vínculo elemental, primario y social que se establece con la articulación de los hombres entre sí y un ámbito donde se manifiestan las necesidades de los sujetos sociales y sus posibilidades de frustración o satisfacción. (...) las relaciones de producción forman en su conjunto, las relaciones sociales en un contexto social determinado y en un momento histórico, constituyendo la matriz social de un sistema de relaciones sociales que se reproduce en una sociedad en particular. Formas de relaciones que se inscriben en las instituciones y organizaciones sociales.”

Asimismo, no puede dejar de mencionarse, parafraseando a Lamamato, M. (2003:40) que las relaciones sociales involucran poder, y por ellos resultan ser en última instancia, relaciones de lucha y conflicto entre sujetos o grupos de sujetos.

<sup>25</sup> Representación social es un conjunto de conceptos, enunciados y explicaciones originados en la vida diaria, en el curso de las comunicaciones interindividuales. (...) Son constructos cognitivos compartidos en la interacción social cotidiana que proveen a los individuos de un entendimiento de sentido común, ligadas con una forma especial de adquirir y comunicar el conocimiento, una forma que crea realidades y sentido común. Un sistema de valores, de nociones y de prácticas relativas a objetos, aspectos o dimensiones del medio social, que permite, no solamente la estabilización del marco de vida de los individuos y de los grupos, sino que constituye también un instrumento de orientación de la percepción de situaciones y de la elaboración de respuestas. (Moscovici, S.; 1981. Cit. en Perera, M.; 2005:44).

Parafraseando a Tenti Fanfani, E. (1992:125), las representaciones sociales pueden aparecer en los sujetos como visiones del mundo en sus dos dimensiones: descriptiva, como algo que “es” en la vida cotidiana; o en su forma prescriptiva, como algo que “debería ser”. No obstante, ambas dimensiones, en algún punto, convergen.

cantidad de miembros corresidentes), posible inexistencia de servicios públicos (agua corriente, luz, gas, etc.); ocupación de adultas/os en el mercado laboral inestable e invisibilizado (changas y amas de casa respectivamente); escolarización alcanzada por los progenitores (primaria completa/secundaria incompleta); carencia de obra social o posesión de PROFE. En cuanto a la categoría “empobrecidos”: existencia de transferencias formales del Estado; en cuanto a la tenencia de la vivienda, el ser propietarios o inquilinos, inexistencia de hacinamiento, existencia de servicios públicos; ocupación de adultas/os en el mercado laboral inestable e invisibilizado (changas y amas de casa respectivamente); escolarización alcanzada por los progenitores (secundaria completa o incompleta); carencia de obra social o posesión de PROFE. Y respecto a la categoría “no pobres”, consideramos: posible existencia de transferencias formales del Estado; ser propietarios o inquilinos de la vivienda, inexistencia de hacinamiento, existencia de servicios públicos; ocupación de adultas/os en el mercado laboral estable; escolarización alcanzada por los progenitores (secundaria completa o educación superior); existencia de obra social. Finalmente consideramos la *forma en la que tuvo lugar la externación* (aquí tuvimos en cuenta si fue por medida ordinaria, es decir, la externación se produjo con su familia de origen, respetando su centro de vida o si hubo medidas excepcionales<sup>26</sup>, en este último caso, distinguimos si la externación se produjo con miembros de la familia extensa, de la comunidad o con una familia de acogimiento).

Teniendo en cuenta entonces lo anterior, desarrollamos a continuación las tendencias existentes en estos casos:

---

<sup>26</sup> La Ley Provincial N° 9944 establece en su Art. 48 que las medidas excepcionales “Son aquellas que se adoptan cuando las niñas, niños o adolescentes estuvieran temporal o permanentemente privados de su medio familiar o cuyo superior interés exija que no permanezcan en ese medio. Tienen como objetivo la conservación o recuperación por parte del sujeto del pleno ejercicio y goce de sus derechos vulnerados y la reparación de sus consecuencias y sólo proceden cuando la aplicación de las medidas de protección integral resulten insuficientes o inadecuadas para su situación particular. Sólo serán procedentes cuando, previamente, se hayan cumplimentado debidamente las medidas dispuestas en los artículos 41, 42 y siguientes de la presente Ley.” (Los Arts. 41 y 42 remiten a “Medidas de promoción de derechos y prevención de su vulneración” y a “Medidas de protección de derechos”, respectivamente).

**Cuestiones vinculadas a la franja etárea:** Teniendo en cuenta que la población atendida por el Hospital de Niños son niñas, niños y adolescentes entre 1 mes de vida y 14 años, la mayoría de los casos tomados como muestra en nuestra sistematización -nueve de los doce- corresponde a sujetos entre 5 y 14 años. Este es un dato que nos permite visualizar algunas cuestiones respecto a la intervención desde el Trabajo Social. Por un lado, da cuenta de que en la mayoría de los casos existe la posibilidad de realizar entrevistas con dichas/os niñas/os y adolescentes (considerando, de manera general, el desarrollo del lenguaje, oral, escrito, gráfico, etc.). Por otro lado, la posibilidad de inserción de los sujetos en la educación formal y/o no formal, visibiliza una trama de redes más extensa a los fines de obtener “antecedentes”<sup>27</sup>, como así también de diseñar estrategias para la externación e identificar relaciones/grupos de pares, etc. La escolarización habilita la posibilidad de tener conocimiento sobre cambios en la conducta de las/os niñas/os y adolescentes, siendo este uno de los indicadores que debe tenerse en cuenta a los fines de un diagnóstico de la situación. A su vez, la inexistencia de estas redes también puede ser entendida en términos de indicador de la situación de maltrato.

**Género y franja etárea:** De los doce casos analizados, la mitad corresponde a niñas/adolescentes y la otra mitad a niños/adolescentes; por lo que podría decirse que no existe una tendencia respecto al género, siendo este indistinto ante situaciones de maltrato como así también respecto a las edades de las/os mismas/os (variadas).

**Consecuencias del maltrato:** Las/os niñas/os y/o adolescentes víctimas de maltrato, generalmente pueden mostrar alguna alteración dentro de los parámetros de desarrollo esperables para la edad, lo que se encuentra en muchos casos relacionado a trastornos en la construcción de los vínculos primarios.

---

<sup>27</sup> Jerga con la que denominamos los datos que otras instituciones pueden otorgar mediante llamado telefónico, acerca de la trayectoria de vida del niño y su familia.

**Tipo de maltrato que da origen a la hospitalización:** Respecto al tipo de maltrato por el que origina la situación de hospitalización, nueve de los doce casos ingresan por *negligencia* o *maltrato físico*. En todos los casos, el maltrato psicológico atraviesa a los otros, a excepción de uno que es puramente psicológico<sup>28</sup>. Una vez que se da cause al proceso de intervención, se da cuenta de que ese tipo de maltrato por el que ingresa, se encuentra atravesado por otros. En muchos casos, en un ingreso por negligencia se detecta maltrato físico y viceversa.

Asimismo, cabe resaltar que los casos analizados tienen como motivo de ingreso al Hospital alguna cuestión orgánica, inclusive, en el único en donde se detectó un maltrato más puramente de tipo psicológico, el motivo de ingreso tuvo que ver con una manifestación orgánica, y tras las intervenciones se determinó que se trataba de una situación que se conoce como “psicosomatización”. Lo mismo ocurre en los casos de negligencia, entendidos como maltratos físicos: las/os niñas/os y adolescentes son hospitalizadas/os por cuestiones orgánicas, que luego se interpreta, son resultantes de las situaciones de maltrato. Por lo tanto, el hecho de que la mayoría de los casos sean tipificados en un primer momento como negligencia o maltrato físico resulta tendencioso respecto a la institución de la que se trata ya que si las manifestaciones no fueran orgánicas, no se intervendría en las situaciones de maltrato en este Hospital. Esto da cuenta además de la hegemonía del paradigma bio-médico. A su vez, cabe destacar que son derivados por “sospechas de maltrato infantil”, lo que en muchos casos constituye una cuestión del protocolo institucional, y en el caso de comprobarse dicho maltrato, pasan a ser “caratulados” como “casos sociales”, realizando esta fragmentación característica del paradigma bio-médico.

Esto permite visualizar concretamente cómo las tipificaciones teóricas de maltrato son “modelos puros”, que en la realidad encontramos entrelazados, “combinados”. Cabe destacar que, siempre hablando de tendencias, el abuso sexual puede encontrarse “combinado” con los demás tipos de maltrato, sin que los demás tipos estén necesariamente ligados al abuso sexual.

---

<sup>28</sup> Ver descripción del caso en anexo, página 93.

**Abuso sexual:** En los casos de abuso se observó resistencia por parte de las/os niñas/os y adolescentes a que personas adultas lo toquen, examinen u observen. Se muestran generalmente temerosos ante personas adultas desconocidas. En uno de los casos de abuso sexual, también se observaron indicadores (y se comprobó) el maltrato físico. En estos casos la intervención desde el Servicio Social es más puntual, en relación a los otros casos de maltrato, dado que se canaliza por vía judicial ya que el abuso sexual es una figura penal. Por lo tanto, la intervención que desde el Trabajo Social se realiza es de “primeros intermediarios”, las demás intervenciones quedan a cargo de otros actores.

**Procedencia:** Respecto a la procedencia de las niñas, niños y adolescentes que constituyen la muestra en análisis, la mayoría -once de doce casos- son de Córdoba Capital, lo que tiene relación con las cuestiones propias de las políticas de descentralización vigentes, más allá de tratarse de un Hospital de tercera complejidad. En el caso cuya procedencia es del interior de la provincia de Córdoba, el motivo de la derivación al Hospital de Niños se debió a la inexistencia de aparatología oftalmológica necesaria en el lugar de origen.

**Percepciones de las/os victimarios:** Las/os adultas/os que ejercen maltrato contra niñas, niños o adolescentes en la mayoría de los casos pertenecen al entorno cercano a ellas/os. Concretamente en los casos trabajados son las/os progenitora/es o uno de ellos, quienes niegan las situaciones de maltrato, argumentando el episodio que lleva a la hospitalización de la/el niña/o o adolescente como un “accidente”; a la vez que tienen percepciones distorsionadas sobre ellas/os y las/os culpabilizan de la situación de maltrato *“no hace caso, es muy irrespetuoso, antes no era así” (padre)*; en varios casos puede existir una situación generalizada de violencia que atraviesa la cotidianeidad de la convivencia.

Las lesiones (en maltratos físicos) se encuentran en zonas que difícilmente se lastiman, por ejemplo, traumatismos de cráneo, hematomas en la zona de las pantorrillas, fractura de espalda; estos son algunos ejemplos que pudimos observar y que se constituyen en indicadores de que dichas lesiones no pudieron ser ocasionadas por accidentes de las/os niñas/os o adolescentes, detectados en un primer momento por personal médico.

**Maltrato y escolarización:** En cuanto a la escolarización de las/os niñas/os y adolescentes hospitalizadas/os por situación de maltrato, la mayoría se encuentra escolarizada y en los tres casos en que no están escolarizadas/os, se trata de niñas/os o adolescentes que tuvieron un período de internación prolongado, cuyo motivo tuvo que ver con negligencias y en dos de ellas/os también fueron abandonadas/os en el Hospital. Es decir, a las negligencias con repercusiones orgánicas que dan lugar a la hospitalización, se le adiciona –como una negligencia más y vulneración de derechos- la no escolarización, cuya consecuencia es la imposibilidad para la Escuela Hospitalaria de realizar la articulación con la escuela de origen; cuestión que se efectiviza en un alto porcentaje siempre que exista matriculación previa. A pesar de esta situación, la Escuela Hospitalaria trabajó con estas niñas/os y adolescentes sin la articulación con la escuela de origen.

Asimismo, cabe mencionar que estos sujetos pueden presentar perturbaciones en el aprendizaje; sentimientos de humillación, injusticia, hostilidad o venganza. Esto pudo constatarse en algunas/os niñas/os y adolescentes en la repitencia o abandono de la escolaridad; como así también en un desarrollo de lectura no acorde con la edad, cuestión que observamos en los momentos de entrevistas con dispositivos, ante la lectura de los niños/adolescentes. En otros casos sin embargo, es un indicador develado por Salud Mental (psicólogas/os), del que tenemos conocimiento como consecuencia del trabajo interdisciplinario y de la elaboración de informes psicosociales.

**Maltrato y relaciones sociales:** En la mayoría existen relaciones que podríamos denominar “consolidadas”, pero a su vez, encontramos en ellas una diversidad

muy amplia, donde un patrón de regularidad importante es la existencia de relaciones con la familia extensa materna e inexistente con la paterna, o viceversa. En las situaciones en las que SeNAF, tras la derivación, decide tomar una medida excepcional, las relaciones con la familia extensa resultan de vital importancia. Esto se visualiza en los dos casos en donde las relaciones con la familia extensa es inexistente y se produce la externación de las/os niñas/os o adolescentes con una familia de la comunidad en el primero, y con familia de acogimiento en el segundo, dado que no existen redes en la primera instancia que se tiene en cuenta -según legislación vigente- para dicha medida excepcional (familia extensa). En otros casos, en los que las relaciones son escasas o disminuidas<sup>29</sup>, y también se decide tomar la medida excepcional, esta primera instancia se torna dificultosa, tanto en términos de la responsabilización de las/os adultas/os en cuestión, como de la situación de las/os niñas/os o adolescentes dado que no existen vínculos consolidados.

En cuanto a las relaciones con pares, observamos que las situaciones de maltrato no las afectan directamente en términos de existencia/no existencia. Pero podemos destacar dos cuestiones: en primer lugar, por datos aportados por instituciones (sobre todo por docentes o directivos de las escuelas de origen) estas niñas/os y adolescentes se caracterizan generalmente por ser retraídas/os o tímidas/os; y en segundo lugar, en los casos en que la hospitalización se encontró relacionada a negligencias, la no escolarización ni concurrencia a otras instituciones u organizaciones tiene como consecuencia la ausencia de relaciones con pares. A su vez, respecto a lo último que mencionamos, se observaron durante el período de internación dificultades para relacionarse con pares, lo que podríamos vincular a la escasez de este tipo de relaciones en la trayectoria de

---

<sup>29</sup> Realizamos una diferenciación del tipo de relaciones sociales que establecen las/os niñas/os y adolescentes según la intensidad de las mismas. Denominamos relaciones “consolidadas” a aquellas en las cuales hay un contacto continuo con el otro, constituyendo una red; las “disminuidas” son aquellas relaciones en las que, por algún motivo, se ha distanciado del otro pero que hay posibilidad de revincularse y se podría considerar al otro como parte potencial de la red; y por “escasas” nos referimos a aquellas personas que cuentan con pocas vinculaciones con otros, es decir un capital social notablemente reducido.

estos sujetos y a las situaciones de maltrato que concretamente, son reproducidas con pares.

También pueden mostrarse agresivas/os o con conductas de intensa unión con adultos que le presten atención o las/os cuiden. En cuanto a las conductas agresivas, se encuentran relacionadas con una reproducción de la violencia/maltrato ejercido hacia ellas/os, en otras/os. En uno de los casos particularmente, en la entrevista, el padre del niño relata *“jamás le pego a mi hijo, pero es muy desobediente, y por ahí un chirlo o un tirón de orejas no está demás”*. En las observaciones realizadas en la sala, el niño corría por los pasillos tirando de las orejas de otras/os niñas/os hospitalizadas/os y profesionales. Por otro lado, en cuanto a las conductas de intensa unión con adultos, podría estar relacionado a la búsqueda de “la figura adulta de responsabilidad y cuidado deseada y socialmente esperable”<sup>30</sup>. Necesidad de cuidado, afecto y contención que no encuentran en su centro de vida, y es proyectada en los adultos que encuentran en el ámbito hospitalario.

**Maltrato y situación socioeconómica de la familia de origen de la/el niña/o o adolescente:** Cabe aclarar que las situaciones de maltrato no son privativas de ninguna clase social en particular. Existe una tendencia en el imaginario social de reducir dichas situaciones a familias inmersas en condiciones de pobreza, pero en realidad, no se trata más que de una cuestión de visibilidad, dado que por las condiciones de vida y porque generalmente deben recurrir a hospitales públicos, es más fácil detectarlas en estas familias que en sectores de mayores recursos, donde existen otros capitales para ocultar la violencia que ejercen hacia sus miembros. Asimismo, la heterogeneidad de la población que concurre al Hospital de Niños permite desmitificar aquel imaginario social. De los doce casos, caracterizamos a siete como “pobres” y a cinco como “empobrecidos” y “no pobres”<sup>31</sup>.

---

<sup>30</sup> Según datos aportados en una conversación informal con una psicóloga que intervino en este caso.

<sup>31</sup> Siguiendo con los criterios utilizados en la página 45.

Actitudes de las/os adultos/as según sus representaciones: Mencionaremos las más frecuentemente observadas, ejemplificando con frases extraídas de entrevistas:

- Culpabilización entre progenitores y/o familias extensas materna y paterna: *“no le hubiese pasado esto si la madre lo hubiera cuidado” (abuelos paternos de adolescente de 12 años que ingresa por descompensación tras la inexistencia de tratamiento en una enfermedad crónica).*
- Discursos socialmente esperables: hacen referencia a enunciados de las/os entrevistadas/os en donde se ponen en juego las relaciones de poder y las representaciones que giran en torno a la profesión del Trabajo Social<sup>32</sup>, principalmente la vinculada a la trabajadora social como la “quita chicos”. A su vez remiten a una moral instituida sobre el “deber ser” en las familias. *“(…) porque yo amo a mi hija... la esperé tanto a la chiquita... la veo horas y horas dormir” (padre de adolescente de 12 años que ingresa por sospecha de abuso sexual y maltrato físico). “(…) porque yo doy todo por mis hijos” (frase reiterada en diversos casos).*
- Autoritarismo de los progenitores y/o de la familia extensa: *“ocultamos el embarazo y cuando nació decidimos con el papá decir que había muerto. No podía llevarla a mi casa, mi papá me había dicho bien claro ‘otro chico no’” (madre de niña de 2 años que ingresa por caída de altura con fractura de cráneo).*
- Discursos argumentativos defensivos de los progenitores que pueden resultar desorientadores: *“todas esas marcas que tiene en el cuerpo son porque se muerde sola, se pellizca, se tira los pelos; me dijeron en el dispensario que puede ser histeria. Además tiene la marcha des-coordinada y se cae a cada rato, por eso casi nunca la sacamos afuera. Y esos*

---

<sup>32</sup> Es frecuente la representación que las personas tienen del Trabajador Social como “quitachicos”, por lo que en reiteradas ocasiones pudimos notar discursos en los que las/os adultas/os se describían como buenos cuidadores de las/os niñas/os y adolescentes a modo de ejemplo.

