



EE
Escuela de
Enfermería | **FCM**



FCM
Facultad de
Ciencias Médicas



Universidad
Nacional
de Córdoba

“LAS MALVINAS SON ARGENTINAS”

CARRERA: LICENCIATURA EN ENFERMERÍA

ASIGNATURA: TALLER DE TRABAJO FINAL 2021

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

**ESTRATEGIAS DE CUIDADO IMPLEMENTADAS EN
SITUACIONES DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR EN NIÑOS
CON DISCAPACIDAD**


Estudio cualitativo fenomenológico a realizar con enfermeras domiciliarias, de la ciudad de Alta Gracia, en el segundo semestre del año 2022

Equipo: 54-TT- HERNANDEZ MICAELA

Asesora Metodológica

Prof. Esp. Fernández Marina

Autores

Flores Ramona Ingrid DNI: 37.491.425 

Hernandez Micaela Naimi: DNI: 39.734438 

04 DE MAYO DE 2021

INFORMACIÓN SOBRE LAS AUTORAS

Flores Ramona Ingrid

Enfermera Profesional, egresada de la Universidad Nacional de Córdoba (UNC) en el año 2018, desde entonces y hasta 2020 ejerció su profesión en el área de Enfermería Domiciliaria.

En la actualidad se desempeña en el Departamento de Medicina Laboral de una empresa privada con una antigüedad menor a 2 años.

Hernández Micaela Naimi

Enfermera Profesional, egresada de la Universidad Nacional de Córdoba (UNC) en el año 2018.

Desempeño profesional actual: desde febrero de 2019 ejerce su profesión en el área de Enfermería Domiciliaria.

AGRADECIMIENTOS

Queremos agradecer a nuestras familias por el apoyo que nos han brindado durante todo el trayecto de la carrera y, más aún, durante la producción de este proyecto de investigación, que con mucha paciencia y cariño nos incentivaron a seguir y a no bajar los brazos para que pudiéramos lograr nuestra meta.

En especial, agradecemos a nuestra asesora metodológica Prof. Esp. Fernandez-Diez Marina, por siempre estar a nuestra disposición, guiándonos permanentemente y dándonos todas las herramientas necesarias para poder lograr la construcción de este proyecto.

ÍNDICE

Prologo.....	1
CAPÍTULO 1: El tema de Investigación	3
Construcción del Objeto de Estudio.....	3
El problema de investigación.....	8
Justificación.....	9
Referencia Conceptual.....	11
Conceptualización de la Variable.....	27
Objetivos de la Investigación.....	28
CAPÍTULO 2: El diseño Metodológico	
Encuadre metodológico.....	29
Esquema de la Variable, Dimensiones y Subdimensiones.....	29
Sujetos de Estudio.....	30
Estrategias de Ingreso y Trabajo en el Campo.....	30
Organización, Procesamiento y Análisis de la Información.....	31
Esquema de Presentación de los Datos.....	32
Cronograma de actividades.....	35
Presupuesto.....	36
Referencias Bibliográficas.....	37
ANEXOS	
Nota de autorización de la Dirección de Enfermería.....	41
Nota de autorización a Coordinación de Enfermería.....	42
Consentimiento informado.....	42
Instrumentos de Recolección de los Datos.....	44
Cédula de Entrevista.....	44
Tabla Matriz.....	47

PROLOGO

Desde la aparición del hombre en el mundo ha existido violencia entre las personas. Tomando diferentes formas a lo largo del tiempo, pero siempre ha afectado principalmente a las personas más vulnerables, entre los que se encuentran las personas con discapacidades.

Los profesionales de enfermería, que generalmente comparten mucho tiempo con los pacientes que tienen internación domiciliaria, deberían ser los primeros en prevenir, detectar y actuar ante los casos de maltrato y violencia en todas sus formas, particularmente ante las del maltrato infantil.

Sin embargo, nos encontramos con profundas variaciones en los cuidados referidos a la prevención e intervención brindados por los profesionales de enfermería. Las mismas, condicionan el correcto actuar ante las situaciones referidas. De allí nace nuestro interés por la temática planteada. Y lo hace en el marco de nuestra propia experiencia profesional, trabajando con niños con discapacidad y con sus familias en el ámbito de internación domiciliaria. Es en este contexto donde hemos observado situaciones de violencia, maltrato psicológico y físico por parte de familiares hacia el niño, lo cual nos llevó a reflexionar sobre el rol que el profesional de la salud debería adoptar y cuáles podrían ser las estrategias de cuidado con las que enfermería cuenta para abordar estas situaciones.

Este estudio pretende contribuir al aumento de la información científica existente sobre la temática planteada, lo que posibilitaría contribuir al análisis de las estrategias de cuidados preventivos e intervenir en situaciones de violencia intrafamiliar. Esto, pues, sería un punto de partida para profundizar sobre la posición que toman los profesionales de enfermería en las situaciones de violencia y maltrato hacia los niños con discapacidad.

La investigación se realizará a través del método cualitativo, con enfoque fenomenológico, al indagar sobre las estrategias de cuidado implementadas por parte de enfermeras domiciliarias, se aplicará un método que aborde las visiones de las entrevistadas.

Los sujetos de estudio serán las enfermeras domiciliarias de la ciudad de Alta Gracia, teniendo como variable de Análisis: “Estrategias de cuidado implementadas en situaciones de violencia intrafamiliar en niños con discapacidad por parte de las enfermeras domiciliarias”. Tal variable habrán de dimensionarse en: “Estrategias de Prevención” y “Estrategias de Intervención”.

La construcción de la información será a través de fuentes primarias, mediante la técnica de la entrevista, y el instrumento a utilizar será la cédula, que estará caracterizada por sus preguntas abiertas, elaboradas por las investigadoras.

El texto está estructurado en dos partes; primero, se desarrolla el Capítulo I, donde se realiza la Contextualización Teórica del Problema a nivel mundial y haciendo énfasis en Argentina. Además, se incluyen en él, referentes teóricos y su posicionamiento respecto de la temática.

Luego, en el Capítulo II, se indica el Enfoque Metodológico que será utilizado, el esquema de la variable (con sus dimensiones y subdimensiones) y los sujetos de estudio. Seguidamente, se desarrollan las Estrategias para ingreso y trabajo en campo, especificando también las herramientas y los procesos posibles de aplicar para la construcción, procesamiento, presentación y análisis de los datos obtenidos.

Para finalizar se presenta en anexos los documentos que cumplen con los requerimientos de aspectos ético legales en la investigación en enfermería.

CAPÍTULO 1: EL TEMA DE INVESTIGACIÓN

La Construcción del Objeto de Estudio

La violencia constituye una problemática mundial que, a pesar de los grandes avances de la sociedad en cuanto a derechos, estrategias, políticas y acuerdos internacionales, hoy en día sigue siendo un fenómeno que requiere más análisis e investigación para poder erradicársela.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2020) define a la violencia como:

El uso intencional de la fuerza o el poder físico, de hecho, o como amenaza, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones. (p.3)

La definición abarca, igualmente, innumerables consecuencias del comportamiento violento, a menudo menos notorias, como los daños psíquicos, privaciones y deficiencias del desarrollo que comprometen el bienestar de los individuos, las familias y las comunidades.

Según la OMS (2020):

Cada año, más de 1,6 millones de personas en todo el mundo pierden la vida violentamente. La violencia es una de las principales causas de muerte en la población de edad comprendida entre los 15 y los 44 años y la responsable del 14% de las defunciones en la población masculina y del 7% en la femenina (p.2).

La exposición prolongada a la violencia puede resultar un factor clave en la aparición de enfermedades físicas y mentales, generando discapacidad y agravamiento de la misma, además de problemas sociales. Dicho organismo internacional, además, plantea que las personas con discapacidad son víctimas de violencia con más frecuencia.

Para poder entender por qué estas personas son más vulnerables, debemos comprender primero el significado de discapacidad y los factores que intervienen, ya que exigen un abordaje holístico.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) define discapacidad:

Las personas con discapacidad son aquellas que tienen deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, en interacción con diversas barreras, pueden obstaculizar su participación plena y efectiva en la sociedad en igualdad de condiciones con los demás. (OPS, s/f, parr. 2)

La OMS (como se citó en Instituto Tlaxcalteca para personas con Discapacidad 2019) lo hace en estos términos:

La discapacidad (...) abarca las deficiencias, las limitaciones de la actividad y las restricciones de la participación. Las deficiencias son problemas que afectan a una estructura o función corporal; las limitaciones de la actividad son dificultades para ejecutar acciones o tareas y las restricciones de la participación son problemas para participar en situaciones vitales (p.1).

Esta definición reconoce, por primera vez, el contexto social como factor determinante en la discapacidad de una persona.

Se estima que más de mil millones de personas viven con algún tipo de discapacidad; o sea, alrededor del 15% de la población mundial, según las estimaciones de la población mundial en 2010.