*moretones son por un problema en la sangre que tiene. Y dicen que la maltratamos, si la maltratáramos los hermanos estarían igual, y no tienen nada*” (madre de niña de 2 años que ingresa por caída de altura con fractura de cráneo).

- Justificación de la situación por cuestiones económicas: *“todavía no pude ir a hacerle el DNI porque no tengo plata para los cospeles y vivo muy lejos. Además no tengo con quién dejar a los más chiquitos*” (madre de niña de 9 años que ingresa por contraer tétano).
- Naturalización del maltrato: *“a veces no alcanza con retarlo y hay que darle un chirlo o un tirón de orejas”* (padre de niño de 7 años que ingresa por peritonitis y re-ingresa por infección). El niño, durante la internación reproducía esta conducta con el personal del Hospital y demás niñas, niños y adolescentes hospitalizadas/os. Cuestión esta que ejemplifica también lo que se mencionaba anteriormente respecto a la relación con pares.
- Miedo a la judicialización: *“¿me van a sacar al nene/nena?”* (Pregunta realizada en diversos casos).
- Las niñas, niños o adolescentes consideradas/os como objetos: *“yo quisiera tener la tenencia legal pero si ahora la madre se lo quiere llevar... bueno, yo me hago a un lado”* (padre de niño de 7 años que ingresa por peritonitis y re-ingresa por infección).
- Culpabilización de las/os progenitoras/es hacia la niña, niño o adolescente: *“compite por el amor que le tengo a él y a mi esposo”* (madre de adolescente de 14 años que ingresa por fractura de espalda). *“(...) contesta de la misma forma que la madre... habla por lo bajo”* (padre de adolescente de 12 años que ingresa por sospecha de abuso sexual y maltrato físico).

### **2.3.2. Niñas, niños y adolescentes con enfermedades crónicas: Fibrosis Quística y sus efectos en la salud de las/os sujetos**

La Fibrosis Quística es una enfermedad hereditaria letal que hace que ciertas glándulas produzcan secreciones anormales, cuyo resultado es una serie de síntomas entre los cuales, los más importantes afectan al tracto digestivo y los pulmones. Muchas personas con FQ mueren jóvenes, aproximadamente un 35% llegan a la edad adulta.

Los síntomas son imperceptibles en personas portadoras de un solo gen anormal. Éste controla la producción de una proteína que regula el paso de cloro y de sodio (sal) a través de las membranas celulares. Cuando ambos genes son anormales, este paso se interrumpe, provocando deshidratación y aumento de la viscosidad de las secreciones.

La FQ afecta a casi todas las células exócrinas, es decir, las que segregan líquidos en el interior de un conducto, afectando el funcionamiento glandular. En algunas glándulas como el páncreas y las de los intestinos, las secreciones son espesas o sólidas y pueden obstruir completamente la glándula. Una cantidad insuficiente de secreciones pancreáticas, que son esenciales para una adecuada digestión de grasas y proteínas, ocasiona una digestión deficiente en el 85 al 90% de los bebés con FQ. El crecimiento es lento a pesar de un apetito normal o grande y el bebé tiene músculos flácidos y es delgado.

Las glándulas que producen mucosidades en las vías aéreas de los pulmones, fabrican secreciones anormales que las obstruyen, permitiendo la multiplicación de bacterias. Las glándulas sudoríparas, las parótidas y las pequeñas glándulas salivales, segregan líquidos cuyo contenido en sal es superior a lo normal. Los trastornos respiratorios pueden desarrollarse en cualquier momento a partir del nacimiento. Todas estas alteraciones reducen la capacidad del pulmón de transferir oxígeno a la sangre.

La tos, el síntoma más perceptible, se acompaña con frecuencia de náuseas, vómitos y alteraciones del sueño.

La gravedad de la FQ varía mucho de una persona a otra, independientemente de la edad y está condicionada en gran parte por el daño

pulmonar. El tratamiento apropiado y continuo mejora la calidad y cantidad de vida, aunque en la actualidad no existe cura.

Cabe destacar que *no es posible su contagio* por convivencia o cercanía hacia otra persona. Sin embargo un aspecto relevante es que debe evitarse la permanencia de dos personas con FQ en un mismo ambiente ya que al tener cada uno distintas cepas y al estar inmunodeprimidos de manera constante, puede agravarse el estado de salud.

La terapia abarca la prevención y el tratamiento de los procesos pulmonares, adecuada nutrición, actividad física, kinesioterapia, apoyo psicológico, educativo y social; como así también la ingesta regular de fármacos. (Material ¿Qué es la Fibrosis Quística?; s/f:s/p)<sup>33</sup>.

### **2.3.2.1. El impacto de la Fibrosis Quística en los sujetos: implicancias y repercusiones en su entorno y su vida cotidiana**

Coincidiendo con González-Simancas, J. y Polaino-Lorente, A. (1990:121), muchas veces las/os niñas, niños y adolescentes que son diagnosticadas/os con enfermedades que requieren tratamientos prolongados, por las implicancias que tienen estos tratamientos en sí mismos, comienzan a disminuir su capital social y/o cuesta mantenerlo.

En algunos casos, las secuelas físicas, psicológicas, neurológicas, estéticas y afectivas les producen una baja autoestima, les sitúan en una situación de desventaja escolar respecto a sus compañeros, y les dejan en una situación de hipersensibilidad, que les produce valoraciones desproporcionadas de su verdadera situación (...) (Mijares Cibrián, J.; 1993. Cit. en Grau Rubio, C.; 2001:58). Esto se ve representado, por ejemplo, en un comentario realizado por un adolescente durante una entrevista *“No ando demostrando eso...no se nota (...) No me siento diferente, y eso está bueno porque sino...”. “Todo el colegio (autoridades y docentes) sabe del problema este que tengo. Mis compañeros no... sólo los amigos, los más allegados.”*

---

<sup>33</sup> Material elaborado y otorgado por la Escuela Hospitalaria “Atrapasueños”, sin cita de fuentes.

El diagnóstico de una enfermedad que requiere de tratamiento prolongado es una experiencia traumática, y en algunos casos inesperada, para toda la familia ya que son introducidos en un mundo extraño, complejo y con frecuencia atemorizante. (González-Simancas, J. y Polaino-Lorente, A.; 1990:127). Esto se reafirma en diversas expresiones durante las entrevistas de admisión realizadas desde el Programa de FQ.

Cuando un niño cae enfermo, “toda la familia enferma con él”<sup>34</sup>, por lo que los tratamientos deben ser integrales y referidos a todo el núcleo familiar (Grau Rubio; 2002:3). La vida cotidiana se interrumpe y las/os madres, padres, o cuidadoras/es deben ausentarse del trabajo y de sus casas para poder estar con su hija/o. Puede que sea necesario que alguna/algún pariente o vecina/o cuide a las/os demás hijas/os tal como contaron varias madres entrevistadas que debieron dejar sus hijas/os al cuidado de alguna/algún abuela/o o tía/o durante los períodos de internación. Generalmente, la/el niña/o que padece la enfermedad se convierte en el foco principal del tiempo y la atención de la familia, mientras que las demás preocupaciones familiares quedan en un segundo plano. Una madre expresó que cuando su hija debe ser hospitalizada, el hermano menor “*sabe que se queda sin hermana ni madre por varios días y que tiene que vivir con el tío*”.

Las/os madres, padres o cuidadoras/es deben recibir información detallada acerca del diagnóstico y el tratamiento para tener la tranquilidad requerida al otorgar el permiso para llevar a cabo las pruebas y procedimientos, firmar los formularios de consentimiento para el tratamiento y tomar decisiones importantes sobre la atención de su hija/o. Cabe aclarar que lo mencionado remite a lo planteado en las leyes<sup>35</sup> aunque, según lo observado en las prácticas, pocas veces se efectiviza, es decir, se trata de situaciones de vulneración de derechos. Cabe destacar que la situación de vulneración de estos derechos es más frecuente aún en los niñas/os y adolescentes. Sin embargo, resaltamos que todas/os las/os niñas/os y adolescentes entrevistadas/os tienen conocimiento del tratamiento que deben realizar, del diagnóstico y lo que ello implica en la

---

<sup>34</sup> Las comillas son nuestras.

<sup>35</sup> Ley Nacional N° 26529/09 – “Derechos del paciente en relación con los profesionales e instituciones de la salud”

cotidianeidad de los sujetos. Por lo general, a partir de los cinco años de edad comienzan a cuestionar su rutina en relación a la de sus pares, es decir, comienzan a interrogar el por qué del tratamiento que realizan. Ante estas situaciones, tanto las/os responsables de su cuidado como las/os profesionales que conforman el equipo son las/os encargados de informar, aclarar dudas, entre otras cuestiones. Así, un niño de 8 años comentó *“Con tomar los remedios y la comida todo bien, con eso no la hago renegar a mi mamá...yo sé lo que tengo.”*

Desde el equipo interdisciplinario, se abordan también aspectos concernientes a lo que denominamos “proyecto de vida”, tales como motivaciones, planes laborales, estudios, entre otros. Retomamos algunas frases expresadas en las entrevistas al respecto: *“Me quiero ir a vivir a Italia... desde chiquito siempre quise; además por todo lo que estudié en el colegio y por la descendencia de mi mamá. (...) Tengo que seguir ensayando porque está la posibilidad de bailar en otro país, ¿quién sabe si yo puedo estar ahí?”* (Joven de 21 años). *“Cuando terminen el secundario, las chicas quieren venir a estudiar a Córdoba”.* (Madre de adolescentes de 15 años).

Otro eje que atraviesa sus proyectos de vida es el referido a la posibilidad de la maternidad/paternidad. En un comienzo de la enfermedad resulta ser una preocupación que suelen tener las/os madres, padres o cuidadoras/es de las personas con FQ. Sin embargo, en la adolescencia media y particularmente en la tardía, esta cuestión comienza a afectar a estas/os adolescentes debido a la imposibilidad casi absoluta de poder ser padre; y el riesgo que implica en el caso de la maternidad para las mujeres.

Aspectos relevantes que nos devuelve la cotidianeidad del Hospital, en los casos de niñas/os y adolescentes con enfermedades crónicas, son las dificultades respecto a la adherencia a los tratamientos. En el caso de niñas y niños son las/os cuidadoras/es quienes portan mayor responsabilidad en relación al tratamiento, cuestión representada en la expresión de un padre de un niño con FQ de cinco años *“nosotros estamos encima de él para que él esté así de bien”.* Las

dificultades en la adherencia pueden entenderse además como negligencia que deriva en un maltrato físico<sup>36</sup>.

En el caso de las/os adolescentes (con adherencia al tratamiento durante la niñez), la situación resulta más compleja aún, dado que generalmente, y como consecuencia del mayor grado de autonomía que adquieren –acorde a su edad-, abandonan el tratamiento, parcial o totalmente, y por tiempos más o menos prolongados, “rebelándose” de esta forma contra la enfermedad y manifestando cansancio respecto al mismo. Una adolescente de 18 años expresó al respecto *“estoy cansada del tratamiento, más ahora que hay más y más cosas”*. En este tipo de situaciones subyace una complejidad que introducen a profesionales, familiares y allegados de los adolescentes en un campo dilemático en lo que respecta a la importancia de la realización del tratamiento para sostener una calidad de vida determinada o su derecho a desistir del tratamiento. De este modo, los intereses de la/el adolescente y de su familia son generalmente los que entran en tensión.

Cabe aclarar que la mayoría de las entrevistas de admisión al Programa interdisciplinario de FQ fueron realizadas en periodos de hospitalización. Las/os entrevistadas/os son, en su mayoría, adolescentes quienes demuestran falta de adherencia al tratamiento por lo explicado con anterioridad.

### **2.3.2.2. Tendencias en base a la sistematización de veinte<sup>37</sup> casos**

Al igual que con los casos de maltrato hacia niñas, niños y adolescentes, relevamos los casos en los que realizamos entrevistas de admisión de FQ y tomamos como muestra aquellas en las que estuvimos presentes en compañía de la trabajadora social, con una psicóloga del Programa y aquellas que realizamos solas. Con posterioridad, establecimos criterios que nos permitieron realizar una

---

<sup>36</sup> Algunos de los casos de maltrato desarrollados anteriormente se encuentran relacionados a lo que aquí planteamos. Además esto se explica en el título **2.3.1. Niñas, niños y adolescentes víctimas de maltrato: características de los sujetos y clasificaciones del maltrato**, página 52.

<sup>37</sup> De los veinte casos, diecisiete corresponden a FQ y los restantes a Celiaquía. Debido a que se trata de enfermedades crónicas -aunque con características diferentes- los criterios que utilizamos para la realización de las entrevistas y la sistematización, son los mismos respecto a las implicancias de los tratamientos prolongados.

caracterización y un análisis al respecto<sup>38</sup> basándonos en nuestros registros y en las fichas construidas durante las “entrevistas de admisión”<sup>39</sup>.

Los criterios que tuvimos en cuenta fueron: *edad* (franjas etáreas: 1 mes-4 años, 5-9 años, 10-14 años y 15-más de 15 años)<sup>40</sup>; *sexo*; *procedencia* (operacionalizado en: Córdoba Capital, Gran Córdoba, Interior de la provincia de Córdoba y otras provincias); *tipología familiar*<sup>41</sup> (categorizándolas en “nuclear”, “extensa” y “ensamblada”); *situación socioeconómica de la familia de origen de la/el niño o adolescente y la existencia de obra social*; *escolarización* (teniendo en cuenta la existencia/inexistencia de situaciones de repitencia, de abandono y la relación con la Escuela Hospitalaria “Atrapasueños” durante períodos de internación); *relaciones sociales*; y finalmente, tomamos *subjetividades, actitudes y representaciones* en cuanto al proceso de salud-enfermedad en general.

Teniendo en cuenta entonces lo anterior, desarrollamos a continuación las tendencias existentes en estos casos:

FQ y franja etárea: Más allá de la franja etárea que atiende el Hospital de Niños, la FQ al ser diagnosticada en los primeros años de vida (generalmente antes de los 2 años<sup>42</sup>), y al contar el Hospital con un equipo interdisciplinario que a pesar de las críticas que surgen, aborda la FQ a través de un programa, el límite de edad se ve desdibujado, concurriendo al nosocomio personas con FQ de hasta 26 años de edad. Esto resulta ser una consecuencia de que en la mayoría de los hospitales

---

<sup>38</sup> Como se observa a continuación, algunos de estos criterios revisten un carácter más puramente descriptivo y otros analíticos. En este último caso, pusimos en relación al menos dos criterios, en lo que suele entenderse metodológicamente como “cruce de variables”.

<sup>39</sup> Ver Registros de entrevistas de admisión al Programa de FQ en anexo, página 190.

<sup>40</sup> Las franjas etáreas establecidas tienen como criterio de base la posibilidad (o no) de expresión y la correspondencia con la escolarización (o no) de la/el niña/o o adolescente, como así también la diferenciación existente entre la niñez y la pre-adolescencia/adolescencia respecto a la adhesión al tratamiento.

<sup>41</sup> Tomamos la tipología familiar como un criterio dado que existe una potencial relación con los cuidados que requiere el tratamiento de la FQ. Esto se desarrolla en los párrafos siguientes.

<sup>42</sup> La mayoría de estas personas fue diagnosticada durante el primer año de vida y esto se vincula a las propias características sintomáticas de la enfermedad. Por lo general, en los recién nacidos, el test del talón arroja valores alterados, indicio por el cual luego se sigue indagando hasta llegar al diagnóstico.

de adultos, no hay programas ni equipos interdisciplinarios de FQ. Sin embargo, cabe aclarar que en la actualidad se está trabajando para conformar equipos interdisciplinarios que aborden la FQ en hospitales para adultos como así también para la articulación en el pase del Hospital de Niños a dichos nosocomios.

**Procedencia:** Quince de los veinte casos son del interior de la provincia de Córdoba y del Gran Córdoba, situación que da cuenta del Hospital de Niños como centro de salud de referencia de la zona y de alta complejidad, con equipos profesionales especializados en esta enfermedad. Además estas/os niñas, niños y adolescentes han sido diagnosticadas/os (o han confirmando su diagnóstico) en este hospital ya que en su lugar de origen no podían determinar un diagnóstico preciso (ya sea por la inexistencia de insumos necesarios o de profesionales especializados).

**Tipología familiar:** En cuanto a la conformación familiar, varias de ellas son “familias extensas”, situación que podría entenderse como una estrategia de reproducción cotidiana de la existencia, principalmente en lo que respecta a las tareas de cuidado de estas/os niñas, niños y adolescentes.

**Situación socioeconómica y obras sociales:** En lo que respecta a la situación socioeconómica, diecisiete de veinte sujetos-familias entrevistados no pertenecen a la categoría de “pobres estructurales”, siendo la mayoría de ellos “no pobres”. Esta situación da cuenta nuevamente de la heterogeneidad de población que concurre al Hospital y la importancia que se le otorga a la existencia de un equipo que trabaja de forma conjunta y articulada (principalmente en lo que respecta a las cuestiones médicas, a las que las familias, por lo general, le otorgan mayor importancia) en la atención de la FQ en un mismo espacio.

La mayoría posee también obra social, por lo general PROFE<sup>43</sup> (debido a la pensión no contributiva otorgada por la situación en la que se encuentran) y se

---

<sup>43</sup> Programa Federal de la Salud

encuentran frecuentemente en la actualidad con obstáculos ante la obtención de medicamentos, por cuestiones que se centrarían en la inexistencia o escasez de los mismos. Asimismo, la situación de vulneración de derechos no es privativa de PROFE. Quienes tienen otras obras sociales, por lo general relatan situaciones presentes o pasadas en las que debieron enfrentarse a numerosos obstáculos para conseguir la cobertura necesaria, y en algunos casos además, se han presentado recursos de amparo.

**Familias con varios integrantes con FQ:** Es importante mencionar que ocho de 20 casos tienen algún otro miembro en la familia (sea del grupo conviviente o no) con FQ. La madre de un niño de 8 años de edad comentó: *“Cuando lo diagnosticaron fue muy movilizador porque hacía muy poco había fallecido mi hermana por fibrosis quística. Además también conocía porque él tiene un primo con lo mismo que también se hace atender acá en el hospital.”* Estas situaciones que responden al carácter de herencia genética, tienen fuertes repercusiones en materia de representaciones, aspecto que se desarrolla en párrafos siguientes.

**Escolarización:** En cuanto a la educación, la mayoría de las/os niñas, niños y adolescentes se encuentran escolarizadas/os. La Escuela Hospitalaria “Atrapasueños” también forma parte de este equipo interdisciplinario, ocupando un lugar central en el trabajo con ellas/os y la articulación con sus escuelas de origen. Además, en más de una ocasión, las maestras de la Escuela Hospitalaria han concurrido con algunas médicas a las escuelas (de Córdoba, Gran Córdoba y el interior de la provincia) para explicar asuntos referidos a la FQ, tanto a maestras/os, profesoras/es y directivos como a las/os compañeras/os de dicha institución. Uno de los objetivos principales de estas explicaciones refiere a prevenir situaciones de discriminación basadas en la errónea creencia del “contagio”.

**Relaciones sociales:** En lo que refiere a las relaciones con la familia extensa, generalmente las relaciones consolidadas se dan o con la familia materna o con la

paterna (pero no con ambas a la vez). Aquí entran en juego otras cuestiones vinculadas al cuidado que se le otorga a la salud, como por ejemplo, si se logra dimensionar o no la enfermedad respecto a características, tratamiento y cuidados generales necesarios. Estas variables muchas veces son las que las/os responsables de las/os niñas/os y adolescentes toman en cuenta en primer lugar, condicionando relaciones de confianza (o no) para permitirles el cuidado o estadía en las casas de otros familiares. Concretamente, un factor condicionante en relación a lo que venimos planteando, es la presencia de miembros de la familia extensa con hábitos de fumar en espacios cerrados en los que se encuentra alguna persona con FQ. Esto, sin dudas, da cuenta de que no logran dimensionar las implicancias de la enfermedad.

Las relaciones con los pares se corresponden con las instituciones a las que asisten las/os niñas, niños y adolescentes, sin dejar de considerar los condicionantes en materia de los tiempos que requiere el tratamiento. A la vez, en muchas de estas relaciones se da una cuestión de “cuidado y protección” como se mencionan en diversas entrevistas. Por otro lado, en varias entrevistas se menciona la existencia de relaciones fuertemente consolidadas con una o dos personas de la misma edad. Esto se puede vincular con cuestiones planteadas generalmente por las/os adolescentes con respecto al cansancio que genera la reiterada situación de explicación a varias personas acerca de la enfermedad. Así, a modo de ejemplo, una adolescente de 18 años expresó *“No me molesta que me pregunten, pero tampoco me gusta hablarlo”*. Particularmente, en la adolescencia es cuando empiezan a salir a bailar, los primeros noviazgos, etc. y las relaciones con los pares ocupan un lugar central. Todas estas situaciones influyen en la adherencia al tratamiento, que comienza a ser irregular en algunos casos<sup>44</sup>.

Impacto en la vida cotidiana: Es importante remarcar que el tratamiento es continuo, ocupando una considerable cantidad de horas diarias, por lo que la

---

<sup>44</sup> Remitirse a **2.3.2.1. El impacto de la Fibrosis Quística en los sujetos: implicancias y repercusiones en su entorno y su vida cotidiana**”, página 67.

mayoría de las/os niñas, niños y adolescentes van a la escuela y además deben realizar el tratamiento, lo que obstaculiza generalmente la posibilidad de participación en otra/s institución/es y actividades. Sin embargo, quienes asisten a otras instituciones (además de la escolar) lo hacen en aquellas donde practican actividades que aportan al tratamiento de algún modo (por ejemplo pilates, natación, entre otros). Por lo general, se hace hincapié en aspectos referidos a mejorar la capacidad respiratoria.

**Subjetividades, actitudes y representaciones:** Mencionaremos algunas representaciones, percepciones y actitudes observadas con frecuencia, ejemplificando con frases extraídas de entrevistas:

- Miedos y angustia: según lo observado y registrado, es una variable que atraviesa a la totalidad de los casos analizados, variando según el tipo de FQ (gravedad de la afección), el tiempo del diagnóstico y los momentos puntuales que las niñas, niños y adolescentes se encuentren vivenciando en su desarrollo. En la mayoría de los casos, en el momento del diagnóstico no se registran conocimientos previos sobre la enfermedad, cuestión que desencadena sentimientos de angustia relacionados a lo que se conoce como “duelo por el proyecto de hijo deseado”, sumado a un estado de confusión considerable en cuanto a la información recibida en materia de las características de la enfermedad, del tratamiento y de su pronóstico. Esto se visualiza en el relato de la madre de una niña de 10 años, quien respecto al momento del diagnóstico mencionó *“al principio no entendía nada. Tenía 7 meses, estaba internada y en el diagnóstico médico le ponían ‘FQ’, pero no me decían nada. El papá empezó a averiguar antes de que nos dieran concretamente el diagnóstico; vino en un momento y me dijo ‘se va a morir’. Caí en un pozo depresivo, la nena volaba de fiebre y yo como si nada, estaba tirada en la cama. Hasta que mi mamá me levantó de los pelos, me pegó dos cachetadas y después mi hermana me dio un sermón también, y ahí es como que reaccioné”. “Fue un shock terrible (...) hay gente que te llena de dudas”*. Otra madre de un niño de 2 meses, cuyo

diagnóstico había sido otorgado una semana antes de la entrevista, mencionó *“nunca había escuchado, me cuesta entender un poco todavía y creerlo”*. A su vez, en los casos en los que, en el momento del diagnóstico, existían conocimientos previos, dichos conocimientos provenían de la existencia de algún familiar con FQ, por lo general, ya fallecido; cuestión que por ende, era también causante de miedos y angustias debido a estas particularidades en la trayectoria de vida de los progenitores (en varios casos, se trataba de alguna/algún hija/o ya fallecido por FQ). La mamá de un niño de 1 año expresó que en el momento del diagnóstico sintió miedo ya que *“se me murió una hija a los 8 meses de FQ, hoy tendría 11 años; entonces con él fue duro por miedo a que pase lo mismo”*. Otro miedo que resulta frecuente en las entrevistas, es el miedo a la discriminación *“muchas veces, por ignorancia, los padres de los otros chicos le tienen miedo al contagio, y por eso pueden llegar a discriminar, por suerte hasta acá no, pero hay que ver más adelante cuando sea más grande”* (madre de niña de 10 años).

- Sobreprotección: Cabe aclarar que muchas veces, las/os niñas, niños y adolescentes con FQ son “sobreprotegidas/os” por las/os responsables de su cuidado y esto deriva (generalmente) en una diferencia en cuanto al nivel de exigencia con otros miembros del grupo familiar o en mayores consideraciones, debido a las representaciones que tienen en cuanto a la enfermedad. Así una madre comentó respecto al nivel de exigencia para con su hija de 20 años: *“A todos nuestros hijos les exigimos pero ella por la FQ siempre hizo como quiso. No es que a ella se le dé más sino que se le da primero las cosas y por eso surgen celos de las hermanas.”*. El padre de un niño de 5 años también contó: *“Muchas veces hace lo que quiere, no siempre, pero a veces sí.”*
- En lo que respecta a los talleres organizados por el Programa de FQ para familiares de niñas, niños y adolescentes, los principales intereses expresados en una actividad por las/os madres, padres y/o cuidadores se centraron en los avances en cuanto a tratamiento, medicamentos y

transplante. Esto denota la prevalencia del paradigma bio-médico en las representaciones que se tienen en cuanto al estado de salud como ausencia de la enfermedad. Sin embargo, después de un tiempo, comenzó a ser reconocida por las/os adultas/os la importancia de un espacio grupal para ellas/os, en el cual poder compartir miedos, dudas, inquietudes y a la vez poder hacer hincapié en los aspectos saludables.

- En algunos discursos de madres, padres o cuidadores es posible percibir cierta negación de la enfermedad, caracterizando a sus hijas/os como niñas/os “normales” ya que es así como las/os ven. Esto también se debe a la gran influencia del paradigma bio-médico y del discurso que manejan las médicas en cuanto a la “normalidad” de las personas y que las madres, padres o cuidadores reproducen. Un padre expresó *“a mi hijo lo ves y pensás que es un chico normal, no se le nota nada.”*
- Además es notable, particularmente en las/os adolescentes, la no-comunicación de la enfermedad con pares y familia extensa. Así una adolescente de 19 años comentó que *“teníamos dudas si había que decir la verdad frente a los otros”*.
- Cabe aclarar que es posible percibir una sobrecarga en la mujer/madre debido a los roles social y culturalmente asignados. La mayoría de las mujeres/madres son amas de casa y se dedican plenamente al cuidado de sus hijas/os y al tratamiento de ellas/os. Sin embargo expresan el deseo de salir a trabajar fuera del ámbito doméstico o la necesidad de tener un espacio o tiempo para ellas mismas. La madre de un niño de 5 años comentó *“Yo quisiera salir a trabajar, pero ¿a quién le dejo la salud de mi hijo?”*. La madre de una niña de 7 años expresó en un taller *“A veces es necesario un tiempo para nosotras mismas... el cuidado de nuestros hijos y el tratamiento nos consume mucho tiempo y si estás todo el día solo con esto te asfixia.”*

# Capítulo III

Nuestra estrategia de  
intervención: proceso y  
productos de las prácticas  
académicas pre-profesionales

### **3.1. Objeto de intervención: Necesidades, representaciones y relaciones sociales de las/os niñas/os y adolescentes y de la intervención profesional del Trabajo Social**

Frente al nuevo paradigma y sus correlatos normativo-jurídicos, la mayoría de los discursos y las miradas hacia la niñez en el Trabajo Social comienzan a modificarse desde una perspectiva de adhesión y críticas a dicho paradigma. Si bien se entiende a la coyuntura como un período de transición, los debates al interior del ámbito académico le imprimen un sello particular a las prácticas profesionales y un cuestionamiento a las prácticas instituidas en el campo de niñez. Dicho cuestionamiento remite a la coexistencia entre los nuevos discursos y prácticas de intervención que se corresponden con el viejo paradigma; de lo que resultan “nuevos discursos-viejas prácticas”.

Tras el acercamiento profundo -aunque inacabado- a la temática, decidimos hacer hincapié en un derecho de las niñas, niños y adolescentes que consideramos de relevancia y que actúa a modo de bisagra hacia la efectivización de otros derechos, en consonancia con nuestro posicionamiento, respecto al protagonismo de estas/os sujetos. Se trata del artículo 3 inc. b) de la Ley Nacional de Protección Integral de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes N° 26061 y de la Ley Provincial de Promoción y Protección Integral de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes N° 9944, los cuales plantean el ***“derecho a ser oído cualquiera sea la forma en que se manifieste, y que su opinión sea tenida en cuenta”***.

En nuestras prácticas académicas pre-profesionales, pudimos visualizar en el proceso de inserción -mediante la observación de las prácticas profesionales e institucionales cotidianas, indagaciones “informales” y entrevistas realizadas- que el derecho de la/el niña/o y adolescente a ser oído y su opinión tenida en cuenta no era efectivizado; y que existe además desconocimiento por parte de estos sujetos sobre los derechos en general (cuestión también visualizada como una situación generalizada).

Particularmente, si bien las/os niñas/os y adolescentes eran escuchadas/os en algunas instancias de la intervención desde el Servicio de Salud Mental, desde

el Servicio Social predominaban las entrevistas con adultas/os vinculadas/os a las/os niñas/os, cuestión que respondía a la definición de sujeto de intervención de dicho Servicio: las familias. Por lo tanto, la “voz del niño”<sup>45</sup> generalmente no era escuchada de manera directa, en algunos casos se trataba de una escucha indirecta derivada del trabajo interdisciplinario, y en otros casos era escuchada en “charlas informales”; sin embargo esas voces no quedaban registradas en instrumentos del Trabajo Social.

Teniendo en cuenta lo mencionado, enunciamos a continuación que nuestro objeto de intervención parte de una situación problemática: ¿cuáles son los posibles aportes del Trabajo Social en la intervención con niñas, niños y adolescentes en el ámbito de salud, para contribuir a la efectivización del derecho a ser oídos y su opinión tenida en cuenta?

Siguiendo a González, C. (1995:31), “el objeto de cualquier disciplina o ciencia es el fenómeno, la porción problemática de la realidad que demanda ser atendida (...)”. “(...) el objeto sólo puede ser reconstruido mediante un complejo de relaciones conceptuales respecto a fenómenos sociales (...) tal fenómeno sólo se torna objeto cuando es problematizado por los sujetos que se proponen comprenderlo, redefinirlo o modificarlo, siempre según una perspectiva” (Bourdieu, P. y Passeron, J. C.; 1975. Cit. en Aquín, N.; 1995:21-22). El objeto se sitúa además en los obstáculos que se le plantean a los sujetos en su acceso a los recursos en pos de resolver las necesidades diversas. Y, coincidiendo con Custo, E. y otras (2009:s/p), dichas necesidades se encuentran atravesadas por representaciones y relaciones sociales, conformando así un objeto de intervención complejo.

En el proceso de construcción de nuestro objeto de intervención y desde nuestro posicionamiento explicitado en el capítulo I, “escuchar la voz del niño y

---

<sup>45</sup> Abreviaremos de esta forma el derecho de las niñas, niños y adolescentes a ser oídos y su opinión tenida en cuenta.

tener su opinión en cuenta” se presenta como una necesidad; necesidad en su dimensión no material, simbólica, atravesada por representaciones y relaciones sociales, tanto para el sujeto niña/o y adolescente como para el Trabajo Social como disciplina que interviene con dichos sujetos.

Entendemos la efectivización del derecho en cuestión como una necesidad en tanto se presenta como una construcción socio-histórica y cultural, al igual que los recursos que la resuelven. Si la necesidad humana, siguiendo a Heller, A. (1978:s/p), se realiza en el proceso de objetualización “(...) los objetos dirigen y regulan al hombre en el desarrollo de las necesidades respectivas. Las necesidades son explicitadas sobre todo en las objetivaciones y en el mundo objetualizado, y las actividades que se objetualizan crean nuevas necesidades”; podemos decir que las necesidades de las niñas, niños y adolescentes como construcciones socio-históricas y culturales se encontraron atravesadas por instituciones que materializaron prácticas condicionadas por las distintas coyunturas.

Los paradigmas de salud y niñez vigentes con anterioridad -materializados en legislaciones- fueron dirigiendo y controlando distintas conformaciones de necesidades en las que no se ponía en cuestión escuchar la voz del niño, dado que no se lo entendía como sujeto de derechos. Teniendo en cuenta el atravesamiento de las relaciones y las representaciones, se puede decir que dichas necesidades eran construidas en base a un pleno adultocentrismo, donde las necesidades de las/os niñas/os estaban definidas por los adultos en una relación de poder asimétrica totalmente explícita, entre el “mayor” y el “menor”. A su vez, basadas en las representaciones de la/el niña/o como objeto o, en el mejor de los casos, como sujeto pasivo (que no opina, que debe hacer lo que el adulto piensa que es lo mejor para ella/él, que no entiende lo que le sucede y es incapaz de opinar acerca de ello, menos aún a cerca de una posible resolución). Ver a la/el niña/o como incapaz, es una cuestión también plasmada explícitamente en legislaciones anteriores. En este sentido, desde el Trabajo Social, las prácticas se

enmarcaban en la materialización de la doctrina/paradigma de *control social de la infancia y del menor en situación irregular*.

Desde una postura adultocéntrica también en algún sentido<sup>46</sup>, se entiende que hay que escuchar la voz de la/el niña/o y hay que tener su opinión en cuenta. En este caso la necesidad está construida también por el adulto, pero ya no como mera “voluntad adulta”, sino tras movimientos sociales de niñas/os y adultos que acompañaban las reivindicaciones de dichas/os niñas/os -proceso que tuvo lugar principalmente en la década de 1980- y que desemboca concretamente en la Declaración de los Derechos del Niño en 1989. Este acontecimiento implica un cambio en la mirada que se tiene sobre las/os niñas/os. Al entenderlos como sujetos de derechos y no como objetos, las representaciones como así también las relaciones se ven modificadas: en materia de representaciones se entiende que la/el niña/o puede y debe opinar, que tiene capacidad de entender lo que le sucede y es capaz de opinar incluso sobre posibles resoluciones en base a sus propios intereses. Si bien la asimetría en términos de relaciones intergeneracionales sigue existiendo, hay un reconocimiento de capacidades, identidades y particularidades que los posiciona de otra manera, al menos en términos teóricos.