La violencia en discapacidad abarca a todos los grupos etarios, por lo que este estudio se centrará en la violencia ejercida sobre niños con discapacidad. Al respecto, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) nos refiere:

Teniendo en cuenta el estudio Carga Mundial de Morbilidad, que mide la discapacidad infantil (0-14 años), el número de niños discapacitados se estima en 95 millones (5,1%), podemos decir que “los niños con discapacidad son víctima de alguna forma de violencia 3,6 veces mayor, y víctimas de violencia sexual con una frecuencia 2,9 mayor que los niños sin discapacidad. (OPS, s.f. párr. 2)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y Organización Panamericana de la Salud (OPS) han trabajado conjuntamente para caracterizar y erradicar la violencia en América Latina, generando investigaciones, publicaciones y material de capacitación para tal fin. Además, han invitado a los países de la región a sumarse en el desarrollo de Políticas Públicas que permitan prevenir y erradicar situaciones de violencia. Según la OPS (s.f.):

- Cerca de 500 personas mueren a diario como resultado de la violencia interpersonal en las Américas.
- La región tiene la tasa más alta de homicidios en el mundo, tres veces más que el promedio mundial.
- 58% de los niños experimentan abusos cada año – suman 99 millones de niños en la región.
- El abuso de las personas mayores se estima que es de un 12 % en las Américas; sin embargo, el número puede ser mayor en algunos contextos. Globalmente, solamente 1 de cada 24 casos de abuso de personas mayores son reportados.
- Una de cada 3 mujeres ha experimentado violencia física o violencia sexual de pareja.

Como revelan los datos, los patrones y las consecuencias de la violencia son diferentes entre mujeres, hombres, niños y niñas de diferentes grupos poblacionales. También existen diferencias importantes a nivel sub-regional en los tipos de violencia.

En Argentina los datos censales, emergentes del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC) “sobre violencia y discapacidad, se encuentran desactualizados. El último censo fue realizado en 2010, el cual arrojó que en el país la cifra de personas con alguna dificultad o limitación permanente es de 3,2 millones” (INDEC, 2010). Asimismo, el maltrato infantil, según el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (por sus siglas en inglés UNICEF), se da en 7 de cada 10 niños y niñas. (UNICEF, 2017).

Se han creado diversos instrumentos jurídicos que buscan proteger el bienestar y desarrollo de todos los seres humanos. La convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, destaca la necesidad de proteger los derechos de los niños con discapacidad y velar porque logren una participación en la sociedad que sea plena y en pie de igualdad. Ello entraña evitar las experiencias negativas de la violencia contra los niños, situaciones que acarrearán una gran variedad de consecuencias negativas para la salud y el bienestar en etapas posteriores de la vida.

Existe en Argentina una modalidad de atención de la salud denominada Internación Domiciliaria para pacientes con patologías crónicas o con alguna dificultad o limitación permanente. Mediante ella se brinda al paciente y a la familia asistencia en su domicilio, es realizada por un equipo multiprofesional e interdisciplinario cuyo objetivo es promover, prevenir, recuperar, rehabilitar y acompañar a los pacientes de acuerdo a su diagnóstico y evolución en los aspectos físicos, psíquicos, social y espiritual, manteniendo el respeto y la dignidad humana.

Estas prácticas van en consonancia con los propuestos por la Ley n°26061 de los derechos de niños, niñas y adolescentes (NNA), cuyo principio rector establece que todas las NNA tienen derecho a una vida libre de violencia, y (...) que hay una responsabilidad especial por parte (...) de los centros de salud de comunicar cualquier violación a sus derechos a las autoridades. (p.23)

Los profesionales de la salud, entre ellos profesionales de enfermería presentes en los domicilios que trabajan con esta modalidad de atención, están en una posición privilegiada para la prevención, detección y atención en situaciones de riesgo y maltrato infantil, por ser los profesionales más próximos al niño y la familia.

En el interior de la provincia de Córdoba se encuentra la ciudad de Alta Gracia, ubicada a 35 km de la capital, con una población de 48,140 habitantes según Censo realizado en 2010, donde la internación domiciliaria es una herramienta usada frecuentemente por las familias con niños con discapacidad. Se estima que alrededor de 10 niños en la ciudad cuentan con este servicio. Dicho dato surge de consultas informales a profesionales, ya que no existe un informe certero.

Se consultó de manera informal a algunos profesionales que realizan su trabajo en domicilios si presenciaron situaciones de maltrato o violencia desde la familia hacia los niños con discapacidad. Sus reacciones y manifestaciones fueron las siguientes:

- **Maltrato físico y psicológico frecuente:** *“La madre la agarró de los pelos y la obligaba a comer y me pedía a mí que le agarrara las manos” (Mujer, 31 años).*

- **Abandono físico y emocional:** *“Le conectan el débito continuo a la noche para no levantarse a atenderlo”. El hermanito de 5 años apaga la bomba de alimentación cuando suena y le sabe conectar el oxígeno cuando se desconecta”. (Mujer 28 años).*

- **Naturalización de la violencia por parte de los profesionales de salud:** *“Ya me acostumbré a que diga que su hijo es inútil y la ignoro” (Mujer 28 años).*

- **Desconocimiento de procedimientos legales:** *“Nunca denuncié los malos tratos ya que no sé cómo proceder; tampoco sé si alguien toma en serio las denuncias por negligencia y por miedo a perder mi trabajo” (Mujer 47 años).*

- **Desnutrición, condiciones antihigiénicas o inseguras:** *“Muchas veces no tenemos insumos, nos hemos llegado a quedar sin leche porque la madre las vendía”. “Los días fríos no podemos prender la estufa para bañar a NN porque la madre no nos deja” (Mujer 47 años).*

- **Condiciones inadecuadas de ambiente:** *“Hay mucha gente en la casa, haciendo ruidos constantemente que no dejan que NN descanse” (Mujer 27 años).*

- **Desinterés en la evolución y progreso del niño:** *“Muchas veces NN se queda sin terapias porque la madre las considera innecesarias. La familia no quiere participar en las terapias porque su hija no evoluciona como ellos quieren” (Mujer 25).*

En síntesis, abundan las situaciones de maltrato y violencia, por lo que se observa:

- Desconocimiento de los procedimientos legales por parte de los profesionales.
- Negligencia y abandono por parte del responsable a cargo.
- Pérdida de sensibilización de los profesionales ante situaciones de maltrato.

-Desconocimiento del abordaje adecuado del profesional de la salud en situaciones como las mencionadas anteriormente.

Por todo ello, de lo observado anteriormente surgen los siguientes interrogantes: ¿Cuál es el debido accionar de los profesionales de enfermería en los casos de maltrato? ¿Cuáles son los marcos legales que avalan a las niñas y niños? ¿Cuáles son las estrategias de prevención del maltrato infantil que puede implementar la Enfermería para el abordaje de estas situaciones? ¿Cuáles son las estrategias de cuidado implementadas para la prevención e intervención en situaciones de violencia intrafamiliar en niños con discapacidad por parte de las enfermeras domiciliarias?

En relación con el interrogante sobre *el debido accionar de los profesionales de enfermería en los casos de maltrato* se realizó una búsqueda de antecedentes, donde la autora Llamas Muñoz (2019), en su trabajo llamado “Actuación enfermera ante la detección de maltrato infantil en las urgencias de pediatría”, plantea que los profesionales de enfermería están en una posición privilegiada para la prevención, detección y atención de situaciones de riesgo y maltrato infantil, por ser el sanitario más próximo al niño. Son también, con frecuencia, los primeros en ver y atender al niño y a sus padres, proporcionándole el cuidado continuo cuando es hospitalizado. Los objetivos de la intervención en los casos de maltrato infantil son: establecer la sospecha diagnóstica de maltrato, instaurar la actuación necesaria y asegurar la protección del pequeño para que no vuelva a ser agredido. Puesto que nuestra actuación puede ser perjudicial para el niño debemos procurar que nuestra intervención sea lo más completa posible para evitar repeticiones e iatrogenia.

Respecto a *los marcos legales que avalan a los niños y niñas*, la ley 26.061 de protección integral de los derechos de niñas, niños y adolescentes en su artículo 1 establece:

“Objeto. Esta ley tiene por objeto la protección integral de los derechos de las niñas, niños y adolescentes que se encuentren en el territorio de la República Argentina, para garantizar el ejercicio y disfrute pleno, efectivo y permanente de aquellos reconocidos en el ordenamiento jurídico nacional y en los tratados internacionales en los que la Nación sea parte.” (p.7)

Dentro de la presente ley, se destaca también el artículo 30 donde establece:

“Deber de comunicar. Los miembros de los establecimientos educativos y de salud, públicos o privados y todo agente o funcionario público que tuviere conocimiento de la vulneración de derechos de las niñas, niños o adolescentes, deberá comunicar dicha

circunstancia ante la autoridad administrativa de protección de derechos en el ámbito local, bajo apercibimiento de incurrir en responsabilidad por dicha omisión” (p.23)

Además, la Convención sobre *los Derechos de las Personas con Discapacidad* (CDPC), en su Artículo 16, “Protección contra la explotación, la violencia y el abuso”, determina:

“Los Estados Partes adoptarán todas las medidas de carácter legislativo, administrativo, social, educativo y de otra índole que sean pertinentes para proteger a las personas con discapacidad, tanto en el seno del hogar como fuera de él, contra todas las formas de explotación, violencia y abuso, incluidos los aspectos relacionados con el género. (CDPD, p.3).

Para el interrogante de *las Estrategias de prevención del maltrato infantil*, que es la intervención más importante que se debe contemplar al abordar este problema, tanto desde su inicio como desde sus secuelas y repetición, Llamas Muñoz et. al. (2019), en el artículo “Actuación enfermera ante la detección de maltrato infantil en las urgencias de pediatría”, también propone como actuación lo siguiente:

- Identificar las familias de riesgo de maltrato infantil.
- Fomentar el vínculo emocional.
- Hacer hincapié en las prácticas de crianza de los hijos.
- Fomentar el sentido de adecuación y autoestima de los padres.
- Fomentar los sistemas de apoyo que reduzcan el estrés y la responsabilidad total de la atención al niño para los padres.
- Estar disponible para ayudar.