Parafraseando a Aquín (1995:23), el objeto de intervención del Trabajo Social se sitúa en los obstáculos que se le plantean a los sujetos en su acceso a los recursos en pos de resolver las necesidades diversas: la necesidad de ser oídos y que su opinión sea tenida en cuenta es resuelta con recursos simbólicos, relacionales, vinculares, con la escucha concreta y, sobre todo, con la interpretación; y en base a esa interpretación el diseño de una estrategia adecuada que dé lugar a la resolución de la problemática de la/el niña/o. Identificamos como obstáculos que se presentaban, en lo que refiere a la disciplina, las prácticas instituidas durante décadas que respondían al patronato,

---

<sup>46</sup> Remitirse al posicionamiento expuesto en el Capítulo I, 1.1. **El abordaje de la salud y de la niñez: marcos teóricos y normativos en relación a las temáticas**, página 11.

que a su vez delimitaban como sujeto de intervención del Servicio Social a la familia (a los adultos responsables de la/el niña/o) y no a la/el niña/o; las características propias de la institución (sanitario-jerárquica, donde el paradigma bio-médico sigue siendo el hegemónico); y el vacío en la formación profesional al respecto. En cuanto a las/os niñas/os los obstáculos identificados son el desconocimiento sobre sus derechos; la naturalización de prácticas correspondientes al paradigma anterior; particularmente, la situación de hospitalización, con todo lo que ello implica, en donde la/el niña/o permanece callada/o, sin opinar ni cuestionar lo que los adultos hacen con su cuerpo porque “saben” que es lo mejor para ella/él.

Concretamente, además de que el obstáculo en su vida cotidiana tiene que ver con un no-respeto a sus voluntades o un descreimiento de su palabra, el no escuchar la voz del niño se presentaría entonces como un obstáculo que impide la resolución de otros obstáculos; o, en términos de derechos, se está vulnerando un derecho y a partir de allí, se vulneran otros.

En el ámbito hospitalario, y específicamente en las intervenciones del Servicio Social, esta vulneración de derechos, no permite visibilizar las potencialidades, los capitales con los que cuenta, los aspectos saludables de la/el niña/o, para poder trabajar sobre ello intentando transformar su situación.

Es menester explicitar finalmente que al construir nuestro objeto de intervención, nos adentramos en el campo de interpretación de las necesidades, el cual se constituye en un espacio de disputa por el reconocimiento y establecimiento de lo que se considera una necesidad en un momento y contexto determinado. Siguiendo a Fraser, N. (1991:11),

“El discurso de las necesidades se presenta como un espacio de contienda, donde los grupos con recursos discursivos (y no discursivos) desiguales compiten por establecer como hegemónicas sus interpretaciones respectivas sobre lo que son las legítimas necesidades sociales. Los grupos dominantes articulan sus interpretaciones con la intención de excluir, desarmar y/o cooptar las contra-interpretaciones.”

### **3.2. Estrategia: algunas definiciones subyacentes al proceso de construcción**

A partir del planteo de la situación problemática en el proceso de inserción y la posterior construcción del objeto de intervención, comenzamos a diseñar nuestra estrategia de intervención.

Antes de mencionarla concretamente, explicitaremos a continuación algunas cuestiones teóricas que subyacen a este proceso:

Siguiendo a Aquín, N. y Acevedo, P. (s/f:1) “la intervención puede ser comprendida desde tres dimensiones complementarias: como dispositivo, como construcción global, y como articulación entre lo necesario y lo posible: determinación de lo viable. (estrategia)”.

Bourdieu, P. y Waquant, I. (1995:89) utilizan el concepto de estrategia para designar las líneas de acción objetivamente orientadas que los agentes sociales construyen en la práctica y que “se definen en el encuentro entre el habitus y una coyuntura particular del campo”.

Sostenemos además, tomando aportes de Peralta, M. (2011:1-2) que “la relación profesional con el sujeto de intervención es una alianza política y estratégica”.

Alianza política, en tanto entendamos a los profesionales como intelectuales. Gramsci es el autor ineludible para profundizar en este aspecto y nos aporta conceptos claves para mirar críticamente nuestra intervención. “Los intelectuales actúan en conjunción con la ‘estructura ideológica’, esa compleja red de estructuras materiales e instituciones que intervienen en la formación social (...)”. (Kenway, J.; 1994:179).

Rotondi, G. (2007:111) plantea que “abordar la dimensión política y el debate del poder nos obliga a reconocer una dimensión histórica, donde la noción de hegemonía planteada por Gramsci nos desafía a pensar una idea de poder que implica construir relaciones sociales (...)”

Cuando nos funcionalizamos a las instituciones, esa alianza política se rompe. De aquí la importancia de una reflexividad permanente de la práctica profesional.

La alianza estratégica tiene que ver con las acciones concretas que desarrollamos cuando intervenimos profesionalmente.

Las prácticas profesionales de Trabajo Social se entrelazan con las prácticas activas de los sujetos en el campo de intervención. Participan intencionadamente en la elaboración de estrategias que intentan modificar situaciones de la vida cotidiana (...). (Nucci, N.; 2010:5)

Aquín, N. y Acevedo, P. (2007; s/f:5) plantean que la estrategia es definida como “el arte de dirigir-coordinar un conjunto de disposiciones para alcanzar un objetivo”. Es tener en cuenta un conjunto de circunstancias -económicas, políticas, sociales (...) que afectarán los pasos de la planificación en general; implica combinar, coordinar, distribuir acciones para alcanzar un objetivo; es decir, consiste en un conjunto de decisiones, acciones y procedimientos que permitan asumir un lugar dentro de la sociedad, con una perspectiva de futuro.

Parafraseando a las mismas autoras, consideramos que no existe *una* estrategia sino que cada estrategia es *un* modo de orientar las acciones teniendo en cuenta el modelo político vigente y el comportamiento de los distintos actores que intervienen para resolver los problemas que se presentan y alcanzar los objetivos deseados.

“(...) Las estrategias de intervención transfieren recursos y capacidades. Del modo como se articulen estos dos aspectos surgirán entonces estrategias específicas (...)” (Aquín, N. y Acevedo, P.; s/f:7).

### **3.2.1. Construyendo la estrategia de intervención concreta: la incidencia de diversos espacios**

La estrategia de intervención propuesta fue vivenciada como un proceso en constante construcción que abarcó la inserción, la observación, el análisis e

interpretación; las entrevistas llevadas a cabo y las actividades concretas que se desarrollan a continuación.

El proceso tuvo lugar entre el 6 de marzo y el 21 de diciembre del año 2012, asistiendo a la institución en los días propuestos (lunes, martes, miércoles y viernes)<sup>47</sup>.

Desde el Servicio Social del Hospital de Niños de la Santísima Trinidad, se desarrollan actividades que pueden ser encuadradas en dos grandes líneas de acción: una de asistencia, y otra de educación o promoción.

En cuanto a la asistencia, se realiza principalmente la gestión de recursos materiales. A su vez, dicha gestión tiene lugar en dos espacios diferenciados: (como) consultorio externo, cuya accesibilidad responde a las normas instituidas en el establecimiento en general (turnos programados, sobretornos y atención de los sujetos en estos espacios) los días lunes, miércoles y viernes; y paralelamente, en el internado de la institución, cuya atención no es programada sino que responde a las demandas que se presentan en la cotidianeidad (gestión de recursos de sujetos hospitalizados).

Respecto a la educación o promoción, existen programas interdisciplinarios: en el momento de la inserción, profesionales del Servicio Social se encontraban formando parte de los equipos del “Programa de Atención Integral a Niños, Niñas y Adolescentes con Fibrosis Quística”<sup>48</sup> y del “Programa de Educación para Niños y Adolescentes con Enfermedad Celíaca”<sup>49</sup>. En el transcurso del año 2012 se incorporó una profesional al “ProCorDia”.

Las “intervenciones en sala”, combinan las dos líneas de acción. Tienen lugar a través de derivaciones en carácter de interconsulta. Son los denominados en la jerga institucional como “casos”.

En el proceso de inserción, distintos espacios dieron lugar a las prácticas de observación e indagación que permitieron la identificación de la situación problemática, la construcción de nuestro objeto de intervención, la propuesta de

---

<sup>47</sup> Ver “Acuerdos con la institución” en anexo, página 1.

<sup>48</sup> Lo abreviaremos de aquí en más como “Programa de FQ”.

<sup>49</sup> Lo abreviaremos de aquí en más como “Programa de Celiaquía”.

objetivos y líneas de acción que dieron forma a nuestra estrategia de intervención; siendo además los “micro” escenarios en los cuales tuvieron materialización dichas líneas de acción. Estos espacios fueron las Reuniones/Capacitaciones de servicio<sup>50</sup>; el Programa de FQ (reuniones interdisciplinarias, talleres para padres/madres/familiares y entrevistas de admisión)<sup>51</sup>; Programa de Celiaquía<sup>52</sup>; Turnos y sobretornos (asistencia en carácter de “consultorio externo”)<sup>53</sup>; Atención en “ventanilla”<sup>54</sup> e Intervenciones por derivaciones de salas de internación<sup>55</sup>.

### **3.2.2. Nuestra estrategia de intervención concreta y el escenario institucional: identificación de obstáculos y tensiones (potenciales y reales)**

Nuestra estrategia de intervención se encontró direccionada a la promoción de derechos, entendiendo dicha promoción como cimiento en la construcción de ciudadanía. Para ello planteamos la realización de entrevistas desde el Servicio Social con niñas, niños y adolescentes del Programa de Fibrosis Quística y aquellas/os derivadas/os de las salas por situaciones de maltrato. La propuesta fue llevar a cabo estas entrevistas a través de dispositivos lúdicos -entendidos como disparadores- que habilitaran la indagación sobre indicadores de maltrato, proyecto de vida y aspectos saludables del proceso salud-enfermedad, como insumos a tener en cuenta en el posterior diseño de estrategias de intervención profesional, incorporando de esta manera en los registros e informes sociales *la* (interpretación de *la*)<sup>56</sup> *voz de la/el niña/o o adolescente tras tener en cuenta su opinión.*

---

<sup>50</sup> Ver **Reuniones/Capacitaciones de servicio** en anexo, página 3.

<sup>51</sup> Ver **Programa de Atención Integral a Niños, Niñas y Adolescentes con Fibrosis Quística (FQ)** en anexo, página 4.

<sup>52</sup> Ver **Programa de Educación al Niño y Adolescente con Enfermedad Celíaca** en anexo, página 27.

<sup>53</sup> Ver **Turnos y sobretornos (asistencia en carácter de “consultorio externo”)** en anexo, página 37.

<sup>54</sup> Ver **Atención en “ventanilla”** en anexo, página 48.

<sup>55</sup> Ver **Intervenciones por derivaciones de sala de internación** en anexo, página 50.

<sup>56</sup> Ver **Debate en Desgrabación: Presentación de dispositivos lúdicos y “cierre simbólico” 6 de noviembre de 2012** en anexo, página 57.

Retomando cuestiones desarrolladas en el Capítulo I, afirmamos que el Hospital de Niños de la Santísima Trinidad es un nosocomio de tercer nivel de complejidad en el cual el poder médico es hegemónico y el objetivo principal es “curar” a quien ingresa y lograr lo antes posible su externación. La mayoría de las/os profesionales que allí trabajan tienen una visión parcializada, fragmentada de los sujetos (niñas/os y adolescentes) que allí concurren; cada especialidad tiene distintos intereses y, generalmente, se centran en alcanzar sus metas particulares. Cabe aclarar que algunas áreas, principalmente el Servicio Social, no coinciden con esta visión sino que la cuestionan entendiendo a la niña, niño y adolescente como sujetos de derechos, haciendo también hincapié en el proceso social salud-enfermedad, buscando potenciar los aspectos saludables de dicho proceso y de los sujetos. De este modo es posible entender al Servicio Social como un espacio “contra-hegemónico”.

Por otra parte, siguiendo a Giberti, E.,

"el trabajo social en sus intervenciones posee un encuadre institucional que remite a la institución en la cual se desempeña, y que generalmente es el encuadre institucional que pauta horarios de atención, modalidad de intervención, si se realizan entrevistas de admisión, si se realizan en forma conjunta con el resto del equipo, cómo se hacen las derivaciones de casos, etc".

(Giberti, E.; 2005:s/p).

Es en este sentido que las intervenciones del Trabajo Social en esta institución particularmente deben atravesar ciertos obstáculos y cuentan con algunas limitantes. Entre ellos, los horarios en que están las trabajadoras sociales en el Hospital, a pesar de que constantemente hay ingresos que requieren de su intervención (particularmente casos vinculados a maltrato); que el abordaje de los casos dependa de la decisión de las/os médicas/os de derivarlo o no y el momento en que tienen lugar dichas derivaciones; el alta hospitalaria como decisión única de las/os médicas/os en la mayoría de los casos; son algunos ejemplos de dicha institucionalidad.

Durante el proceso cotidiano de nuestras prácticas pudimos visualizar que el trabajo interdisciplinario muchas veces no es posible ya que para algunos

profesionales, particularmente médicas/os, el Trabajo Social es visto, tal como lo era en los orígenes de la profesión, como “auxiliar médico”. Esto, a la vez, se ve reflejado en relaciones de poder asimétricas donde la profesión queda subordinada en el campo de la salud. Así, no se reconoce a la disciplina, existe un desconocimiento sobre su especificidad, y por ende del por qué *debería* intervenir, entre otras cuestiones. Además se generan tensiones entre las/os profesionales de las distintas áreas por cómo se ve y entiende al sujeto, qué rumbo debería tener el abordaje y los intereses particulares por cumplir de cada área. De este modo, en reiteradas ocasiones, cada profesión o profesional defiende su postura según su punto de vista dando lugar a una “lucha” por establecer su dominio, basándose en propuestas individuales y disciplinarias, sin intentar y/o lograr un trabajo interdisciplinario e integral.

Teniendo en cuenta este escenario institucional, es que identificamos (al comienzo del proceso) como posible obstaculizador de la ejecución de nuestra estrategia de intervención a la mencionada hegemonía médica. Otros potenciales obstaculizadores identificados fueron las/os profesionales del Servicio de Salud Mental, ya que han tenido el “monopolio” en lo que respecta a las entrevistas con niñas/os y adolescentes dentro del Hospital de Niños de la Santísima Trinidad.

Cabe aclarar que esto no sucedió. Por el contrario, hemos contado con la aprobación por parte de una de las jefas de sala para retirar a las/os niñas/os de sus habitaciones y poder trabajar con ellas/os en otros espacios, sin plantear ningún tipo de obstáculos. En cuanto al Servicio de Salud Mental se produjo una cooperación en un intento de no revictimizar a quienes eran entrevistadas/os, a pesar de que cada disciplina indagó según su especificidad.

Asimismo se pudieron identificar algunas tensiones, que no habían sido previstas (y no por ello se constituyeron en obstaculizadores), con algunas docentes de la Escuela Hospitalaria. Particularmente en la planificación del taller para niñas/os con celiaquía y en el momento de su ejecución. Las mismas quisieron supervisar el taller cuya coordinación estaba a nuestro cargo y cuestionaron asuntos vinculados a la promoción de derechos en general que

proponíamos, en vez de profundizar en la celiaquía, como así también en relación al protagonismo de las/os niñas/os<sup>57</sup>. Por otro lado, surgieron algunas resistencias, que tampoco habían sido previstas, dentro del Servicio Social en cuanto a la realización de entrevistas con niñas/os y adolescentes. Según lo que con posterioridad fue debatido<sup>58</sup> con las profesionales del Servicio, esto se debió a “miedos” por parte de las mismas por no contar con la formación “necesaria” para hacer entrevistas con estos sujetos. Es importante resaltar que si bien en el discurso había adhesión al nuevo paradigma y un conocimiento del marco normativo vigente, las voces de las/os niñas/os y adolescentes mayoritariamente no eran escuchadas en entrevistas (ni en otras instancias) por lo que, consecuentemente, sus opiniones no eran tenida en cuenta. Es decir, no había una práctica instituida desde la profesión en el Hospital de Niños de la Santísima Trinidad que efectivizara el derecho en cuestión.

### **3.2.3. Intenciones de nuestra propuesta: planteando los objetivos**

La construcción de la estrategia de intervención tiene como objetivo general:

“Contribuir, desde la especificidad profesional del Trabajo Social, al protagonismo de niñas, niños y adolescentes a partir de oír su voz y tener en cuenta su opinión, con respecto a su proceso de salud-enfermedad en el marco del paradigma de protección integral de sus derechos”.

Y como objetivos específicos:

- Motivar algún tipo de ruptura (o un acercamiento a ello) en profesionales y personal del Hospital de Niños de la Santísima Trinidad, en cuanto al reconocimiento de la/el niña/o y adolescente como sujetos de derechos, particularmente en lo que refiere al derecho mencionado en la situación problemática.

---

<sup>57</sup> Ver *Taller de Celiaquía con niñas y niños* en 3.2.5.3. *Otros espacios de intervención, otras actividades realizadas*, página 101.

<sup>58</sup> Ver *Debate* en *Desgrabación: Presentación de dispositivos lúdicos y “cierre simbólico” 6 de noviembre de 2012* en anexo, página 57.

- Incorporar, como parte del quehacer profesional de las trabajadoras sociales la entrevista con niñas, niños y adolescentes y no sólo con adultas/os.
- Propiciar, desde el Servicio Social, la realización de las entrevistas de admisión al Programa de Fibrosis Quística con niñas, niños y adolescentes mediante la (posibilidad de) utilización de los dispositivos lúdicos diseñados.
- Propiciar, desde el Servicio Social, la realización de las entrevistas con niñas, niños y adolescentes en situaciones de maltrato y abuso tras derivaciones realizadas desde las salas, mediante la (posibilidad de) utilización de los dispositivos lúdicos diseñados.

### **3.2.4. Pensando en el logro de nuestros objetivos: líneas de acción**

#### **a. Promoción de derechos de las/os niñas/os y adolescentes**

Ubicamos en primer lugar esta línea de acción dado que se encuentra presente a lo largo de la ejecución de la estrategia planteada y atraviesa a las demás líneas. Se propone brindar información acerca de los derechos de las niñas, niños y adolescentes, generando un conocimiento de estos para poder defenderlos y luchar activamente por su efectivización. Además, busca promover la desnaturalización de ciertas situaciones que vulneran sus derechos en general.

#### **b. Entrevistas con niñas, niños y adolescentes que participan del Programa de FQ y de las derivaciones de sala por Maltrato**

Se busca efectivizar el derecho a ser oídos y su opinión tenida en cuenta con su posterior interpretación. Además se basa en la idea de protagonismo de las/os niñas/os y adolescentes en su proceso salud-enfermedad, reivindicando los aspectos saludables y cuestiones vinculadas a su proyecto de vida.

### c. Otros espacios de intervención<sup>59</sup>

Incluye el aprovechamiento de diversas instancias que pudieran emerger durante el proceso de prácticas académicas pre-profesionales, en las cuales sea factible el desarrollo de intervenciones pertinentes a nuestra estrategia propuesta.

### d. Promoción de la dimensión lúdico–expresiva en las prácticas de intervención

Presenta diversos momentos: Un primer momento de lectura bibliográfica y asesoramiento en cuanto a juego y dispositivos lúdicos. En un segundo momento, la elaboración de los dispositivos con supervisión de la profesional especializada en el asunto. Después, la realización de pruebas piloto donde comienzan a aplicarse dichos dispositivos durante algunas entrevistas. Con posterioridad, la elaboración definitiva de los dispositivos lúdicos -previas modificaciones según fuera necesario- y la aplicación de los mismos en las entrevistas con niñas/os y adolescentes con FQ y aquellas/os hospitalizadas/os por sospecha de maltrato. Finalmente, la presentación de los dispositivos lúdicos en reunión de capacitación de servicio para su conocimiento, socialización de la experiencia y debate pertinente.

### **3.2.5. Concretando líneas de acción: actividades realizadas**

Como mencionamos con anterioridad, las actividades realizadas durante las prácticas académicas pre-profesionales excedieron el recorte realizado a los fines de la construcción de la presente tesina. Es por esto que a continuación desarrollamos las actividades que responden específicamente a las líneas de acción “b”, “c” y “d” recientemente planteadas, y la profundización de otras

---

<sup>59</sup> En el mes de marzo de 2012 acordamos con la referente de la institución/jefa del Servicio Social que, además de nuestro trabajo específico sobre la producción de la tesina, la inserción tuviera un carácter más amplio. Esta propuesta tuvo como finalidad adquirir destrezas propias del quehacer profesional en el campo de la salud; por lo cual transitamos por espacios diversos que habilitaron actividades que excedieron al “recorte” realizado. Es por esto que anexamos esta línea de acción como se menciona.

actividades que incluimos en el anexo (todas ellas responden a la primera línea de acción).

### **3.2.5.1. Entrevistas con niñas, niños y adolescentes: algunos criterios para tener en cuenta**

Tomando aportes de Tonucci, F. (2003:18-27) quién intenta dar respuesta a “¿qué significa dar la palabra a los niños?”, nos preguntamos, análogamente: ¿cómo efectivizar el derecho de niñas, niños y adolescentes a “ser oídos y su opinión tenida en cuenta” desde el Trabajo Social?

¿Por qué la entrevista? Consideramos que la entrevista, como técnica desplegada en la intervención del Trabajo Social, puede constituirse en un espacio de efectivización del mencionado derecho.

Entendemos que esta técnica, tradicional de la disciplina, puede ser entendida como un espacio alternativo, creado con diversos matices, sobre todo considerando las particularidades que tienen los sujetos en cuestión, y específicamente en el campo de salud. Planteamos entonces una serie de cuestiones o criterios a tener en cuenta<sup>60</sup>:

- Dar la palabra a las/os niñas/os o adolescentes no significa hacerles preguntas del tipo “cuestionario”, sino *crear la situación propicia para que se expresen*, donde la pregunta es sólo una herramienta más.
- Una “situación propicia para que se expresen” es tener en cuenta la particularidad de las dimensiones de espacio y tiempo: debe darse en un lugar en donde la/el niña/o o adolescente se sienta cómoda/o (por ejemplo, pasillo, sala, box del servicio, patio etc.) evitando disposiciones tradicionales de poder en la distribución de las personas en el espacio; sin

---

<sup>60</sup> Cabe aclarar que tras el vacío existente en la formación académica, estos “criterios” son el resultado de una exploración bibliográfica y de la práctica misma, entendida como “ensayo-error”. Por lo tanto, no deben entenderse como cuestiones rígidas, sino por el contrario, abiertas al debate y perfectibles.

prisa, sin controles, evadiendo el temor a equivocarse, a decir tonterías, a ironizar (aproximadamente lo contrario a los hábitos adultos).

- Para expresarse, las/os niñas/os o adolescentes deben poder razonar sobre cosas que conocen directamente, que forman parte de su vida, de su cotidianidad, de sus necesidades y deseos.
- Se debe habilitar la posibilidad de elegir el lenguaje más adecuado: la palabra, el dibujo, el texto escrito, el juego, etc. A través del lenguaje, cualquiera sea su materialización, “el niño simboliza sus vivencias, expresa sus sentidos más íntimos (...) y expone la atribución de sentido que él le da a la realidad, manifestando su subjetividad” (Piotti; 1996:48).
- Para que las/os niñas/os y adolescentes puedan expresarse, es necesario que los adultos *sepan* escuchar y que estén convencidos de que ellas/os pueden ayudarlos. Esto no significa sólo disponerse a escuchar sino además, intentar comprender, dar valor a las palabras, a las verdaderas intenciones de quien habla.
- Escuchar significa tener la necesidad de la contribución del/la niño/a o adolescente, colocarse de su lado, estar dispuestos a defender sus posiciones y sus requerimientos; pero siendo capaces, como profesionales, de recoger el mensaje, analizando e interpretándolo, descubriendo lo que se esconde bajo las frases –a veces- sencillas de las/os niñas/os.
- “Escuchar” implica entonces: *Solicitud*, es decir, interesarnos verdaderamente por la palabra/opinión del/la niño/a o adolescente; *respeto*, por su cultura, su familia, descubrir su identidad, afirmando políticamente su potencialidad, sus aspectos saludables; y *responsabilidad*, que remite a hacernos cargo de sus necesidades, las que manifiesta y las que no puede expresar.
- Debe expresarse el encuadre de la entrevista. El entrevistador debe manifestar, en el inicio de la entrevista, cuáles son los objetivos de la misma

y los límites de la intervención profesional con la finalidad de no generar falsas expectativas en las niñas, niños o adolescentes.

En concordancia con lo anterior, citamos a Piotti, quien sostiene que: Los intereses del niño son aquellos referidos a los objetivos históricos de su generación, su grupo étnico, su etnia, su clase o sector social. La Convención señala como parámetro central de cualquier política o legislación hacia los niños “el interés superior del niño”. Pero esto no puede ser definido sólo por los adultos, por eso afirmamos que el interés superior del niño son todos los derechos consagrados por la Convención, pero tomando en cuenta la opinión y la palabra del niño, especialmente cuando se nos presentan situaciones complejas y difíciles de resolver. (Piotti; 1996:48).

### ***Toda entrevista posee un encuadre...***

A través de la realización de entrevistas con dispositivos lúdicos a niñas/os y adolescentes, ya sean aquellas/os que forman parte del Programa de FQ o quienes provienen de las derivaciones de las salas por SMI, se plantea como objetivo general propiciar el protagonismo de la/el niña/o o adolescente, escuchando su voz, teniendo en cuenta su opinión y su posterior interpretación, para la elaboración de estrategias de intervención.

Como objetivos específicos se propone promocionar sus derechos, contribuyendo al proceso de consolidación de participación ciudadana de las/os mismas/os; identificar representaciones y percepciones que las/os niñas/os y adolescentes tienen sobre sí mismos y sobre su proceso salud-enfermedad; como así también, indagar acerca de sus proyectos de vida con el fin de elaborar estrategias que permitan motivar sus potencialidades. Particularmente, en los casos de SMI, identificar indicadores de maltrato para luego poder también diseñar estrategias de intervención que posibiliten abordar estas situaciones.

**Encuadre en FQ:** Propusimos que las entrevistas fueran realizadas, de ser posible, a las/os niñas/os y adolescentes. En caso de no ser posible, la opción

siguiente era llevarlas a cabo junto a una/o de sus responsables, y en última instancia, mantener la entrevista sólo con algún responsable.

Sugerimos además, teniendo en cuenta el contexto, que fueran realizadas durante los períodos de hospitalización o mediante una fecha acordada, preferentemente los días martes.

Finalmente hicimos explícita, dentro de la propuesta, la necesidad de mencionar a las/os entrevistadas/os el servicio al que se pertenece, los objetivos de la entrevista, entre otras cuestiones.

**Encuadre en SMI:** La propuesta se basó en que las entrevistas fueran realizadas preferentemente en algún espacio que no sea la habitación del internado para así poder respetar algunos criterios de realización que anteriormente explicitamos.

Al igual que en las entrevistas de FQ, subrayamos la necesidad de mencionar a las/os entrevistadas/os el servicio al que se pertenece, los objetivos de la entrevista y además -y en particular en casos de SMI- explicitamos como necesaria la aclaración de que las entrevistadoras no son quienes toman las decisiones finales, pero que lo que las/os niñas/os o adolescentes manifiestan puede contribuir con el trabajo que realiza el equipo de abordaje.

Con ambas poblaciones, es menester también consultar acerca del deseo de los sujetos respecto a mantener o no la entrevista y adicionalmente, en el caso de una entrevista con dispositivos lúdicos, resulta necesario indagar si existe o no disponibilidad lúdica.

### **3.2.5.2. Realización de entrevistas con niñas, niños y adolescentes**

#### ***Fibrosis Quística***<sup>61</sup>

En el marco del Programa de FQ se realizaron entrevistas con niñas/os y adolescentes y/o sus familias, intentando que éste sea un espacio interdisciplinario, compartido por Salud Mental y Servicio Social.

---

<sup>61</sup> Ver en anexo, páginas 25 y 190.

Antes de comenzar cada entrevista informamos a quien se entrevistó aproximadamente lo siguiente: “Somos del Servicio Social y al incorporarnos este año en el Programa de FQ quisiéramos hacerles unas preguntas para conocerlos mejor”.

Se llevaron a cabo diecisiete entrevistas de admisión al Programa de Atención Integral de Niñas, Niños y Adolescentes con Fibrosis Quística. La intención fue realizar la mayor cantidad posible de ellas a las/os niñas/os y adolescentes o que al menos estuvieran presentes en ese momento. Del total de las entrevistas realizadas, seis fueron a madres de niñas/os con FQ; cinco se llevaron a cabo en una instancia en la que se encontraban presentes niñas/os y adolescentes junto a algún responsable; y las seis restantes fueron realizadas únicamente a niñas/os y adolescentes. Es decir, en once entrevistas se escuchó la “voz del niño”. De las diecisiete entrevistas, nueve fueron llevadas a cabo por la trabajadora social del Programa junto a nosotras y la concreción de las ocho restantes estuvieron a nuestro cargo.

Cabe aclarar que en ningún caso la entrevista fue realizada con la aplicación del dispositivo lúdico diseñado, debido a una mala organización de nuestros tiempos del proceso de prácticas. Sin embargo, en todas ellas se tuvieron en cuenta los criterios planteados con anterioridad.

Una de las principales cuestiones que pudimos visualizar en las entrevistas fue que las/os niñas/os han naturalizado su tratamiento, como parte de su cotidianeidad; en cambio, durante la adolescencia (principalmente en los primeros años) comienzan a cuestionarlo y rebelarse ante el mismo, dejando notar falta de adhesión, cuestión que se intentó abordar desde el Trabajo Social.

Con respecto a las entrevistas realizadas con adolescentes, pudimos notar buena predisposición de parte de ellas/os para con nosotras, haciendo bromas y riéndose generalmente, cuestión que interpretamos como resultado de la corta brecha de edades que nos separa, es decir como una cuestión generacional; lo cual entendimos en el momento como un facilitador.

La realización de estas entrevistas se corresponden con las dos primeras líneas de acción planteadas en las que se busca el protagonismo de las/os niñas/os y adolescentes y la potencial aprehensión de sus derechos.

La finalidad de dichas entrevistas fue conocer cuestiones vinculadas al proyecto de vida de las/os niñas/os y adolescentes, identificando los aspectos saludables de las/os mismos para luego elaborar una estrategia de intervención que permita potenciar dichos aspectos.

La intención fue poder compartir la información con otras profesionales del Servicio Social, con otras/os profesionales que intervienen en el abordaje del caso y establecer luego la articulación con los equipos territoriales al momento de la externación. Por ello, se trabajó interdisciplinariamente, tal como se plantea en el Programa, particularmente con Salud Mental quienes, desde su especificidad, ya realizaban entrevistas con niñas/os y adolescentes.

Cabe aclarar que además de escuchar la voz del niño y tener en cuenta su opinión es necesario que los profesionales intervinientes logren realizar una interpretación de lo que se plantea para elaborar una estrategia de intervención eficaz que posibilite una situación superadora y que respete las decisiones de las/os niñas/os y adolescentes con respecto a su tratamiento, es decir, que mejore la situación actual.

### ***Situaciones de maltrato***

De los casos derivados de las salas al Servicio Social en los que nosotras acompañamos la totalidad del proceso de intervención, se realizaron doce entrevistas. La voz del niño se escuchó en seis de ellas; en cinco además se tuvo en cuenta su opinión, pero en una esto no ocurrió. De los cinco casos en los que se escuchó y se tuvo en cuenta la opinión, en tres se realizó la posterior interpretación y en dos no. Con respecto a las otras seis entrevistas, del total de las realizadas, en tres no se escuchó la “voz del niño” y, teniendo en cuenta sus edades, se los podría haber oído; y las tres restantes correspondían a casos de niñas/os “no parlantes”. Sin embargo, cabe aclarar que sí hubo observación en las conductas de las/os últimas/os.

Resulta de importancia aclarar que el criterio utilizado para la realización de las entrevistas según las edades fue concretarlas con todas/os aquellas/os que fuera posible, mayores de cuatro años de edad; y en quienes tenían menos de cuatro años era relativa la posibilidad de escucharlas/os pero absoluta la posibilidad de observarlas/os. Sin embargo resaltamos que cada sujeto es particular, por lo que es necesario hacer un análisis de cada caso.

Para la realización de las mismas, se tuvieron en cuenta los criterios de entrevista mencionados con anterioridad. Por lo tanto, en la mayoría de ellas, se intentó utilizar espacios que no sean las habitaciones, por lo que se trabajó en pasillos y patio del Hospital, sentadas/os en el piso y en el box del Servicio Social. En un caso particular, la adolescente entrevistada se encontraba sentada encontrándose la adolescente sentada detrás del escritorio (habitual “lugar de las profesionales”). Interpretamos esto como apropiación del espacio físico en el cual estas/os niñas/os y adolescentes debieron estar hospitalizadas/os, y más aún, teniendo en cuenta que algunas de esas hospitalizaciones fueron prolongadas debido a los procedimientos que implican la identificación de maltrato y definir las acciones a realizar en pos de la externación.

A las/os responsables de las/os niñas/os y adolescentes se les avisó: “Somos del Servicio Social y retiramos a la/el niña/o un rato para hablar unas cosas con ella/ él”.

En cada caso en el que existió la posibilidad de grabar la entrevista, primero se preguntó a la/el niña/o o adolescente si podíamos realizarlo, y sólo se hizo en los casos en que otorgaron consentimiento. Hubo situaciones en las que comenzamos con la grabación pero cuando solicitaron que no grabemos más, dejamos de hacerlo. En algunos momentos la grabación resultó un factor que dispersó a las/os niñas/os ya que continuamente deseaban escuchar cada cosa que decían, entendiendo a dicha grabación como parte del juego (cuando fueron realizadas con los dispositivos lúdicos). Por lo tanto, aquellas entrevistas que no pudieron ser grabadas, luego fueron registradas en nuestros cuadernos<sup>62</sup>.

---

<sup>62</sup> Ver **Registros de entrevistas** en anexo, página 94.

A través de la realización de estas entrevistas, y particularmente en las que se utilizaron los dispositivos lúdicos diseñados, se buscó identificar indicadores de maltrato como así también conocer gustos, preferencias, sentimientos ante diversas situaciones, costumbres, entre otras cuestiones de las/os niñas/os y adolescentes. A la vez, se identificaron representaciones y percepciones que tienen sobre sí mismos y sobre su vida cotidiana. El principal objetivo que se persiguió fue escuchar la voz del niño y tener en cuenta su opinión, y que ella/él misma/o pudiera influir en la toma de decisiones del organismo de aplicación de la Ley (SeNAF), incorporando su opinión en los informes que se enviaron desde el Servicio Social.

Resulta importante aclarar que fue necesaria una posterior interpretación de aquello que la/el niña/o o adolescente decía. Sin embargo en dos casos no hubo interpretación (o una *correcta* interpretación) por parte del equipo interdisciplinario interviniente, situación en la que se produjo una revictimización de esas/os niñas/os y adolescentes.

Durante las entrevistas se pudo visualizar, en la totalidad de los casos, que las diversas situaciones de violencia aparecen naturalizadas en la cotidianeidad de estas/os niñas/os y adolescentes por lo que el abordaje consistió en problematizar estas situaciones para generar rupturas y promocionar derechos. Así, dentro de esta actividad se respondió a las líneas de acción “a”, “b” y “d”.