Luego de realizar una búsqueda y análisis de artículos científicos, y no encontrar respuesta al interrogante sobre las estrategias de cuidado para la prevención e intervención con la que la Enfermería cuenta para abordar estas situaciones, surge la siguiente pregunta problema:

“¿Cuáles son las estrategias de cuidado que implementan en situaciones de violencia intrafamiliar en niños con discapacidad, las enfermeras domiciliarias en la ciudad de Alta Gracia durante el segundo semestre del año 2022?”

JUSTIFICACIÓN

La violencia es un flagelo en nuestra sociedad. En la última década, el aumento exponencial de casos y la visibilización de dicha problemática han sido motivo de implementación de legislaciones y políticas públicas concretas, tendientes a prevenir y morigerar sus consecuencias. Sin embargo, la ausencia de datos estadísticos o censales actualizados sobre violencia y maltrato a niños con discapacidad va en contra de todos los intentos por erradicar dicha problemática.

Existen algunos estudios sobre la práctica enfermera en el maltrato, pero son menos los que se centran en la violencia que tiene lugar en el ámbito familiar. Por ello, resulta primordial tratar que en la familia no ocurran estos sucesos, ya que el hogar debería ser el lugar donde los niños se sientan protegidos.

A pesar de que el personal de enfermería es consciente de la gravedad de este problema, continúan existiendo dudas en relación a la implicación, la competencia profesional, los compromisos legales, las situaciones de riesgo, las vías de notificación y otra serie de deficiencias.

Esta investigación debería ser realizada ya que no existen estudios previos respecto de las estrategias de cuidado para la prevención e intervención que implementan los profesionales de enfermería que prestan servicios en domicilios. Es allí donde se observan hechos de violencia en niños con discapacidad por parte de sus cuidadores o tutores. Estos sucesos incentivarón nuestro interés por la temática.

Será de gran importancia para la disciplina conocer estrategias de cuidado para la prevención e intervención que motive reflexionar e innovar en estrategias que permitan, fortalecer el vínculo enfermero-paciente y proveer cuidados de calidad, lo que a su vez en la familia contribuirá en la resiliencia familiar mejorando la calidad de vida del niño.

Estas estrategias ayudarían en el abordaje de situaciones de maltrato y violencia que se pudieren presentar en el ejercicio diario del profesional de Enfermería Domiciliaria.

De igual modo, la realización de este proyecto permitirá brindar información para repensar la práctica de enfermería que incentive el actuar de las enfermeras domiciliarias conforme a la ley en la prevención de hechos de esta índole.

Asimismo, servirá para poder analizar la posición que toman los profesionales de enfermería en la atención de los grupos más vulnerables, expuestos constantemente a situaciones de violencia que son desfavorables para su salud mental y física.

A mayor abundamiento, este proyecto podría ser utilizado como un antecedente científico, así como un disparador de investigaciones más profundas sobre esta temática en el futuro.

REFERENCIAL CONCEPTUAL

La violencia y el maltrato a los niños comienza junto con la humanidad, adoptando diferentes formas en cada época y sociedad.

Fueron diversos los cambios en la sensibilidad y el panorama de nuestra cultura para llegar a la concienciación de la existencia y de la magnitud de este problema que tenemos hoy en día. En su abordaje, como problema universal y social, están involucrados una gran variedad de factores de orden biológico, psicológico y social (Moraletto, 2013).

Durante siglos la agresión al menor ha sido justificada de diversas formas; se les ha sacrificado para agradar a los dioses o para mejorar la especie, o bien como una forma de imponer disciplina. En este sentido, Duarte Guacaneme y Romero Soledad (2013) nos refieren:

La historia de niños muertos, asesinados por sus propios padres o por personas adultas sin ningún sentimiento de culpa o respeto por la vida de estos.

En la edad media no se tenía conciencia de las características propias del niño y eran manipulados como mercancía. El contacto directo entre padres e hijos en la clase social media y alta era mínimo, debido a que la lactancia y educación de los hijos estaba a cargo de personas ajenas a la familia como las nodrizas. (Duarte Guacaneme y Romero Soledad, 2013, p. 48)

Según Aristóteles (400 AÑOS A.C) “un hijo o un esclavo son propiedad, y nada de lo que se hace con la propiedad es injusto”.

Fue en la segunda mitad del siglo XIX cuando los menores que sufrían maltrato comenzaron a recibir atención jurídica y médica. Nueva York, por ejemplo, reconoció por primera vez el maltrato infantil gracias al caso de Mary Ellen, una niña maltratada física y psicológicamente que recibió apoyo de la ley por ser parte del reino animal y merecer, por ese motivo, la defensa de su integridad física y moral.

El concepto de malos tratos, tal y como se le entiende actualmente, no surge hasta la década de los sesenta. El 20 de noviembre de 1959, la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó la Declaración de los Derechos del Niño. En 1968, Helfer y Kempe describieron por primera vez el “Síndrome del Niño Apaleado” (Fernandez, 2014, p.5)

Paralelamente, en 1961 el Dr. Kempe organiza un simposio interdisciplinario en la reunión anual de la Academia Americana de Pediatría sobre el Síndrome del Niño Golpeado y, en 1962, el Journal of the American Medical Association publica una descripción completa del síndrome desde el punto de vista pediátrico, psiquiátrico, radiológico y legal, así como las

primeras cifras de incidencia en Estados Unidos. Se acuña, entonces, el concepto de Síndrome de Niño Golpeado, especificando que se trataba de niños agredidos por sus propios padres o cuidadores en la literatura médica mundial. El impacto de su denuncia provocó reacciones favorables al desarrollo de iniciativas legislativas que obligarían a los profesionales de la salud a denunciar cualquier sospecha de maltrato infantil. (Ministerio de Educación de la Nación, 2010, p.18).

La violencia intrafamiliar es entendida como toda acción u omisión cometida por algún miembro de la familia en relación de poder, sin importar el espacio físico donde ocurra, que perjudique el bienestar, la integridad física, psicológica o la libertad y el derecho al pleno desarrollo de otro miembro de la familia. (Misterio de Defensa de la Nación, (s.f.)).

Quedan comprendidas dentro de ella las violencias física, sexual, psicológica y económica, sea que se presenten de manera conjunta o no. La violencia económica incluye también la negación a cubrir necesidades alimentarias para los hijos o gastos básicos para la supervivencia del núcleo familiar conviviente, así como el control de gastos o ingresos. (Misterio de Defensa de la Nación, (s.f.)).

Según Morillo Cano (2021):

La violencia intrafamiliar afecta a los hijos, los cuales son pilar fundamental en la familia ellos también sufren algún tipo de violencia por parte de los padres como lo menciona en los datos de la segunda encuesta nacional de la niñez y adolescencia realizada por el INEC muestra que el año 2010, expresaron que cuando no cumplen con lo que les piden o cometen una falta en el comportamiento sus padres actúan de manera violenta. En un mayor porcentaje están los niños, niñas y adolescentes que dijeron que sus padres los reprenden, les privan de gustos, los maltratan, reciben humillaciones o burlas, son castigados encerrándolos, bañados en agua fría, expulsados o privados de la comida esta información muestra que los menores al pasar por estos tipos de violencia no pueden desempeñarse de la mejor manera en su vida cotidiana.

Por todo ello, dado que este proyecto abordará las situaciones de violencia en niños con discapacidad, se hará un breve recorrido en torno a la situación de las personas con discapacidad a lo largo de la historia. Veamos:

Desde la Antigüedad las personas con discapacidad han sufrido la opresión y la discriminación que recae sobre lo considerado “diferente” de acuerdo al paradigma dominante de la “normalidad”. El destino ha ido variando en las diferentes sociedades (desde su

aniquilamiento hasta la incorporación subordinada al sistema de producción), pero siempre manteniendo esta relación de opresión. (Valencia, 2014, párr. 1).

En los tiempos antiguos se hablaba de un modelo de prescindencia en el que la causa de la discapacidad tenía origen religioso, se consideraba que las personas con discapacidad eran una carga para la sociedad, sin nada que aportar a la comunidad. Se suponía inconveniente el crecimiento y desarrollo de niños y niñas con discapacidad. Concebir una persona con discapacidad era el resultado de un pecado cometido por los padres, por lo tanto, era una vida que no merecía ser vivida y eran sometidos a prácticas eugenésicas como los infanticidios. (...). En la Edad Media disminuyeron las medidas más drásticas, aumentando la exposición y el abandono de niños, así como los asilos, reformatorios y manicomios. Esta primitiva institucionalización, acompañada del auge de la medicalización, será característica de una segunda fase, que habría de comenzar a finales del siglo XIX. Esta fase fue la fase de reclusión, o de la persona con discapacidad como animal doméstico; esta persona deja de ser excluida del mundo humano y adquiere la categoría de ser humano, pero enfermo. (Seoane, (2011), citado por Hernández Ríos, 2015 párr. 8).

Esto empezaría a ser cuestionado a partir de la segunda mitad del siglo XX gracias al surgimiento de movimientos sociales de personas con discapacidad que, basándose en el Modelo Social y el Paradigma de los Derechos Humanos, reclamaban ser tenidos en cuenta como sujetos de derecho en la elaboración de políticas de inclusión “Nada sobre nosotros sin nosotros” (Valencia, 2014, párr. 1).

En los años sesenta se alcanzaría la tercera y última fase de integración y normalización, en la que la persona con discapacidad se considera, al fin, un ser humano. (Hernández Ríos, 2015).

A continuación, se expondrá una breve reseña histórica respecto a la internación domiciliaria debido a que forma parte de la contextualización temática de la problemática planteada.

La Internación Domiciliaria surge en New York en 1947 de la mano del Dr. Bluestone debido a la necesidad de descongestionar los hospitales, a su vez brindar un mejor ambiente para la recuperación del paciente.

Francia, en 1952, fue el primer estado en crear una unidad de hospitalización domiciliaria. Por otra parte, Canadá, en 1960, comenzó a utilizar servicios de internación domiciliaria para pacientes quirúrgicos. En 1965 dicha modalidad de internación fue

introducida en el Reino Unido bajo el nombre de Hospital Home Care, Suecia y Alemania habrían de sumarse a su utilización en 1970, mientras que en Italia se comenzaría a utilizar en 1980. España, por su parte, la introdujo en 1982, tomando impulso en los noventa.

Durante todo ese tiempo la internación domiciliaria se desarrollaba de manera irregular, por lo que en 1996 la Oficina Europea de la Organización Mundial de la Salud creó el programa From Hospital to Home Health Care (del hospital a la atención domiciliaria), dirigido a promover, estandarizar y registrar más adecuadamente esta modalidad asistencial.

Por su parte, en la Argentina, las primeras experiencias en internación domiciliaria fueron producto de la extensión hospitalaria. El hospital de la Comunidad de Mar del Plata y el Hospital Castex de San Martín fueron pioneros en esta modalidad de atención. En 1991 la empresa “En Casa”, conformada por médicos Clínicos del Hospital Italiano en asociación con otros profesionales, emprende este desafío que luego sería imitado por otras empresas privadas para brindar el servicio a prepagas, Obras sociales, mutuales y pacientes privados. (Caram y Candelmi, 2014).

En la actualidad, los encargados de proveer Internación Domiciliaria son obras sociales, empresas privadas e incluso el Estado. La mayoría de ellas se encuentran agrupadas en la “Cámara Argentina de Empresas de Internación Domiciliaria” (CADEID), con 75 empresas asociadas aproximadamente.

Para un adecuado abordaje de esta temática es importante definir el grupo etario de interés de este estudio, siendo este los niños de entre 0 a 14 años y aclarar que se considera al maltrato en particular como un modo de violencia, de esta manera se define al maltrato según el Observatorio de la Infancia del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (2006), como: “Acción, omisión o trato negligente, no accidental, que prive al niño de sus derechos y su bienestar, que amenacen y/o interfieran su ordenado desarrollo físico, psíquico y/o social, cuyos autores pueden ser personas, instituciones o la propia sociedad” (p. 6).

La OMS (2020) señala que el maltrato es:

Una causa de sufrimiento para los niños y las familias, y puede tener consecuencias a largo plazo. El maltrato causa estrés y se asocia a trastornos del desarrollo cerebral temprano. Los casos extremos de estrés pueden alterar el desarrollo de los sistemas nervioso e inmunitario. (párr. 9)

Una investigación sobre maltrato infantil y sus consecuencias a largo plazo reveló que los niños maltratados pueden presentar problemas sociales y conductuales, lo que incluye

problemas para socializar, bajo rendimiento escolar, efectos patológicos en el sistema nervioso central, desarrollando ansiedad, síntomas psicóticos, además de problemas de memoria y aprendizaje y efectos orgánicos y psiquiátricos manifestados por trastornos de somatización, trastorno antisocial y estrés postraumático, entre otros. (Alarcón Forero, 2010).

El maltrato no es un hecho aislado, sino que es un proceso que viene determinado por la interacción de múltiples factores: sociales, familiares, personales. Es importante poder aclarar cuáles son los posibles factores de riesgos que darán indicios de posibles maltratos. Para eso, en primera instancia, se puede decir que entendemos por “Factores de Riesgo” a aquellas características o cualidades de las personas, las comunidades o el entorno, que se relacionan con una elevada probabilidad de dañar la salud. En virtud de este esquema, solemos pensar que, si una persona está expuesta a varios factores de riesgo, es muy probable que sufra daños. (Ministerio de Educación de la Nación, 2010, p.27)

Los factores de riesgo hacen referencia a la presencia o ausencia de determinadas condiciones en la vida del niño/a o su entorno, que aumentan la posibilidad de que aparezcan conductas o situaciones de maltrato. No existe una situación de maltrato sino factores personales y/o socio-familiares que pueden precipitar la situación de maltrato. Estos factores, por sí solos nunca prueban la existencia de malos tratos, sólo predicen la probabilidad de que aparezcan. (Subsecretaría de coordinación y atención de la salud, s. f, p. 3)

Como ya se sabe los malos tratos pueden producirse en todos los niveles económicos, orígenes étnicos y situaciones familiares. Sin embargo, hay una serie de factores de riesgo que hacen que el niño tenga mayor probabilidad de sufrirlos.

Algunos de los factores de riesgo que pueden detectarse en el niño son: retraso mental, discapacidades físicas, hijos ilegítimos, niños enfermizos, prematuros e hijos no deseados. Además:

Factores de riesgo familiares: Abuso de sustancias, antecedentes de maltrato en la infancia, separación o divorcio conflictivo, padres muy jóvenes y situación de desempleo.

Factores de riesgo sociales: Aislamiento social y familiar, tensiones conyugales, frustraciones laborales, estrés y mala situación económica, familia monoparental (especialmente cuando la cabeza de familia es la mujer), bajo nivel de instrucción y número de hijos, fuerte asociación entre el maltrato y una elevada sintomatología depresiva y síntomas de ansiedad en los padres. (Sánchez Oliva, 2020, p. 35).

En cuanto a la clasificación hay que tener en cuenta que sólo implica determinar el problema emergente o más relevante que afecta al niño, pero no debemos olvidar la existencia de una multicausalidad.

Existen varias clasificaciones en torno al maltrato infantil. Más allá de algunas diferencias, en términos generales se puede afirmar que la mayoría de ellas resultan abarcadas por la siguiente tipología, según El Instituto Superior de Estudios Psicológicos (2017):

- *Abandono o negligencia*: Situación en que las necesidades físicas básicas de un menor y su seguridad no son atendidas por quienes tienen la responsabilidad de cuidarlo.
- *Maltrato Emocional*: No se toman en consideración las necesidades psicológicas del menor, particularmente las que tienen que ver con las relaciones interpersonales y con la autoestima.
- *Maltrato Físico*: Acción no accidental de algún adulto que provoca daño físico o enfermedad en el menor, o que le coloca en grave riesgo de padecerlo como consecuencia de alguna negligencia intencionada.
- *Abuso Sexual*: Utilización que un adulto hace de un menor de 18 años para satisfacer deseos sexuales.
- *Maltrato prenatal*: Situaciones y características del estilo de vida de la mujer embarazada que, siendo evitables, perjudican el desarrollo del feto.
- *Mendicidad*: El niño es utilizado habitual o esporádicamente para mendigar, o bien, el menor ejerce la mendicidad por iniciativa propia.
- *Corrupción*: Comportamiento de los adultos que promueven en el niño pautas de conducta antisocial o desviada, particularmente en las áreas de la agresividad, la apropiación indebida, la sexualidad y el tráfico o el consumo de drogas.
- *Explotación Laboral*: Para la obtención de un beneficio económico se asigna al niño con carácter obligatorio la realización de trabajos que exceden los límites de lo habitual, que deberían ser realizados por adultos, y que interfieren de manera clara en las actividades y necesidades escolares del menor.
- *Síndrome de Münchhausen por Poderes*: Se provocan síntomas físicos patológicos que requieren hospitalización o tratamiento médico reiterado.
- *Maltrato Institucional*: Situaciones que se dan en centros u organizaciones que atienden a menores de edad y en las que por acción u omisión no se respetan los derechos básicos a la protección, el cuidado y la estimulación del desarrollo.

A nivel mundial, el último informe de UNICEF (2015), que recoge los datos de la violencia infantil en 190 países, arroja unos datos inquietantes: 6 de cada 10 niños del mundo (unos 1000 millones) de 2 a 14 años de edad sufren de manera periódica castigos físicos (corporales) a manos de sus cuidadores. En la mayoría de los casos, estos niños son objeto de una combinación de castigos físicos y agresiones psicológicas. Estos tipos de castigos afectan al 17% de los niños en 58 países. En otros 23 países, la aplicación de castigos físicos severos está generalizada, con más de uno de cada cinco niños. Además 3 de cada 10 adultos del mundo creen que para criar o educar de manera adecuada a un niño es necesario apelar al castigo físico.

Otra cuestión a tener en cuenta es el entrecruzamiento entre maltrato infantil y la situación de los niños o adolescentes con discapacidad. Es sabido que la violencia afecta con mayor frecuencia a la población más vulnerable, es decir, allí donde la brecha entre débiles y fuertes es mayor. Así ocurre, por ejemplo, con los niños, mujeres, ancianos y personas con discapacidades. Probablemente, los más expuestos a riesgos de abuso y maltrato sean quienes padecen trastornos mentales o discapacidad motora.

En estudios sobre maltrato infantil se habla de que “el maltrato detectado no es más que la punta del iceberg de una realidad más amplia” (Salvany, 2013). En el caso del maltrato a niños con discapacidad, las cifras disponibles pueden ser consideradas aún menos representativas. Las mayores dificultades de detección de este tipo de maltrato, y el hecho de que en las estadísticas sobre maltrato infantil no se registre adecuadamente la posible discapacidad, hace que esta realidad sea invisible para la mayor parte de la sociedad y, por tanto, su prevención menos efectiva.

Para proteger los derechos de los niños y las personas con discapacidad se crearon diferentes instrumentos jurídicos tanto internacionales como nacionales cuyo objetivo es otorgar una protección más amplia a este grupo de personas. Ejemplo de ello es la Convención sobre los Derechos de los Niños. Este instrumento es un tratado internacional creado en 1989. Allí se destaca “el interés superior del niño” como el bien central a proteger y obliga a los estados a adoptar todas las medidas legislativas, administrativas, sociales y educativas tendientes a proteger a los niños y niñas contra toda forma de maltrato por parte de sus padres, representantes legales o cualquier persona que los tenga a su cargo.