En la mayoría de las/os niñas/os con quienes trabajamos pudimos notar la constante necesidad de realizar determinadas acciones para acaparar nuestra atención en todo momento. Algunas/os de ellas/os, las/os que tuvieron internaciones prolongadas, nos buscaban directamente en el Servicio Social para jugar, dibujar o hablar con nosotras, situaciones que fueron aprovechadas como parte del desarrollo de la estrategia de intervención planteada y que responden a la tercera línea de acción propuesta. También, nos regalaron dibujos<sup>63</sup> que realizaban generalmente durante la tarde, momento en el cual en el Hospital no se encuentra la mayoría de las/os profesionales ni se realiza la misma cantidad de actividades que durante la mañana. Interpretamos que las/os niñas/os nos

---

<sup>63</sup> Ver dibujos de las/os niñas/os en anexo, página 163.

buscaban debido a que pasaban muchas horas solas/os y en palabras de ellas/os “se aburrían”, por lo que vivenciaban los momentos de entrevistas como de “recreación”.

Un aspecto que resulta relevante explicitar es que, las entrevistas con niñas/os y adolescentes, tal como se menciona anteriormente, tienen otros tiempos, es decir, distintos tiempos que las entrevistas con adultas/os. Particularmente en las entrevistas con niñas/os, puede que ellas/os se dispersen o contesten otras cosas que no son “pertinentes” a lo que preguntamos. Sin embargo estas cuestiones fueron tomadas como emergentes en los que se siguió indagando ya que *por algo* la/el niña/o lo explicitó. Los tiempos de la entrevista fueron marcados mayoritariamente por la/el niña/o o adolescente y nosotras supimos respetar los temas y momentos que ellas/os fueron planteando, debiendo interrumpir o concluir entrevistas cuando fue necesario.

### ***Programa de Celiaquía***

En el marco del Programa de Educación para Niños y Adolescentes con Enfermedad Celíaca, durante el año 2012 comenzaron a realizarse entrevistas de admisión<sup>64</sup> para conocer en profundidad a las/os niñas/os y adolescentes y sus familias. La idea fue que Salud Mental y el Servicio Social las realizaran conjuntamente. Nosotras participamos en la realización de tres entrevistas; dos de ellas junto a una de las trabajadoras sociales y a una psicóloga del Programa, y una entrevista fue realizada por nosotras junto a dicha psicóloga.

Del total de entrevistas, dos fueron realizadas solamente a responsables de las/os niñas/os y en una estuvo presente el niño junto a su madre y su padre. Durante esta última entrevista se intentó, continuamente, darle la palabra al niño; sin embargo no se había creado una situación tan propicia para ello (no se respetaron la mayoría de los criterios planteados) por lo que el niño no deseaba hablar y, además, su madre y su padre interrumpían sus respuestas constantemente.

---

<sup>64</sup> Ver Registro de entrevistas de admisión al Programa de Celiaquía en anexo, página 173.

### **3.2.5.3. Otros espacios de intervención, otras actividades realizadas**

A lo largo del proceso de prácticas académicas pre-profesionales, como mencionamos al comienzo del punto 3.2.5., tuvimos la oportunidad de transitar por espacios diversos que nos habilitaron la realización de actividades también diversas, siempre en el marco de la promoción de derechos, correspondiente a nuestros objetivos y a nuestra primera línea de acción.

Así, en el marco del Programa de FQ, además de realizar las entrevistas de admisión que desarrollamos con anterioridad, participamos de las reuniones interdisciplinarias<sup>65</sup>, realizamos llamadas telefónicas a las familias de los sujetos incluidos en el programa<sup>66</sup> y participamos también en los talleres para padres/madres/familiares de niñas/os y adolescentes con FQ<sup>67</sup>. En dos de ellos además, dicha participación se extendió a la planificación<sup>68</sup> de los mismos, y en todas las instancias -5 talleres- realizamos los registros<sup>69</sup> correspondientes.

Fuimos designadas desde la Casa de Ronald Mc Donald para la aplicación de 11 encuestas de “Evaluación de desempeño del servicio de la Casa de Ronald Mc Donald”, y si bien las encuestas estaban diseñadas con preguntas cerradas<sup>70</sup>, mantuvimos entrevistas con las familias, algunas de ellas en presencia de niñas/os o adolescentes, y realizamos finalmente un informe<sup>71</sup> que presentamos como “devolución” a la institución.

En el marco del Programa de Celiaquía, además de la realización de entrevistas de admisión, participamos de una feria de degustación de platos para celíacos<sup>72</sup>, que se realizó con motivo del Día Mundial del Celíaco, realizando asesoramiento acerca de la Resolución 407/2012<sup>73</sup> y de la Ley Provincial N°

---

<sup>65</sup> Ver **Reuniones Interdisciplinarias de FQ** en anexo, página 4.

<sup>66</sup> Ver **Llamadas telefónicas para entrevistas** en anexo, página 25.

<sup>67</sup> Ver **Talleres para padres/madres/familiares** en anexo, página 5.

<sup>68</sup> Ver **Planificaciones de talleres de FQ** en anexo, página 8.

<sup>69</sup> Ver **Registros de los cinco talleres** en anexo, página 11.

<sup>70</sup> Ver **Encuesta Casita** en anexo, página 147.

<sup>71</sup> Ver **Informe sobre la encuesta de “Evaluación de Desempeño” del servicio de la Casa de Ronald McDonald de Córdoba** en anexo, página 110.

<sup>72</sup> Ver **Feria de degustación de platos para celíacos** en anexo, página 27.

<sup>73</sup> Ver **Resolución** en anexo, página 144.

9142<sup>74</sup> y promoción de derechos en general. También coordinamos un taller con niñas y niños.

En la dinámica propia del Servicio Social, realizamos aportes en la construcción de “fichas de admisión” de los programas de FQ, Celiaquía y Pro.Cor.Dia (Diabetes)<sup>75</sup>; nos ocupamos de lo que denominamos como “atención en ventanilla”<sup>76</sup>; desarrollamos intervenciones que se originaron en charlas informales en salas<sup>77</sup>, y atendimos turnos y sobretornos.

Por cuestiones de espacio, muchas de estas actividades se encuentran desarrolladas en el anexo, pero queremos resaltar aquí dos de estos espacios: los turnos y sobretornos y el taller de Celiaquía con niñas y niños. El primero, por haberse tratado de un espacio que fue vivenciado y se encontró a nuestro cargo - junto a las profesionales- durante la totalidad del proceso; el segundo, por la importancia que revistió respecto a nuestra estrategia, a pesar de no encontrarse en el marco de la población que delimitamos.

### ***Turnos y sobretornos (asistencia en carácter de “consultorio externo”)***

Denominamos como “turnos y sobretornos” a los espacios de gestión de recursos materiales (denominación que se le otorga en la jerga cotidiana del Servicio). Para abordar este espacio, se requiere de la aprehensión de conocimientos específicos que tienen que ver con el armado de expedientes, siendo distintos los requisitos que se solicitan para los diversos recursos (determinados por la institución a la que se dirigen los expedientes).

Mediante la observación y la capacitación, y posteriormente con la práctica (casi cotidiana), fuimos aprehendiendo estas cuestiones, siempre con supervisión, quedando a nuestro cargo también la atención de los sujetos en este espacio.

Entre los requisitos que se solicitan, la constante son las “negativas de Anses<sup>78</sup> y de Apros<sup>79</sup>”. Dado que se requiere de las certificaciones tanto de la/el

---

<sup>74</sup> Ver **Ley Provincial** en anexo, página 145.

<sup>75</sup> Ver **Aportes en la construcción de las “fichas de admisión”** en anexo, página 113.

<sup>76</sup> Ver **Atención en “ventanilla”** en anexo, página 48.

<sup>77</sup> Ver **Intervención por charlas informales en salas** en anexo, página 114.

<sup>78</sup> Se trata de un comprobante que acredita que el sujeto no registra prestaciones en curso de pago: Prestación por Desempleo; Jubilación; Pensión; Programa de Empleo; Beneficio en trámite o

niña/o o adolescente como de ambos progenitores, con la excepción de las/os niñas/os y adolescentes que poseen el apellido materno, surgen cotidianamente obstáculos al respecto. Los obstáculos que se presentaron con mayor frecuencia se encontraron vinculados por un lado, a las particularidades que presenta el mercado de trabajo en esta coyuntura<sup>80</sup>, y por otro lado, a conflictos en las relaciones entre los progenitores de las/os niñas/os y adolescentes<sup>81</sup>. Frente a ambas situaciones, nuestros argumentos/asesoramiento, mantuvieron una explícita perspectiva de derechos.

En estos espacios se encuentra instituida la realización de una entrevista mediante la cual se completa la “ficha social”. Este instrumento contiene disparadores para la indagación de datos personales y de contacto de la/el niña/o o adolescente; de datos referidos a la escolarización; a instituciones de referencia (entre ellas, centros de salud); al grupo conviviente (teniendo en cuenta edades, instrucción, ocupación, ingresos y estado de salud); a la existencia de transferencias formales e informales; y a la situación habitacional y servicios con los que cuenta dicho grupo conviviente. Finalmente se consigna el Servicio desde el cual se solicita el recurso material en cuestión, destacando dicho recurso.

Cabe señalar que en muchas oportunidades, era sólo uno de los progenitores/familiares quien acudía al Servicio Social (generalmente las madres), pero en otras, la/el adulta/o concurría con la/el niña/o o adolescente. En estos últimos casos, nos encontramos en presencia del “sujeto complejo”, por lo que dirigimos muchas de nuestras preguntas a las/os niñas/os o adolescentes, escuchando su voz, ampliando siempre la entrevista con la pregunta “¿y, te contó

---

si registra alguna actividad laboral (autónoma o bajo relación de dependencia). Más allá de tratarse de cuestiones burocráticas requeridas por las instituciones público-estatales que efectivizan derechos mediante el otorgamiento de recursos, se solicita como certificación de la inexistencia de cobertura médica, dado que ante la existencia de dicha cobertura, la demanda debe ser canalizada en el subsistema de Seguridad Social.

<sup>79</sup> Se trata de un comprobante que acredita que el sujeto no es afiliado a esta Obra Social Provincial. Es solicitado junto a la “negativa de Anses” dado que la afiliación a esta Obra Social no es registrada en Anses.

<sup>80</sup> Ver **Obstáculos frecuentes en relación al mercado laboral en esta coyuntura** en anexo, página 37.

<sup>81</sup> Ver **Obstáculos frecuentes por conflictos en las relaciones entre los progenitores** en anexo, página 38.

*el doctor por qué tenés que hacer estos papeles/estudios/etc.?”* Pregunta cuya respuesta generalmente era negativa, lo que desembocaba en nuestro explícito discurso sobre el derecho a la información (con un lenguaje accesible). En los casos en los que la respuesta era afirmativa, se reafirmaba desde la perspectiva de derechos, destacando esto como un aspecto que debe repetirse en todas las instancias en las que se vea implicado su proceso salud-enfermedad. Asimismo, en presencia de las/os niñas/os y adolescentes, se ampliaba la mencionada entrevista con preguntas dirigidas a abrir el universo de las representaciones, sobre todo en los aspectos saludables de la/el niña/o o adolescente.

La entrevista también se ampliaba cuando se detectaban obstáculos en algún aspecto de la vida cotidiana de la/el niña/o o adolescente (como así también de las/os adultos). En muchos casos, la detección de obstáculos desencadenó intervenciones concretas que involucraron contactos con otros profesionales del Hospital, articulaciones telefónicas, asesoramiento, etc. Las situaciones en las que intervenimos tuvieron que ver con obstáculos en relación a la escolarización<sup>82</sup>; con SeNAF<sup>83</sup>; con las/os médicas/os solicitantes de los recursos<sup>84</sup>; y con el no ejercicio pleno de los derechos<sup>85</sup>.

### ***Taller de Celiacía con niñas y niños***

Una vez desertada nuestra presencia en las reuniones interdisciplinarias, las trabajadoras sociales referentes del Programa nos invitaron a participar del taller que estaría a cargo de Trabajo Social, correspondiente al mes de julio, luego pospuesto para el mes de agosto con motivo del receso de julio. Dado que se trataba de desarrollar un taller para padres/madres/familiares en el aula magna del Hospital, y otro de niñas/os en la Escuela Hospitalaria “Atrapasueños”, de manera paralela, nos ofrecieron la opción de coordinar alguno de los dos talleres.

---

<sup>82</sup> Ver **Ejemplo de intervenciones frente a obstáculos con la escolarización** en anexo, página 40.

<sup>83</sup> Ver **Ejemplo de intervención frente a obstáculos con la SeNAF** en anexo, página 43.

<sup>84</sup> Ver **Ejemplo de intervención frente a obstáculos con médicas/os solicitantes de recursos** en anexo, página 45.

<sup>85</sup> Ver **Ejemplo de intervención frente a obstáculos relacionados al “no ejercicio de derechos”** en anexo, página 47.

Elegimos el taller de niños, entendiéndolo como espacio capaz de materializar las líneas de acción planteadas.

La planificación estuvo casi en su totalidad, a cargo de las trabajadoras sociales, nosotras hicimos sólo algunos aportes al respecto<sup>86</sup>. El día 30 de julio nos reunimos con las docentes de la Escuela Hospitalaria para socializar lo planificado. Nos encontramos con algunas resistencias/tensiones: las docentes pretendían realizar el taller de niñas/os haciendo hincapié en los “derechos del niño celíaco”, argumentando que si el mencionado taller se desarrollaría en el marco del Programa de Celiaquía, tendría que estar referido a la enfermedad. La postura subyacente en la planificación desde el Servicio Social, era abordar los derechos en general, sin tener en cuenta la especificidad de la enfermedad, y contrariamente a ello, hacer hincapié en los aspectos saludables de la/el niña/o, en la igualdad de estos sujetos más allá de las patologías que lo puedan atravesar. Además se entendía que desde el Programa sería una de las pocas - por no decir la única- instancia en la que se trabajaría desde un lugar alternativo al paradigma bio-médico hegemónico. Estas cuestiones fueron explicitadas ante las docentes que, al insistir con los “derechos del niño celíaco”, se les aclaró también que tales derechos son una adaptación de algunos derechos de la Convención de los Derechos del Niño a la vida cotidiana de la/el niña/o con celiaquía, pero no se encuentran en una legislación, cuestión que las docentes desconocían. Sin un consenso concreto al respecto, la planificación fue “impuesta”, de algún modo, tal como se había diseñado en el Servicio Social. Se acordaron cuestiones referidas a los recursos necesarios para llevar a cabo el taller y se explicitó que nosotras lo coordinaríamos.

El taller se llevó a cabo el 27 de agosto<sup>87</sup> y tuvo nuestra coordinación y como eje, el derecho de la/el niña/o a ser oído y su opinión tenida en cuenta, explícitamente abordado. Asistieron 8 niñas/os; una psicóloga y las docentes estuvieron presentes, interviniendo sólo en cuestiones muy puntuales, pero que tuvieron que ver concretamente con la enfermedad. Por ejemplo, tras la

---

<sup>86</sup> Ver **Planificación de los talleres de celiaquía con adultas/os y con niñas/os** en anexo, página 29.

<sup>87</sup> Ver **Registro Taller de Celiaquía con niñas/os** en anexo, página 33.

presentación de las/os niñas/os, las docentes preguntaron a las/os “nuevas/os” en el Programa, y *¿cuánto hace que sos celíaca/o?...*

Se dio inicio al taller con la presentación de cada niña/o, que fue entendido como disparador para abordar el derecho a la identidad. A partir de allí, con imágenes pre-seleccionadas que servían también como disparadoras, se indagó a cerca del conocimiento de ellas/os sobre otros derechos, entre los cuales se mencionaron “derecho a cuidar la casa”, y *a tener una casa* -agregamos; “derecho a jugar”; “derecho a que nos atiendan y a que nos cuiden” (derecho a la salud); “derecho a hablar”, *a hablar, a opinar y que nos escuchen* -agregamos. “Derecho a una familia”; “derecho a tener anteojos”. *Y todos somos iguales*, -agregamos.

Con posterioridad, las/os niñas/os construyeron el “árbol de los derechos” pegando las imágenes, dibujos y nombres en las hojas del árbol de afiches que habíamos diseñado antes del taller, el cual fue trasladado hasta el aula magna donde se encontraban padres/madres/familiares en el taller paralelo<sup>88</sup>.

El cierre del taller fue conjunto, donde las/os niñas/os explicaron lo trabajado: “Aprendimos sobre los derechos” y fueron mencionando mientras señalaban en el afiche-árbol, “derecho a la casa”, “derecho a que nos cuiden”, “derecho a hablar y que nos escuchen” (...) “que los padres nos escuchen”.

Cuestiones relevantes a destacar del taller:

- En ningún momento las/os niñas/os hicieron mención de la enfermedad, a excepción de una niña de 4 años, quien en el momento de la presentación expresó “me gusta mirar tele, Utilísima, hay un programa que se llama ‘Cocina Express’. Ahí hacen comidas sin gluten, y después cocino”. Cabe destacar que entre las imágenes disparadoras para hablar de los derechos, muchas eran de comidas, y nadie escogió estas.
- La variedad de edades de las/os niñas/os (entre 4 y 12 años) dificultó la predisposición de los más grandes a la dinámica del comienzo; en el transcurso del resto del taller esta dificultad disminuyó.

---

<sup>88</sup> Ver fotografías en anexo, página 171 y 172.

- Hubo un momento de espera para que finalizara el taller de las/os adultas/os antes del cierre conjunto en el que la improvisación desembocó en un juego (el “quemado”), que compartimos con las/os niñas/os en el pasillo, y del cual rescatamos la apropiación del espacio hospitalario por parte de las/os niñas/os.
- El cierre configuró una demostración concreta de la efectivización del derecho de las/os niñas/os a ser oídos, como una cuestión además, reivindicada por ellas/os mismas/os.
- El “árbol de los derechos” fue pegado en el hall central del Hospital, donde permaneció durante tres días.