La República Argentina ratificó la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño en 1990, quedando incorporada como ley nacional 23.849. Luego, en octubre de 2005 se sancionó la Ley 26.061 “De Protección Integral de Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes”

que, más allá de delimitar obligaciones de la familia, la sociedad y el Estado y de establecer los lineamientos para las políticas públicas en la materia, se definen las modalidades de intervención estatal frente a la amenaza o vulneración de los derechos y también crea los Sistemas de Protección Integral; y en 2008 fue sancionada la ley 26378, o Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, cuyo objetivo es promover, proteger y asegurar el goce pleno, y en condiciones de igualdad, todos los derechos humanos y libertades fundamentales de todas las personas con discapacidad, así como el promover el respeto de su dignidad inherente.

Por otro lado, la Ley 24417 de Protección Contra la Violencia Familiar promulgada en diciembre de 1994 establece en sus artículos 1 y 2 las siguientes definiciones:

Artículo 1º: Toda persona que sufriese lesiones o maltrato físico o psíquico por parte de alguno de los integrantes del grupo familiar podrá denunciar estos hechos en forma verbal o escrita ante el juez con competencia en asuntos de familia y solicitar medidas cautelares conexas (...).

Artículo 2º: Cuando los damnificados fuesen menores o incapaces, ancianos o discapacitados, los hechos deberán ser denunciados por sus representantes legales y/o el Ministerio Público. También estarán obligados a efectuar la denuncia, los servicios asistenciales sociales o educativos, públicos o privados, los profesionales de la salud y todo funcionario público en razón de su labor. El menor o incapaz puede directamente poner en conocimiento de los hechos al Ministerio Público.

A pesar de la creación de diversos instrumentos jurídicos nacionales e internacionales para luchar contra esta problemática aún nos encontramos con ciertas barreras a la detección y denuncia de estas situaciones, independientemente de que los niños tengan o no discapacidad.

Algunas de estas barreras se relacionan de forma directa con la formación de los profesionales implicados en el trabajo con menores, lo que influye en la falta de confianza en que los indicios de maltrato sean suficientes para hacer una denuncia, el miedo de los posibles denunciadores a que se produzcan represalias contra el niño o contra ellos mismos la falta de confianza en la acción de los servicios de protección frente a una eventual denuncia. En el fondo, el miedo a que, para el niño, sea peor el remedio que la enfermedad. (...) También resulta difícil para algunos profesionales distinguir entre abuso y disciplina, que aumenta cuanto mayores son las dificultades de comunicación y de lenguaje del niño y, por lo tanto, más conductuales deben ser las intervenciones educativas. (Pedro-Viejo y Gomez-Bengoechea, 2006).

Una investigación realizada por Rigol y Cuadra (2015) sobre la Percepción de los Estudiantes de Enfermería sobre Violencia de Pareja: conocimientos, creencias y rol profesional, concluyó en que las falencias en el abordaje de la violencia vienen desde la formación profesional, ya que desconocen características del maltrato, guías, protocolos y preguntas de detección y reclaman pautas de intervención puntuales. No identifican un rol profesional propio, sino delegado o especializado. Las creencias con relación a la actuación con la víctima, no se orientan por criterios profesionales, perciben la violencia como una situación puntual y desvinculan la prevención de la atención en salud. Perciben al maltratador como enfermo mental, lo que justifica la tolerancia o delegación de actuaciones. Esto implica una necesidad urgente de que los profesionales de la salud, tanto a lo largo del grado como en los estudios de postgrado, reciban formación en todas las cuestiones básicas relativas a la protección infantil aspectos físicos, psicosociales y legales, ya que esta formación es fundamental para la detección precoz de situaciones de malos tratos o de alto riesgo (Leite et al., 2013; Sheets et al., 2013).

A nivel nacional, según el Ministerio de Salud de la Nación (2015), existen lineamientos para el abordaje de las violencias contra niños, niñas y adolescentes (NNyA) desde el sistema de salud, el proceso de intervención consiste en:

1. *Detección y construcción de la sospecha diagnóstica:* El objetivo de esta primera etapa es relevar los indicadores de sospecha para la construcción de una hipótesis diagnóstica y para la valoración preliminar de la gravedad y urgencia de la situación, a los fines de tomar las medidas necesarias para proteger la integridad de NNyA en caso de ser necesario. En las situaciones en que la institución cuente con un equipo especializado, se dará intervención al mismo.

Las acciones a desarrollar implicarán la aplicación de protocolos en los casos que existan y correspondan. Estas acciones van desde entrevistas y evaluaciones clínicas, atendiendo las cuestiones médicas de urgencia, hasta prever y organizar las siguientes etapas del proceso de intervención. Es importante conocer que, ante relatos opuestos, se debe priorizar el discurso de NNyA. Las acciones a desarrollar deben estar guiadas siempre por el interés superior del niño (Art.3 de la Ley 26.061).

2. *Notificación y Registro:* Las/los profesionales tratantes deberán notificar la sospecha al Sistema de Protección de los Derechos de la Infancia o al Sistema de Justicia 1, según los recursos disponibles a nivel local, a partir de la Ley Nacional N° 26.061 y de acuerdo a la normativa que regule cada jurisdicción. Quienes notifican, en

este caso profesionales de la salud, sólo comunican una sospecha. No están obligados a presentar pruebas. La sospecha se fundamenta en base a los indicadores relevados y al análisis de la situación de un modo integral. La notificación deberá incluir:

- La circunstancia que motiva el informe, incluyendo los datos personales de la/el niño, niña o adolescente, (NNoA) y del profesional que realizó la evaluación, y del adulto/a responsable.
- Descripción de la información relevada que fundamenta la sospecha de maltrato.
- Intervenciones realizadas hasta el momento desde el sistema de salud. Toda la información arriba mencionada deberá ser debidamente registrada en la historia clínica.

3. *Articulación intersectorial*: Es necesario recordar que es tarea de todas las instituciones y de los actores sociales que se encargan de velar por la protección de los derechos de la infancia y la adolescencia, trabajar a favor de ese objetivo desde el lugar de cada uno/a y cumpliendo con las responsabilidades específicas del rol que desempeña. Pero, dada la complejidad de la temática, no se trata de una tarea que las instituciones puedan asumir en soledad. Es importante mantener un contacto fluido con los/las responsables institucionales tanto del Sistema de Protección de los Derechos de la Infancia y/o Sistema de Justicia, como así también del sistema educativo. En este sentido, resulta recomendable generar encuentros periódicos o constituir mesas intersectoriales de trabajo para aunar criterios, definir formas de articulación y establecer coordinaciones a fin de construir respuestas más eficientes y eficaces.

4. *Abordaje integral y seguimiento*: La articulación intersectorial no significa transferir totalmente la responsabilidad, particularmente a los Sistemas de Protección de los Derechos de la Infancia y/o Sistema de Justicia, sino la necesidad de un trabajo conjunto con el resto de los sectores implicados. Es decir, es importante que los equipos que detecten la situación de maltrato garanticen la continuidad del cuidado aun luego de hacer inter consulta a servicios especializados.

En la Internación Domiciliaria, el paciente permanece la mayor parte del tiempo en su domicilio con cuidadores o familiares lo que puede dificultar y obstaculizar la identificación de los casos de violencia.

Otro de los obstáculos se relaciona con los vínculos que generan los profesionales con las familias de dichos niños. Estos profesionales manifiestan expresiones de lástima hacia la familia, asociadas a preconceptos relacionados a una percepción de desventaja generada por las deficiencias a nivel físico, cognitivo, o sensorial de las personas con discapacidad.

Por otro lado, se presta menos credibilidad a los menores con discapacidad y a sus síntomas que a los que no la tienen, además a los profesionales les resulta más difícil considerar intencional el daño que unos padres pueden infligir a su hijo con discapacidad, especialmente cuando se trata de negligencia, pero también en casos de maltrato físico.

La falta de investigaciones sobre esta temática, la falta de una información fiable del número de discapacitados que han sufrido abuso, el grado y el tipo de minusvalía que tienen y el tipo de abuso que sufren es una carencia muy importante ya que no se logra dimensionar el problema y darle la importancia que requiere.

Todas estas barreras hacen que el abuso no sea reconocido hasta que los síntomas son muy graves y el daño muy importante para el niño. Si la detección y actuación ante el maltrato y violencia infantil presenta profundas barreras para los profesionales de la salud, hablar de prevención es algo totalmente lejano.

Con respecto a la prevención, (...) está definida por acciones destinadas a erradicar, eliminar o minimizar el impacto de la enfermedad y la discapacidad. Por tanto, son las medidas destinadas a prevenir la aparición de la enfermedad, como la aparición de los factores de riesgo, así como las destinadas a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez que la enfermedad está presente. (MSDsalud, 2019, parr. 2)

La OMS (como se citó en Vignolo et al, 2011) plantea que la prevención se define como las “medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida”.

Otra definición que se puede plantear es la de Quintero Fleites (2017) que la define como “las acciones orientadas a la erradicación, eliminación y minimización del impacto de la enfermedad y la discapacidad; incluye medidas sociales, políticas, económicas y terapéuticas”

Prevenir el maltrato en la infancia y cortar la cadena de violencia es el compromiso que todos debemos asumir. Como educadores no debemos dejar pasar por alto ningún caso de niños víctimas de maltrato (Cartagena Torres, 2017).