#### **3.2.5.4. Construcción de dispositivos lúdicos**

La propuesta de la construcción de dispositivos lúdicos como disparadores de las entrevistas con niñas, niños y adolescentes fue la respuesta a una preocupación metodológica. Desde nuestro posicionamiento, la necesidad de incorporar estos espacios en el quehacer profesional como un espacio alternativo a las entrevistas tradicionales era indiscutible como eje de nuestra estrategia de intervención; la pregunta que quedó rondando por un tiempo fue ¿cómo configurar ese espacio *alternativo*? ¿Con qué herramientas?

En el año 2012 nos incorporamos al Área de Cultura y Expresiones Populares de la Secretaría de Extensión de la Escuela de Trabajo Social y comenzamos a trabajar junto a la referente del Área en una idea que desembocó en el proyecto “Juego y Cultura”. Fuimos “capacitándonos” en la temática de manera informal y mediante lectura bibliográfica. Nuestra estrategia de intervención se vio sin dudas influenciada por esta experiencia que vivíamos de manera paralela a las prácticas pre-profesionales. Comenzamos a pensar el juego, lo lúdico, y más precisamente los dispositivos lúdicos como respuesta a aquel “¿cómo configurar ese espacio *alternativo*? ¿Con qué herramientas?”.

A continuación desarrollamos entonces diversas aristas subyacentes a la construcción de dichos dispositivos lúdicos:

### ***Acerca del juego...***

Partimos de considerar al juego como un *derecho* de todas/os las/os niñas, niños y adolescentes. Para ello nos referenciamos en el marco legal vigente, es decir, en la Convención de los Derechos del Niño que en su artículo 31 plantea el derecho al descanso, esparcimiento, juego y participación en actividades culturales y artísticas; la Ley Nacional N° 26061 que en su artículo 20 enuncia el derecho al deporte y juego recreativo; y en su correlato provincial, la Ley N° 9944, expresa en el artículo 23 el derecho al descanso, recreación, deporte y juego.

Parafraseando a Huizinga, J. (1938:20-27), todo juego es una actividad libre, entendiendo a la libertad en un sentido amplio. Las/os niñas/os juegan porque esto les produce placer, y en esto consiste precisamente la libertad.

La actividad lúdica puede tener diversos fines: pedagógicos, culturales, sociales, políticos, físicos, psíquicos y/o el placer. Se logra desembocar en la manifestación del *ser* y no del *deber ser* en aquel momento en que los sujetos alcanzan -durante la actividad lúdica- un clima de desinhibición, de libertad de acción, de comunicación, de creación, de placer.

El juego, en su aspecto formal, es una acción libre ejecutada “como si” y sentida como situada fuera de la vida corriente, pero que, a pesar de todo, puede absorber por completo al jugador, sin que haya en ella ningún interés material ni se obtenga provecho alguno. Se ejecuta dentro de un determinado tiempo y un determinado espacio, se desarrolla en un orden sometido a reglas y da origen a asociaciones que propenden a rodearse de misterio o a disfrazarse para destacarse del mundo habitual.

Varios autores subrayan el carácter desinteresado del juego ya que es una actividad que transcurre dentro de sí misma y se practica por la misma satisfacción que genera su propia práctica.

El juego es también una representación de algo. Esta puede consistir solamente en presentar ante otras/os algo “naturalmente dado”<sup>89</sup>.

Teniendo en cuenta que el juego pone de manifiesto representaciones, sentidos del mundo social, posiciones que en él se ocupan, posibilidades de transformación de la realidad, fantasías, miedos, entre otros, y, además, habilita situaciones y canales de expresión, es que coincidimos con Ruiz, M. E. quien, en una entrevista realizada el día 11 de octubre de 2012<sup>90</sup>, afirmaba: “*el dispositivo es una máquina de hacer decir y de hacer hacer*”.

También resulta relevante reconocer al juego como dispositivo esencial de la socialización. Así, elegir cómo jugar nos permite inventar nuevas realidades, distintos puntos de llegada -y de nuevas partidas- en la medida en que nos atrevamos a cuestionar y recrear, junto con otras y otras, las reglas. El juego alienta la inquietud *expresiva* en tanto permite poner en la superficie, exteriorizar aquello que nos constituye, que nos define y nos marca. Lo expresivo, como algo irreducible a una forma única, asume múltiples lenguajes. (TAGUA Proyectos Sociales; 2004. Cit. en Ruiz y Nicolás; 2009:s/p). Los dibujos que las/os niñas/os realizan durante los espacios de entrevistas son ejemplos de estos múltiples lenguajes que asume lo expresivo.

El juego, además, permite animarse a lo negado como así también visualizar lo invisibilizado. Así es como, siguiendo a Ruiz, M. E. y Nicolás, P. (2009:s/p), reconocemos la importancia de “abordar aquellas ‘manifestaciones’, ‘naturalizaciones’ y ‘mediaciones’ que se constituyen en obstáculos para la reproducción de la existencia, en términos de una calidad de vida digna, el ejercicio pleno de los derechos humanos y la acción colectiva”. Como equipo de trabajo, consideramos que la realización de entrevistas con niñas, niños y adolescentes a partir de un dispositivo lúdico, se constituye en una forma de acercarse a ello.

---

<sup>89</sup> En el “sapito” esto se puede ver reflejado cuando se elige la imagen en la que aparecen dos personas abrazándose y, luego de responder a “¿Quién te gusta que te abrace? ¿A quién te gusta abrazar?”, se debe representar ese abrazo. Ver **SAPITO** en anexo, página 84.

<sup>90</sup> Ver **Desgrabación: entrevista/consulta con Emilia Ruiz DISPOSITIVO LÚDICO** en anexo, página 115.

Una de las principales características del juego es que se configura en una situación relacional, con un clima diferente, en el que se utiliza un lenguaje que es propio de la niñez. Así, se da una situación de paridad con la/el otra/o. Es decir, la idea de asimetría que media las relaciones sociales en general, desaparece o, al menos, se ve disminuida. Esto se debe a que el juego siempre implica paridad de quienes juegan; éstos se tienen que entender como iguales al hacerlo. Al decir de M. E. Ruiz:

“¿Igualdad ante qué? Igualdad ante una norma, para eso existen las reglas de juego. La regla es lo que unifica a los jugadores en tanto iguales ante una regla. Por eso las reglas se pueden cambiar todas las veces que haga falta en cuanto los jugadores estén de acuerdo en que se cambie la regla”. (M. E. Ruiz; 2012).

De este modo, las diferencias existentes entre las personas que participan de un mismo juego en un contexto determinado -por ejemplo un niño y un adulto- pueden ser sumamente significativas en la cotidianidad, pero en el juego se “diluyen” a través de las reglas, generando paridad.

Otra característica del dispositivo es la “idea de no-dirección”. El dispositivo en sí mismo invita a jugar, no importa quién lo propone y quién lo maneja. Consideramos que el hecho de que lo pueda manejar la/el niña/o y/o adolescente es darle cierto margen de autonomía.

Cabe aclarar que el juego posee una limitación en particular ya que, en palabras de Huizinga, J. (1938:23), “se desenvuelve dentro de su campo, que material o tan sólo idealmente, de modo expreso o tácito, está marcado de antemano”. Es decir, se lleva a cabo en un espacio “cerrado”, separado del ambiente cotidiano y solo es allí donde valen determinadas reglas. En otras palabras, todo juego ocurre en un espacio y tiempo determinado.

Entonces, existen tres factores que necesariamente se deben dar para que ocurra una situación de juego: reglas, participantes con disponibilidad lúdica y un espacio y tiempo determinados.

Resulta de interés, también, saber interpretar el momento en el cual finalizar el juego. Los motivos para la finalización varían y se pueden deber tanto a factores internos como externos, ya sea de la persona como del juego en sí.

Para finalizar, y según nuestra propia experiencia, la creación de un dispositivo lúdico requiere de pruebas piloto previas que implican idas, vueltas, planteos y re-planteos, creaciones y re-creaciones. Al producir el dispositivo concreto también hay que pensar hacia quiénes va dirigido (para qué población), dónde lo vamos a utilizar, cómo lo vamos a hacer, etc.

### ***Juego y Trabajo Social...***

En nuestra consciencia, por lo general, el juego se opone a “lo serio”. Resulta de interés afrontar el desafío de interpelar -desde diversos lugares- los modos tradicionales de intervenir desde el Trabajo Social, intentando así trascender miradas instrumentales y reconociendo, pensando, creando y re-creando “otros tipos” de intervención profesional, que también logren incidir en la dimensión simbólica de la vida de los sujetos.

Consideramos pertinente entender al juego como una práctica social pre-existente a la intervención profesional, y no sólo como técnica, sino como dispositivo. Desde el Trabajo Social después de observar, analizar e interpretar estas prácticas, la elección de un dispositivo para la intervención se relaciona con la visibilización del mismo como un elemento con potencial para una práctica liberadora y emancipadora. De este modo, las prácticas lúdicas se entienden desde una perspectiva de derecho y de cambio social. Así es como estamos convencidas de la importancia de promover también la dimensión lúdico-expresiva de la intervención profesional.

Cabe aclarar que el trabajo con dispositivos lúdicos en la intervención social<sup>91</sup> requiere no perder de vista la relevancia del registro de lo que acontece. Pero es necesario tener en cuenta *cómo* se realizará ese registro ya que cuando se está jugando, el registro puede resultar violento y hasta obstaculizar la práctica. Una opción es la de grabar, siempre que se tenga el consentimiento de la/el niña/o y que la presencia del grabador no resulte ser -como el registro en papel- un obstaculizador, un condicionante de la situación.

---

<sup>91</sup> No sólo con dispositivos lúdicos, sino en las intervenciones en general.

### ***Nuestros dispositivos lúdicos...***

Con el objetivo de trascender el “modelo tradicional de entrevistas”<sup>92</sup> y teniendo en cuenta las cuestiones planteadas en los apartados anteriores, elaboramos dos dispositivos cuya finalidad es constituirlos en “disparadores” de situaciones concretas que permitan ser profundizadas a lo largo de la entrevista.

Uno de los dispositivos, al que denominamos “Sapito”<sup>93</sup>, está pensado para entrevistas con niños/as entre 4/6 a 8/10 años de edad. El otro dispositivo, “¿Cómo continua la frase?”<sup>94</sup>, para niños/as y/o adolescentes entre 11 y 14 años de edad.

Asimismo, cabe aclarar que estas franjas etáreas no son rígidas, sino que, por el contrario, son pensadas como flexibles y adaptables según las particularidades de cada niño/a o adolescente; cuestión que será “evaluada” por el entrevistador en el momento concreto. Dichas particularidades remiten, entre otras cuestiones, a las trayectorias de vida y a los capitales incorporados en ellas. Además, puede surgir la posibilidad de trabajar ambos dispositivos con un mismo sujeto, más allá de las edades expuestas (como sucedió en nuestra práctica).

El objetivo subyacente es que mediante los dispositivos se proponga la entrevista como un *momento lúdico*; diferenciándose de la entrevista tradicional, ya que habilita una situación relacional diferente, de uso de un lenguaje que es propio de la niñez, y permite indagar sobre situaciones específicas y pertinentes al abordaje del caso; potenciando aspectos saludables del proceso salud-enfermedad de los sujetos.

Tal como se mencionó en el apartado anterior, a través del dispositivo se habilitan otras formas de comunicación en el marco de relaciones que presentan mayor paridad -sin negar las relaciones de poder existentes- que se diferencian de aquellas situaciones en las que es uno el que pregunta y otro quien debe responder. Además, la entrevista con un dispositivo lúdico posibilita que el/la niño/a o adolescente saque provecho de ese momento, en el presente, más allá

---

<sup>92</sup> Situación donde el entrevistado y el entrevistador se encuentran mediados por una mesa o un escritorio (en los casos en que estos recursos existen), por un papel y una lapicera; donde el entrevistador realiza preguntas y registra aquello que el entrevistado responde/relata.

<sup>93</sup> Ver **SAPITO** en anexo, página 84.

<sup>94</sup> Ver **¿CÓMO SIGUE LA FRASE?** en anexo, página 87.

de las cuestiones que se desencadenen en cuanto a la intervención, en términos de proceso, en el corto, mediano y/o largo plazo.

Justamente es en el momento lúdico cuando es posible la efectivización del derecho a ser oídos y su opinión tenida en cuenta, a jugar y a recrearse, a la salud, entre otros.

En cuanto al contenido de los dispositivos, ambos hacen hincapié en “disparadores” que permiten indagar sobre indicadores de maltrato hacia niños, niñas y adolescentes, y sobre los proyectos de vida. Asimismo, en el “Sapito” predominan los primeros y en el “¿Cómo sigue la frase?”, los segundos.

Más allá de las particularidades a las que apuntamos con cada dispositivo, ambos permiten movilizar el universo de las representaciones sociales, entendiendo a estas como constitutivas de la dimensión simbólica que compete al quehacer del Trabajo Social.

### ***Pruebas piloto: realización de entrevistas con niñas/os y adolescentes en el proceso de prácticas pre-profesionales***

En el mes de octubre realizamos las pruebas piloto de los dispositivos. Para ello, construimos dichos dispositivos con cartulina y figuras fotocopiadas<sup>95</sup>. Tras estas pruebas, algunas cuestiones fueron modificadas para el diseño final<sup>96</sup>.

Realizamos estas entrevistas con un niño de 7 años que ingresó por peritonitis, re-ingresó por infección y fue abandonado por sus padres en el Hospital<sup>97</sup>; y con una adolescente de 14 años con diabetes, con reiteradas internaciones por descompensaciones, también abandonada en el Hospital por intervalos de tiempo determinados<sup>98</sup>. En ambos casos, se trató de hospitalizaciones prolongadas.

Algunas cuestiones que pretendemos resaltar al respecto son:

---

<sup>95</sup> Ver fotografías en anexo, página 165-167.

<sup>96</sup> Ver fotografías en anexo, página 168-170.

<sup>97</sup> Ver **Niño de 7 años: “Juan”** en **Descripción de casos** en anexo, página 91.

<sup>98</sup> Ver **Adolescente de 14 años: “Ana”** en **Descripción de casos** en anexo, página 90.

- Ambos, niño y adolescente, mostraron interés por los dispositivos, entendiéndolos como “juegos”, cuestión que facilitó la realización de las entrevistas. Hubo momentos en los que al finalizar, mencionábamos que seguiríamos jugando al día siguiente si así quisieran, y en reiteradas ocasiones fueron él/ella quienes fueron hasta el Servicio Social a buscarnos para dar continuidad a la actividad.
- Otra interpretación, relacionada con la anterior, es que la propuesta de una entrevista mediante el juego habilitó a estos sujetos a hablar sobre cuestiones que no hablaban con las profesionales. Esto era explicitado por él/ella mismos, al mencionar que “a las viejas” no les contaban todo, cuestión a su vez corroborada por nosotras en los momentos en que transmitimos algunas cuestiones que consideramos relevantes como aportes de la *voz del niño y la adolescente* en el abordaje profesional, que estos últimos desconocían.
- Cabe señalar que los dispositivos se ejecutaron entre tres y cuatro veces durante el tiempo que duró la entrevista (aproximadamente una hora cada una), dado que cada ejecución demandó un tiempo prolongado en la profundización de los diversos disparadores y en la dinámica lúdica que implicaba la participación de las/os tres sujetos implicados (el niño/la adolescente y nosotras).
- Por lo general fueron el niño/la adolescente quienes ejecutaron los dispositivos por primera vez en la dinámica/entrevista.
- La finalización de las entrevistas tuvo motivos diversos: hora de almuerzo; distracción e imposibilidad de lograr nuevamente un clima lúdico/de entrevista ante ruidos provenientes del pasillo; llamado de algún profesional para realizar la medicación/tratamiento correspondiente.

### ***Presentación de los dispositivos lúdicos: cierre simbólico***

Con motivo de realizar un cierre a los fines “académicos” del proceso de prácticas pre-profesionales, el 6 de noviembre realizamos lo que titulamos como “cierre simbólico”; “simbólico” porque seguimos concurriendo a la institución hasta el 21 de diciembre.

En esta instancia, hicimos la “presentación de los dispositivos lúdicos”, en su formato final, y fundamentamos estas construcciones en el marco del relato de nuestro proceso y el eje del mismo: la realización de entrevistas con niñas, niños y adolescentes desde el Servicio Social. Para ello, elaboramos un documento escrito resumiendo estas cuestiones<sup>99</sup>. En el cierre estuvieron presentes las profesionales del Servicio y el Docente de la Cátedra “Intervención Pre-Profesional”, quien también acompañó desde la academia nuestro proceso.

El mismo tuvo tres momentos: el primero de exposición, a nuestro cargo; el segundo de debate entre las/el presentes; y un último momento que se trató de una devolución hacia nosotras (y nuestro proceso) por parte de la Jefa de Servicio y el Docente.<sup>100</sup>

En el debate se hicieron señalamientos en base al encuadre de la entrevista y se expresaron miedos, resistencias, dudas y posicionamientos respecto a la realización de entrevistas con niñas, niños y adolescentes.

Una de las cuestiones en las que más se hizo hincapié fue en cómo hablar de proyecto de vida con niñas/os y adolescentes con enfermedades crónicas, entendiendo esto como limitaciones atribuidas a la falta de formación al respecto. Ejemplificamos esto en la siguiente expresión, extraída de la desgrabación del cierre:

a mí lo que me pasa cuando hablo con los niños, que me parece que tiene que ver con esto de la falta de formación, es que me ha pasado, por ejemplo en Diabetes, que te dicen “no, porque me voy a morir”... o sea, cuando hablás de proyecto de vida, me parece como un tema, o sea, una limitación personal, y

---

<sup>99</sup> El documento del cierre simbólico recupera varios párrafos desarrollados en la presente tesina y a su vez constituye un resumen de la estrategia. Ver anexo, página 72.