Pineda Pérez, haciendo referencia al rol de los profesionales de la salud en la prevención del maltrato, dice: “La prevención del maltrato incluye una visión integral de cada familia, el conocimiento de los factores de riesgo asociados y las posibilidades de establecer estrategias educativas con las familias de los grupos más vulnerables” (Pineda Pérez, 2011, p.41).

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) brinda una serie de Medidas para prevenir la violencia contra los niños y las niñas. Por consiguiente, afrontar la violencia contra los niños y las niñas comprende la ejecución de medidas para lo siguiente:

- crear entornos familiares seguros, sostenibles y enriquecedores, y brindar ayuda y apoyo especializados a las familias que se encuentran en riesgo de violencia;
- modificar los entornos no seguros mediante cambios físicos;
- reducir los factores de riesgo en los espacios públicos (por ejemplo, escuelas, lugares donde se reúnen los jóvenes) para reducir la amenaza de la violencia;
- abordar las inequidades por razón de género en las relaciones interpersonales, el hogar, la escuela, el lugar de trabajo, etc.;
- cambiar las actitudes y prácticas culturales que apoyan el uso de la violencia;
- velar por que los marcos jurídicos prohíban todas las formas de violencia en la niñez y limitar el acceso de los jóvenes a productos nocivos, como el alcohol y las armas de fuego;
- brindar acceso a servicios de respuesta de buena calidad a los niños y a las niñas afectados por la violencia;
- eliminar las desigualdades culturales, sociales y económicas que agravan la violencia, cerrar la brecha en la distribución de la riqueza y garantizar el acceso equitativo a bienes, servicios y oportunidades, y
- coordinar las acciones de los numerosos sectores que tienen un papel que desempeñar para prevenir y responder a la violencia en la niñez. (OPS, 2016, p 18).

Seguidamente, la OPS (2016), en su informe “*INSPIRE. Siete estrategias para poner fin a la violencia contra los niños y las niñas*” señala que:

INSPIRE es un recurso basado en la evidencia dirigido a todas las personas que trabajan para prevenir y responder a la violencia contra los niños, las niñas y los adolescentes (...). Se trata de un conjunto de estrategias basadas en la mejor evidencia disponible para ayudar a los países y las comunidades (...). Las siete estrategias son las siguientes: implementación y vigilancia del cumplimiento de las leyes; normas y valores; seguridad en el entorno; padres, madres y cuidadores reciben apoyo; ingresos y fortalecimiento económico; respuesta de los servicios de atención y apoyo; y educación y aptitudes para la vida (...). Las siete estrategias de INSPIRE son más eficaces cuando se ejecutan como parte de un plan integral y multisectorial que promueva las sinergias entre ellas (...). (OPS, 2016, pp 8-9).

Por otra parte, Aldeas Infantiles SOS Colombia (2021) en su informe, establece que:

La prevención del maltrato infantil en casa se logra a través de programas de visita al hogar y de la formación en las funciones y roles parentales.

Las maneras de prevenir el maltrato infantil dentro del hogar es fortalecer los vínculos de los padres con sus hijos e hijas, así como incorporar métodos de disciplina no violentos, igualmente es necesario que vivan en un hogar que les brinde condiciones adecuadas para un desarrollo mental positivo. Así mismo, los programas de visitas al hogar ayudan a prevenir el maltrato al orientar y apoyar los roles parentales. (Aldeas Infantiles SOS Colombia, 2021, párr. 3)

Así mismos, la falta de conocimientos y competencias puede favorecer que las enfermeras se centren únicamente en los cuidados físicos y olviden ofrecer una atención integral y un cuidado humanizado.

La humanización tiende a estar relacionada con los valores de autonomía, justicia, solidaridad, cooperación, y la participación colectiva, por lo que a veces tiende a volverse un concepto subjetivo e interpretado como acto de compasión y caridad.

Al respecto, Muñoz Hernández define los cuidados humanizados como:

Enfocarse no sólo en la enfermedad sino en la persona que está a mi cuidado y permitir que mis sentimientos hacia los demás se vean reflejados en la atención a mis pacientes. Es lo mejor que podemos dar, un cuidado ideal, excelente, que sólo el enfermero puede hacer (Muñoz Hernández, et al., 2009, p. 35).

Otra forma de ver el cuidado humanizado dice: *“Es una clase especial de cuidado humano que depende del compromiso moral de la enfermera, de proteger y realzar la dignidad humana”* (Espinoza 2010 citado por Ramirez, 2016, p. 23).

Según la teórica Jean Watson (2005), *“las enfermeras se interesan por entender la salud, la enfermedad y la experiencia humana, fomentar y restablecer la salud, y prevenir la enfermedad.”* (Citado en Raile Alligood, 2015: 84).

La práctica cotidiana de enfermería debe sostenerse sobre un sólido sistema de valores humanísticos que la enfermería tiene que cultivar a lo largo de la vida profesional, integrando los conocimientos científicos para que estos guíen la actividad enfermera enfocados en promover y proteger la salud, curar la enfermedad y garantizar el ambiente que favorezca una vida sana y armoniosa en los ámbitos físicos, emotivo, social y espiritual.

Jean Watson (1985), en su teoría, hace énfasis en la sensibilización de los profesionales de enfermería hacia aspectos más humanos que contribuyan a mejorar la calidad de atención

saliendo del modelo médico hegemónico teniendo en cuenta todas las dimensiones de la persona.

En este orden, resulta necesario definir “Cuidado”. Para Colliere (como se citó en Leno-González, 2006) los cuidados de salud son acciones encaminadas a la promoción de la salud, prevención de la enfermedad y de curación y rehabilitación cuando la persona está enferma. Desde esta perspectiva, podemos entender el proceso de cuidados como el desarrollo de las acciones encaminadas a atender y asistir al paciente en su proceso de curación y rehabilitación, promocionar la salud y prevenir la enfermedad.

Para Rodríguez y Jimenez (2014) el cuidado es la vivencia de la relación entre la necesidad de ser cuidado, la voluntad y la predisposición a cuidar, creando un conjunto de apoyos y protecciones que hacen posible esta relación indisociable a nivel personal, social y con todos los seres vivos.

Es una actitud amorosa hacia sí mismo y hacia los demás, es involucrarse con las situaciones de las personas que se quieren, es vivenciar, sentirse cuidado, tener la voluntad y predisposición de cuidar en una relación de cuidado-amoroso, cuidado preocupación, cuidado-protección y cuidado-prevención; estas reflexiones, dado que se relacionan con la condición humana, tienen un estrecho vínculo con el pensamiento de enfermería en relación con los cuidados.

Teniendo en cuenta las definiciones de cuidado, el cuidado humanizado que Watson menciona y su implicancia en la salud de las personas, debemos identificar las estrategias con las que la Enfermería cuenta en la lucha contra el maltrato infantil hacia niños con discapacidad.

Para ello, debemos definir y entender el concepto de estrategias, partiendo en primera instancia del análisis etimológico de la palabra Estrategia.

La misma procede del francés *strategie* y del italiano *strategia*, se deriva directamente de la palabra griega *strategos*, general del ejército, que no tiene la connotación moderna. La palabra griega equivalente a la estrategia que se propone probablemente se derive mejor de *strategike* episteme, la visión del general o del *strategon sophia*, la sabiduría del general. Data desde la antigüedad y nace en el campo militar, aunque en su surgimiento sirvió para designar el arte de dirigir las operaciones militares, en la actualidad se utiliza para nombrar la maestría, destreza y habilidad para dirigir un proyecto. Independientemente de las diferentes significaciones que posee, en todas ellas está presente la referencia a que la estrategia sólo

puede ser establecida una vez que se hayan determinado los objetivos a alcanzar. (Sixto 2014, p.72)

La estrategia es una herramienta de dirección que facilita procedimientos y técnicas con un basamento científico que, empleadas de manera literativa y transfuncional, contribuyen a lograr una interacción proactiva de la organización con su entorno, coadyuvando a lograr efectividad en la satisfacción de las necesidades del público objetivo a quién está dirigida su actividad. (Naranjo Hernandez, 2018, p. 15).

En la definición realizada por Reyes Álvarez I (citado por Naranjo Hernandez Y, 2018), se plantea que las estrategias son:

El arte que poseen las personas para guiar hacia el cumplimiento de un objetivo o meta, que no es necesario que sea de carácter militar, por cuanto en la actualidad es utilizado en diversas áreas, como, por ejemplo: planificación estratégica, análisis estratégico administración estratégica, entre otros.

De la misma forma, Sixto (2014) manifestó que:

Las Estrategias están dirigidas a ser operacionalizadas en la práctica, involucran de forma activa a los sujetos que participan en su ejecución, se estructuran mediante fases, etapas o momentos que agrupa las acciones a realizar desde las funciones de la dirección (planificación, organización, ejecución y control), y en su implementación debe revelar un cambio o transformación en el desempeño de los sujetos que participan.

Martí Núñez et. al. (2020) define Estrategia,

Como una vía artificiosa para lograr los objetivos propuestos a través de un conjunto de acciones previamente establecidas, al planificar y dirigir las mismas hacia la valoración previa y posterior del estado del objeto a investigar. Su implementación incluye la participación activa de los sujetos en la transformación de situaciones que se estudian mediante tareas, procedimientos y acciones específicas que dependen de los objetivos que se establecen y el fin que se persigue.

De esta forma, teniendo en claro el concepto de estrategia, es importante también poder definir qué son las estrategias de cuidado, si bien podemos decir que el hecho de que “una estrategia sea de uno u otro tipo, depende del contexto o ámbito concreto sobre el cual se pretende incidir, y de la especificidad del objeto de transformación” (Martí Núñez, 2020).

Se considera necesario profundizar en las particularidades de las Estrategias de Cuidado debido a que las mismas van a dirigir y aportar dimensiones de acción que van a poder relacionarse con las estrategias de prevención e intervención.

La estrategia constituye uno de los aspectos esenciales en el desarrollo científico actual. No se concibe la explicación de los problemas sociales desde una concepción científica sin la aplicación de las estrategias, y en Enfermería es una herramienta en el desarrollo científico, puesto que es una disciplina con un amplio componente social con su esencia: el cuidado. (Naranjo, Hernández, et. al, 2018).

Naranjo Hernández et. al (2018) plantea la definición de Estrategia como herramienta en el desarrollo científico de la Enfermería, entendida por los autores como un soporte básico consciente, con acciones flexibles, creativas, contextualizadas, que asume a partir de un conocimiento de una situación existente a través de un conjunto de funciones que armonicen un sistema y su entorno y que pueden generar los cambios necesarios desde una visión holística, para diagnosticar, tratar y solucionar los problemas profesionales y científicos que se enfrentan en la práctica mediante el método científico particular de cada especialidad.

La Ciencia de la Enfermería debe generar sus propios conocimientos a través de la investigación y construir la realidad del cuidado desde su propia perspectiva.

Teniendo en claro la conceptualización de Estrategia de Cuidados podemos plantear sus dimensiones en Estrategias de Prevención e Intervención.

La OMS (como se citó en Vignolo, 2011) plantea que “las estrategias para la prevención pueden estar dirigidas a prohibir o disminuir la exposición del individuo al factor nocivo, hasta niveles no dañinos para la salud. Medidas orientadas a evitar la aparición de una enfermedad o problema de salud, mediante el control de los factores causales y los factores predisponentes o condicionantes”.

Con respecto a las estrategias de intervención Barreno Salinas et al. (2018), las define como el conjunto coherente de recursos utilizados por un equipo profesional disciplinario o multidisciplinario, con el propósito de desplegar tareas en un determinado espacio social y socio-cultural con el propósito de producir determinados cambios.

CONCEPTUALIZACIÓN DE LA VARIABLE

En base a lo analizado y desarrollado en el referencial teórico, nos proponemos definir conceptualmente la variable: *“Estrategias de Cuidado que implementan en situaciones de Violencia Intrafamiliar en niños con Discapacidad las enfermeras domiciliarias de Alta Gracia, Córdoba”* para lo cual, se adhiere a los siguientes autores: Martínez y Tamayo (2015), Quinteros Freites et. al. (2017), Martí Núñez et. al. (2020), Ministerio de Salud de la Nación (2015), Pineda Pérez, et al, (2011) Vignolo et. al, (2011), Rodriguez y Jimenez et. al (2014), Naranjo-Hernández et. al (2018) y Organización Panamericana de la Salud (2016),

Entendiéndose a las estrategias de cuidado como planes de acción que permite planificar y dirigir acciones destinadas a prevenir, actuar y alcanzar objetivos, que involucran de forma activa a los profesionales de enfermería en las situaciones de violencia en niños con discapacidad, para que su implementación revele cambio o transformación en el desempeño de los sujetos que participan. Siendo importantes en el desarrollo y cumplimiento del desempeño de los profesionales.

Por lo tanto, se estudiará la variable enfocada en las siguientes dimensiones:

a- **ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN:** como habilidades destinadas a prevenir, evitar o disminuir la aparición de situaciones de violencia. Abarca las siguientes subdimensiones: detección temprana de factores de riesgo, refuerzo de factores protectores de la familia y el niño, fomento de la salud física y emocional familiar, fomentar cambios en la adhesión a normas sociales restrictivas y nocivas, apoyo a padres, madres y cuidadores brindando contención.

b- **ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN:** se relaciona de forma directa con los procedimientos que se llevan a cabo al momento de detectar maltrato y tiene como subdimensiones: detección precoz de situaciones de maltrato, denuncia de casos de maltrato, realización del seguimiento del caso, intervenciones de acompañamiento familiar con participación del equipo terapéutico interdisciplinar, Intervenciones dirigidas a los espectadores pasivos del entorno familiar.

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

Objetivo General:

Conocer las estrategias de cuidado que implementan en situaciones de violencia intrafamiliar en niños con discapacidad las enfermeras domiciliarias en la ciudad de Alta Gracia durante el segundo semestre del año 2022.

Objetivos Específicos:

- Identificar si los profesionales de Enfermería reconocen las estrategias de prevención del maltrato y violencia a niños con discapacidad.
- Indagar si los profesionales de Enfermería reconocen y utilizan estrategias de intervención en casos de maltrato y violencia a niños con discapacidad.

CAPÍTULO 2: EL DISEÑO METODOLÓGICO

Encuadre metodológico

La investigación se realizará a través del método cualitativo fenomenológico, el cual tiene gran importancia debido a la experiencia subjetiva de los individuos en la construcción del mundo social, concibiendo la realidad como múltiple y divergente. Por ello, el compromiso en esta metodología es estudiar y analizar el mundo desde la perspectiva de los participantes. (Cotán Fernández, 2017, p.35).

Martinez (citado por León Rivera, 2015) considera que la investigación cualitativa es multimetódica por la variedad de datos e información que se obtiene a través de entrevistas, experiencia personal, historias de vida, rutinas, textos históricos, entre otros.

Se utilizará un enfoque fenomenológico, ya que conduce a encontrar la relación entre la objetividad y subjetividad, que se presenta en cada instante de la experiencia humana. La trascendencia no se reduce al simple hecho de conocer los relatos u objetos físicos; por el contrario, intenta comprender estos relatos desde la perspectiva valorativa, normativa y prácticas en general. (Fuster Guillen, 2019).

ESQUEMA DE LA VARIABLE, DIMENSIONES Y SUBDIMENSIONES

A partir de lo desarrollado en el Referencial Conceptual (que nosotras hemos denominado como “Implicancias Conceptuales Referenciales”) donde se definió conceptualmente la variable de estudio, se expondrán ahora las Dimensiones y Subdimensiones que se lograron a través de la operacionalización de la misma.

Nuestra Variable de análisis, como lo hemos expuesto, será: *“Estrategias de Cuidado que implementan para la Prevención e Intervención en situaciones de Violencia Intrafamiliar en Niños con Discapacidad las Enfermeras Domiciliarias en la ciudad de Alta Gracia durante el segundo semestre del año 2022.*

La misma tiene 2 dimensiones que son

-ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN y abarca las siguientes subdimensiones: Detección temprana de factores de riesgo, Fomento de salud física y emocional familiar, Refuerzo de factores protectores de la familia y el niño, Fomentar cambios en la

adhesión a normas sociales restrictivas y nocivas, Apoyo a padres, madres y cuidadores brindando contención.

-ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN y se divide en las siguientes subdimensiones: Detección precoz de situaciones de maltrato, Denuncia de casos de maltrato, Seguimiento del caso, Intervenciones dirigidas a los espectadores pasivos del entorno, Intervenciones de acompañamiento familiar, con participación del equipo terapéutico interdisciplinar.

SUJETOS DE ESTUDIO

La población en estudio estará conformada por 15 profesionales de Enfermería que se desempeñen en el ámbito de Enfermería Domiciliaria en la ciudad de Alta Gracia, Provincia de Córdoba.

ESTRATEGIAS DE INGRESO Y TRABAJO EN EL CAMPO

La construcción de los datos comenzará luego de obtener por escrito la nota de autorización a la dirección de enfermería (anexo 1) y el consentimiento informado de todos los profesionales que acepten participar de la investigación (anexo 2).

La fuente a utilizar para este estudio será primaria, ya que la información se obtendrá directamente de los profesionales que se desempeñan en el área de Internación Domiciliaria de la ciudad de Alta Gracia.

Se coordinará lugar y horario de entrevista con los profesionales de Enfermería.

La técnica seleccionada para la obtención de información será la Entrevista abierta, ya que la misma es particularmente conveniente para la creación de situaciones de conversación que faciliten la expresión natural de experiencias, percepciones y perspectivas por parte de las personas sujetos de investigación. Al respecto, Uwe Flick (2012, p. 89) menciona: “es más probable que los sujetos entrevistados expresen sus puntos de vista en una situación de entrevista diseñada de manera relativamente abierta que en una entrevista estandarizada o un cuestionario (...)”. El instrumento a utilizar será la Cédula de Entrevista con preguntas abierta creada por las autoras. (Anexo 2). Además, se utilizará un dispositivo de grabación para asegurar la fidelidad de lo manifestado.

PRUEBA PILOTO

Con el fin de corroborar la comprensión de las preguntas se realizó una prueba piloto a un profesional de Enfermería que se desempeñó con anterioridad en el ámbito de la internación domiciliaria. La misma permitió aplicar modificaciones al instrumento de construcción de los datos, tanto con respecto a la organización como a la formulación de los interrogantes.