<sup>100</sup> Ver **Devolución en Desgrabación: Presentación de dispositivos lúdicos y “cierre simbólico” 6 de noviembre de 2012** en anexo, página 51.

creo que tiene que ver con que muchos años no hablamos con los chicos, y lo dejamos para Salud Mental, es que a veces se dispara sensaciones, sentimientos, que uno, por lo menos yo, no tengo la capacidad ni los conocimientos para sostener, que te pasa a veces con los chicos de diabetes que te dicen “no, mi mamá me dijo que nos vamos a morir, ¿nos vamos a morir?” o “¿nos van a cortar las piernas?” o “¿me voy a quedar ciego?”... con esto del proyecto de vida, cuando la enfermedad es crónica, a veces a mí se me quemaban los papeles... no sé bien qué contestar o cómo contestar...

Como respuesta a lo anterior, otra profesional planteó:

ahí traigo algo de un curso que fuimos a hacer con la Pato de Tonucci, que nosotras veníamos pensando mucho esta cuestión de no estar informados de cómo entrevistar a los niños y demás, y es como que Tonucci disipó un poco todos esos fantasmas... y empezó a hablar más bien de que no hace falta una capacitación específica, no hace falta una formación concreta en entrevistas con niños, es estar convencido de querer escuchar al niño y de querer desarrollar estrategias, no hace falta una formación paralela...

Esta última posición, es la que defendemos, si bien consideramos que es necesaria la formación al respecto, creemos en que la convicción es el primer paso. Asimismo, se mencionaron también las características propias de la institución, principalmente en lo que respecta a la fragmentación en el abordaje, el paradigma médico-hegemónico y las dificultades que se plantean para el trabajo interdisciplinario.

Hicieron referencia también al atravesamiento del nuevo paradigma en diversos ámbitos y las dificultades mayores que presentan campos, como el de la salud, en la apropiación de prácticas instituyentes, dado que son cuestiones que quedarían en manos de los profesionales, a diferencia de los campos de ejecución de la Ley, como el Ministerio de Desarrollo Social, interpelado directamente.

Resaltamos que otra de las aristas claves del debate se encontró en materia de posicionamientos y en la posibilidad de cada profesional de una elección ético-política en la concreta realización de las entrevistas con niñas, niños y adolescentes: *“y la otra es que bueno, es una elección también... del profesional, usar esto o no...”*. En este sentido nuestros argumentos, en

coincidencia con una de las profesionales fue que es una cuestión discutible, dado que si tenemos un marco jurídico que nos interpela en el cambio de determinadas prácticas, ¿hasta qué punto es posible el margen de “elección” al respecto, cuando se trata de un derecho que debe ser garantizado?

Finalmente, se resaltó que en esta coyuntura la discusión no pasaría entonces por llevar o no a cabo las entrevistas con niñas, niños y adolescentes, sino por *cómo* realizarlas. Se mencionó en relación a esto:

“lo importante es abrir el juego...” “Claro, y romper con trayectorias históricas del Trabajo Social de no escuchar, más allá del Hospital, en general, o sea es algo que trasciende ampliamente a un hospital público” “(...) pero bueno, el cambio de paradigma supone un montón de desafíos, porque tenés que modificar estructuras, cambiar vos tu posición, capacitarte para eso, o sea... es el momento de empezar (...).”

Resaltamos en esta instancia la necesidad de la promoción de derechos de manera explícita apostando al protagonismo de las/os niñas/os y adolescentes en la construcción de ciudadanía; de entender a los dispositivos como disparadores en las entrevistas y los facilitadores que ofrece la dimensión lúdico-expresiva en este sentido; y de la interpretación de la voz del niño para el desarrollo de estrategias.

### ***A modo de cierre: abriendo caminos***

Al culminar las prácticas académicas pre-profesionales, realizamos un balance de la experiencia transitada durante el proceso. A partir de lo vivenciado pudimos determinar que hubo pertinencia entre los objetivos planteados inicialmente y las actividades desarrolladas como parte de la estrategia diseñada. También destacamos la importancia de la contribución realizada en cuanto a la redefinición del sujeto de intervención del Servicio Social del Hospital, incorporando a la/el niña/o y adolescente como protagonista y participante activo durante la intervención. Además, resaltamos el hecho de haber dejado instalada una práctica instituyente en el Servicio Social. Dicha práctica, refiere a la apertura, a un inicio en la realización de entrevistas con niñas/os y adolescentes, permitiendo a estas/os posicionarse como protagonistas en su proceso salud-enfermedad y las situaciones que este proceso conlleva. Al mismo tiempo, se dejaron a disposición de las profesionales dispositivos lúdicos para llevar a cabo esta técnica disciplinaria, los cuales constituyen un mecanismo didáctico-dinámico, que funciona como disparador en las entrevistas y optimizan la recaudación de información, permitiendo identificar diversas problemáticas, situaciones que se desean transformar o potencialidades/aspectos saludables de los sujetos a quienes se entrevista.

Estos dispositivos permiten traducir diversas percepciones que el sujeto posee sobre la realidad que atraviesa, haciéndolas inteligibles, profundizando su relato en momentos donde la oralidad no resulta extensa o suficiente. Cabe aclarar que no interpretamos estos dispositivos como un elemento secundario de la oralidad en la entrevista, sino que oralidad y dispositivo se complementan potenciando los relatos. Por último, se ha emplazado en el Servicio el debate acerca de la realización de entrevistas con niñas/os y adolescentes, la forma y el momento en que estas deben ser realizadas, con qué objetivos y cómo seguir interviniendo con posterioridad.

Una cuestión resulta de suma importancia: además de escuchar la voz del niño y tener en cuenta su opinión, es necesaria su posterior interpretación; instancia que no habíamos previsto al comienzo del proceso, pero que incorporamos en la redacción de la tesina. La interpretación es necesaria para evitar la revictimización de la/el niña/ o adolescente.

Desde nuestro posicionamiento, reivindicamos la importancia de escuchar y tener en cuenta la opinión de las/os niñas/os y adolescentes; posicionamiento atravesado por cuestiones teóricas y ético-políticas.

Por un lado, se trata de la efectivización de derechos planteados en el marco legal vigente, como así también de promocionar el protagonismo de las/os niñas/os y adolescentes entendiéndolas/os como sujetos sociales, con capacidad de participar y transformar la realidad, que pueden comunicar y expresarse libremente. Todo ello, como práctica cultural desde el Trabajo Social, que, siguiendo a Aquín, N. (2000: 7) nos posiciona en la acción social hacia la construcción de ciudadanía para la habilitación de sujetos conscientes de sus derechos y responsabilidades.

Por otro lado, y siguiendo a Fraser, N. (2000: 142-147), estamos convencidas que el escuchar a las/os niñas/os y adolescentes y tener en cuenta su opinión es una dimensión que se direcciona a la construcción de una sociedad más justa.

A su vez, este paradigma materializa una crítica a la moral instituida tanto en el imaginario social como en las prácticas de intervención del colectivo profesional. Retomando a Heller, M. (2005: 3-4), es justamente en el momento en que se pone en cuestión el uso de costumbres morales y policiales, cuando la ética y la política comienzan a movilizarse.

Coincidimos con Cazzaniga, S. en que:

La dimensión fuertemente interventiva de nuestra profesión nos interpela (...) Generalmente participamos en situaciones que pueden ser consideradas verdaderos dilemas éticos y en la puesta en acto de nuestro ejercicio se juega constantemente la responsabilidad (...) Cada toma de decisiones contiene un aspecto ético, cada alternativa implica

consecuencias respecto de otros: sus derechos, autonomías y libertades y supone un “responder” por tales decisiones por parte del profesional. (Cazzaniga, S.; 2001: 2).

Creemos que hay dos aspectos claves en este sentido: por un lado, la capacidad de escuchar e interpretar de los/as Trabajadores/as Sociales que permitan diseñar cursos de acción idóneos, no pragmáticos, para lo cual la formación/capacitación profesional resultaría central (aunque consideramos que “el primer paso” se encuentra en la convicción). Por otro lado, aspectos vinculados a qué se hace con la información obtenida -cómo se comunica, utiliza y a quién va dirigida, entre otras cuestiones- no deben perder de vista el fuerte atravesamiento de poder que el Trabajo Social conlleva en lo que respecta a la toma de decisiones (ético-políticas) que impactan directa e indirectamente en la vida cotidiana de los sujetos.

Podemos afirmar entonces que “había que abrir el juego, y el juego está ahora abierto...”

## ***Bibliografía***

- Acuña, C. y Chudnovsky, M. (2002): *El Sistema de Salud en Argentina*. Documento 60.
- Aquín, N. (1995): *Acerca del objeto del trabajo social*. En Acto Social, Revista de Trabajo Social y Ciencias Sociales.
- Aquín, N. (2000): *Trabajo Social, Intervención Social y Ética Profesional*. Disertación realizada en el Colegio de Profesionales de la Provincia de Buenos Aires, distrito La Plata.
- Aquín, N. y Acevedo, P. (s/f): *Introducción a la intervención*. Ficha de Cátedra correspondiente a Teoría, Espacios y Estrategias de Intervención II (Abordaje Comunitario) dictado en el año 2010. Licenciatura en Trabajo Social, UNC. Córdoba, Argentina.
- Aquín, N.; Acevedo, P. (2007): *La cuestión de los procedimientos en trabajo social comunitario*. En Ficha de cátedra: *Introducción a la intervención. La intervención como dispositivo, como construcción de lo global y como estrategia. Procedimientos. Las técnicas*. Trabajo Social IV (Abordaje comunitario). Escuela de Trabajo Social. UNC. Córdoba, Argentina. Págs. 4 a 7.
- Ball, S. J. (comp.) (1994): *Foucault y la educación. Disciplinas y saber*. Editorial Morata. Madrid, España.
- Bilavcik, C. y Rimondi, C. (2012): *Nuevas miradas, nuevos sujetos, nuevos interrogantes*. Abstract para el V Congreso Mundial por los Derechos de la Infancia y la Adolescencia “Infancia, Adolescencia y Cambio Social”. San Juan, Argentina.
- Bourdieu, P. y Waquant, I. (1995): *Respuestas para una antropología reflexiva* Grijalbo. México.
- Castel, R. (1997): *Las metamorfosis de la cuestión social*. Editorial Paidós. Buenos Aires, Argentina.

- Cazzaniga, S. (2001): *Cuestiones éticas en la formación profesional: de la prescripción a la formación*. Desde el fondo. Cuadernillo N° 19. Facultad de Trabajo Social, UNER.
- Colegio de Profesionales de Servicio Social de la Provincia de Córdoba (2000): *Los tres paradigmas sobre la infancia y la adolescencia y el trabajo social*. Ponencia – Revista Confluencias. Año 8. N° 36. Material extraído de la bibliografía correspondiente al Seminario de Trabajo Social con niños y adolescentes dictado en el año 2010 en el marco de la Licenciatura en Trabajo Social. UNC. Córdoba.
- Custo, E. y otras (2009): *Acerca de las relaciones sociales: ¿Qué son? ¿Cómo se producen y reproducen determinados sistemas de relaciones sociales?* en “Teoría, Espacios y Estrategias de Intervención Grupal”. Editorial Espartaco. Córdoba, Argentina.
- Custo, E. y otras (2009): *La construcción y conquista de autonomía. Poner en juego la subjetividad contemporánea de los trabajadores sociales*. En Revista Escenarios. Año 9 N° 14. Ed. Espacio.
- Danani, C. (2006): *Politización: ¿autonomía para el Trabajo Social? Un intento de reconstruir el panorama latinoamericano*. En Revista Katálisis. Vol. 9, n°2. Universidad Federal de Santa Catarina, Florianópolis.
- Di Tella, T. S. (2004): *Diccionario de Ciencias Sociales y Política*. Editorial Ariel.
- Fraser, N. (1991): *La lucha por las necesidades* en Debate Feminista, año 2, vol. 3, México.
- Fraser, N. (2000): *¿De la distribución al reconocimiento? Dilemas de la justicia en la era “postsocialista”*. Revista New Lft Review. España.
- Gandolfo M. (2006): *Diagnóstico organizacional. Hospital de Niños de la Santísima Trinidad*. Córdoba, Argentina. Sistematización. Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba. Residencia Trabajo Social y Salud. Observaciones y entrevistas informales realizadas por las estudiantes desde su inserción en la institución.

- Giberti, E. (compiladora), (2005): *Abuso sexual y malos tratos contra niños, niñas y adolescentes. Perspectiva psicológica y social*. Capítulo 10: *El maltrato hacia los niños*. Ed. Espacio. Buenos Aires, Argentina.
- González, C. y Nucci, N. (2005): *Enseñar a intervenir con familias*. Revista Escenarios. N° 9. Formación Profesional y Realidad Social. Revista Institucional de la Escuela Superior de Trabajo Social. Universidad Nacional de La Plata. Editorial Espacio.
- González-Simancas, J. y Polaino-Lorente, A. (1990): *Pedagogía hospitalaria. Actividad educativa en ambientes clínicos*. Nancea, S. A., De Ediciones. Madrid, España.
- Grau Rubio, C. (2001): *La pedagogía hospitalaria en el marco de una educación inclusiva*. Ediciones Aljibe. Málaga, España.
- Grau Rubio, C. (2002): *Impacto psicosocial del cáncer infantil en la familia. Educación, Desarrollo y Diversidad*. 5 (2) N° monográfico, 67-87. En Internet, [http://www.pedagogiahospitalaria.net/doc/recursos\\_005.pdf](http://www.pedagogiahospitalaria.net/doc/recursos_005.pdf)
- Gutiérrez, A. (2005): *Las prácticas sociales: Una introducción a Pierre Bourdieu*. Ferreyra Editor. Córdoba.
- Heller, A. (1978): *Teoría de las necesidades en Marx*. Edic. Península. España.
- Heller, M. (2005): *La reflexión ética en las acciones de desarrollo: una incomodidad necesaria*. I Seminario Internacional: Ética para el Desarrollo. Villa Hermosa, Estado de Tabasco, México.
- Hernández Sampieri y otros (2010): *Metodología de la investigación*. Editorial MC Graw Hill. Quinta Edición. México.
- Huizinga, J. (1938): *Homo ludens*. Emecé Editores, S.A. España.
- Iamamoto, M. (2003): "El servicio social en la contemporaneidad. Trabajo y Formación profesional". Editorial Cortazar. San Paulo, Brasil. Pág. 40.
- Kenway, J. (1994): *La educación y el discurso político de la Nueva Derecha*. En Ball, S. J. (comp.): *Foucault y la educación. Disciplinas y saber*. Editorial Morata. Madrid, España.

- Lattanzi, L. y Piotti, M. L. (s.f.): *Paradigma de la Promoción del Protagonismo Integral de la Infancia. Plenitud de los derechos del niño*. Material extraído de la bibliografía correspondiente al Seminario de Trabajo Social con niños y adolescentes dictado en el año 2010 en el marco de la Licenciatura en Trabajo Social. UNC. Córdoba.
- Liebel, M. (1996): *El protagonismo infantil organizado de los NATs*. Cuadernos NATRAS N° 4. Material extraído de la bibliografía correspondiente al Seminario de Trabajo Social con niños y adolescentes dictado en el año 2010 en el marco de la Licenciatura en Trabajo Social. UNC. Córdoba.
- Manual Merck de Información Médica. Editorial Océano. Citado en “¿Qué es la Fibrosis Quística?”. Material elaborado por la Escuela Hospitalaria “Atrapasueños”.
- Marrone, M. A. (s.f.): *Ley Nacional de Protección integral de Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes*. Material extraído de la bibliografía correspondiente al Seminario de Trabajo Social con niños y adolescentes correspondiente al año lectivo 2012 en el marco de la Licenciatura en Trabajo Social. UNC. Córdoba.
- Moughty y Flores (2007): *Ficha de Cátedra de Sociología de las Organizaciones*. Escuela de Trabajo Social, UNC, Argentina.
- Moyano, G. y Escudero, J. C. (s.f.): *La salud en Argentina: ¿En manos de quién?* Informe sobre la situación de la salud en Argentina. Disponible en Cuadernos de la Emancipación.
- Nucci, N. (2010): *La construcción de estrategias en la intervención de Trabajo Social*. Mimeo. Córdoba, Argentina
- Peralta, M. I. (2011): *Ficha teórica: estrategias de intervención profesional con el foco en el sujeto*. Ficha de cátedra. Seminario de Diseño de Estrategias de Intervención. Licenciatura en Trabajo Social. UNC. Córdoba, Argentina.

- Perera, M. (1999): *A propósito de las representaciones sociales: apuntes teóricos, trayectoria y actualidad*. Informe de investigación. CIPS. La Habana. En Ibette Alfonso Pérez.
- Piotti, M. L. (1996): *El niño y su identidad. Afirmar un derecho*. Revista Acto Social Nº 14.
- Piotti, M. L. (2008): *Políticas sociales y ciudadanía de los niños y adolescentes*. Ponencia del II Seminario Internacional “Políticas públicas, derechos y Trabajo Social en el MERCOSUR”.
- Rotondi, G. (2007): *Vínculos entre teoría, ideología y técnica*. En *Trabajo Social. Prácticas universitarias y proyecto profesional crítico*. Encuentro Argentino y Latinoamericano. Escuela de Trabajo Social. Editorial Espacio. Buenos Aires, Argentina.
- Ruiz, M. E. y Nicolas, P. (2009): *Anteproyecto: Proyecto de juegotecas comunitarias “Abriendo las puertas para ir a jugar”*. Programa Redes. Secretaría de la Mujer, la Niñez, la Adolescencia y la Familia. Ministerio de Desarrollo Social. Provincia de Córdoba.
- Tenti Fanfani, Emilio (1992): “Representación y acción colectiva en comunidades urbanas pobres”. En “La mano izquierda del Estado”. Miño y Dávila/CIEPP. Buenos Aires, Argentina.
- Tonucci, F. (2003): *Cuando los niños dicen, ¡Basta!* Ed. Fund. German Sanchez Ruiperez.