ORGANIZACIÓN, PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Luego de obtener la información la misma se procederá a realizar un Análisis del Contenido Discursivo basado en el método comparativo que “(...) va enfrentando casos similares entre sí, pero que se diferencian en algunas características cruciales, tratando de formular interpretaciones que incluyen conceptos teóricos” (Serbia, 2007, p.136). Este proceso supondrá los siguientes pasos:

1. Desgravación y transcripción de las entrevistas realizadas.
2. Dilucidación y esclarecimiento de las subdimensiones a través de la similitud de respuestas obtenidas, generando categorías que serían lo que Serbia denomina “las Categorías Conceptuales Iniciales” que se fundamentan en los datos expresados por los entrevistados en su lenguaje natural. (Serbia, 2007: 137).
3. Estructuración de los datos obtenidos mediante análisis y reflexión crítica. Se realizará una lectura detallada de la entrevista transcripta, donde se analizará cada frase o cada grupo de estas. En este paso también se tendrá en cuenta el análisis de Comunicación no Verbal, el cual “registra las connotaciones desde los signos de comunicación no verbal. Toma en cuenta como los gestos, los movimientos, las miradas, los tonos de la voz, etc. complementan, profundizan o contradicen lo expresado verbalmente en el plano de lo denotado” (Ekman y Friesen, citado en Serbia, 2007: 142).
4. Organización de la información: los datos se ordenarán en la Tabla Matriz mediante el uso del programa Excel.

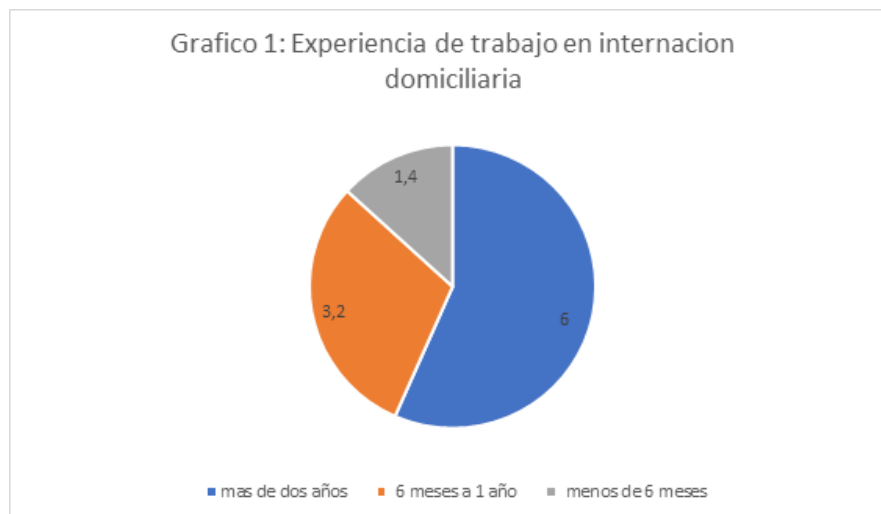
Esta categorización y estructuración de la información se expondrá en una Tabla Matriz (Anexo 3) la cual será destinada a organizar y presentar los datos construidos. Contendrá agrupaciones de información, constando de seis grandes divisiones destinadas a las dimensiones. Éstas, a su vez, se dividirán según sus subdimensiones; mostrando las diferentes

categorías y códigos designados a las respuestas textuales obtenidas, teniendo en cuenta la similitud y aportes significativos de las mismas.

ESQUEMA DE PRESENTACIÓN DE LOS DATOS

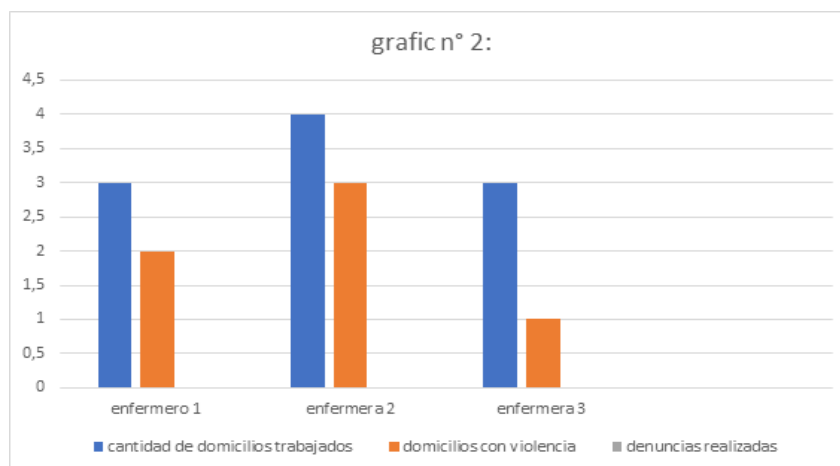
Los resultados referentes a los interrogantes de caracterización, de apertura y cierre serán presentados en gráficos simples, y la información obtenida en las entrevistas en cuadros de contenido, ya que los mismos, generarán un alto impacto visual y ayudarán a la rápida visualización de los resultados de una manera más ordenada. Por ej.:

Gráfico 1: Años de experiencias de trabajo en internación domiciliaria. Enfermeras de la ciudad de Alta Gracia, segundo semestre 2022



Fuente: entrevista abierta.

Gráfico 2: Cantidad de domicilios trabajados donde se vivenciaron situaciones de violencia en la ciudad de Alta Gracia, durante el segundo semestre del año 2022



Fuente: Entrevista

Las respuestas de la Entrevista Abierta serán organizadas en una Tabla Matriz (Anexo 3) y en un Cuadro de Contenidos, utilizando las dimensiones, creando categorías y transcribiendo respuestas textuales de los entrevistados. Por ejemplo:

Cuadro de contenido 1: Estrategias de cuidado que implementan, para la prevención en situaciones de violencia intrafamiliar en niños con discapacidad, las enfermeras domiciliarias en la ciudad de Alta Gracia durante el segundo semestre del año 2022.

Estrategias de cuidado que implementan para la prevención		
Subdimensiones	Categoría	Respuesta textual
Detección temprana de factores de riesgo		.... “(E1)”
Refuerzo de factores protectores de la familia y el niño		.... “(E1)”
Fomento de la salud física y emocional familiar		.... “(E1)”
Fomentar cambios en la adhesión a normas sociales restrictivas y nocivas		.... “(E1)”
Apoyo a padres, madres y cuidadores brindando contención		.... “(E1)”

Fuente: Entrevista

Cuadro de contenido 2: Estrategias de cuidado que implementan, para la intervención en situaciones de violencia intrafamiliar en niños con discapacidad las enfermeras domiciliarias en la ciudad de Alta Gracia durante el segundo semestre del año 2022.

Subdimensiones	Categoría	Respuesta textual
Detección precoz de situaciones de maltrato		.... “(E1)”
Denuncia de casos de maltrato		.... “(E1)”
Realizar Seguimiento del caso		.... “(E1)”
Intervenciones de acompañamiento familiar con participación del equipo terapéutico interdisciplinar,		.... “(E1)”
Intervenciones dirigidas a los espectadores pasivos del entorno familiar		.... “(E1)”

Fuente: Entrevista

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Se plantea el orden cronológico de las actividades planificadas a realizar a partir de agosto hasta noviembre de 2022.

ACTIVIDADES	AGOS -2022	SEP – 2022	OCT- 2022	NOV- 2022
Revisión de proyecto	XX			
Recolección de datos	XX	X		
Tratamiento de datos		XXX		
Análisis de datos			XX XX	
Informe final				XX
Difusión				XX

* (x) Equivale a una semana.

PRESUPUESTO

El presupuesto que se expone a continuación es de carácter estimativo, de tal modo que los valores asignados pueden ser modificados.

PRESUPUESTO ESTIMATIVO				
Recursos	Rubro	Cant.	Precio unit.	Total
Humanos	Investigadoras	2	s/c	--
Materiales	Computadora	2	s/c	--
	Dispositivo con grabadora de audio	2	s/c	--
	Bolígrafos	4	\$130	\$520
	Fotocopias consentimiento informado	35	\$12	\$420
Tecnológicos	Conexión a Internet	2	\$1500	\$3000
Otros	Imprevistos	--	\$394	\$394
TOTAL				\$4334

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aldeas Infantiles SOS Colombia. (2021). *Cómo prevenir el maltrato infantil: en la comunidad, el hogar y en el día a día* <https://www.aldeasinfantiles.org.co/noticias/2021/como-prevenir-el-maltrato-infantil-en-la-comunidad>
- Barreno-Salinas, Z. Astudillo-Cobos, A. y Barreno-salinas, M. M. (2018). Hacia una estrategia de intervención en la comunidad: referentes teóricos metodológicos. *Conrado*, 14 (62), 258-265. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1990-86442018000200039
- Cámara Argentina de Empresas de Internacion Domiciliaria. [CADEID]. (s.f). *Empresas asociadas*. <http://cadeid.com.ar/empresas-socias/>
- Cartagena Torres, E. (2017). Prevención del maltrato infantil: una labor a emprender desde la educación inicial. *uniminuto*, 42-47. <https://revistas.uniminuto.edu/index.php/Pers/article/view/1609/1547>
- Cotán-Fernández, A. (2016). El Sentido De La Investigación Cualitativa. *Escuela abierta*, 19, 33-48. <https://repositorioinstitucional.ceu.es/bitstream/10637/8295/1/EA19-sentido.pdf>
- Domingo-Salvaany, F. (2013). El maltrato y el abuso sexual infantil en Atención Primaria de salud. Los pediatras: parte del problema y parte de la solución. *Pediatría Integral*, 17(10), 564-573. <https://www.pediatriaintegral.es/numeros-antiores/publicacion-2013-12/el-maltrato-y-el-abuso-sexual-infantil-en-atencion-primaria-de-salud/>
- Duarte-Guacaneme, D. C., y Romero, A. S. (2015). Consecuencias del maltrato infantil en la sociedad colombiana. *Línea De Vida*, 1, 46 - 59. <https://doi.org/10.33132/23574704.373>
- Fernández-Fernández (2014). *Maltrato infantil: Un estudio empírico sobre variables psicopatológicas en menores tutelados* [tesis de doctorado, universidad de murcia]. Tesis Doctorals en Xarxa. <http://acise.cat/wp-content/uploads/2018/08/TESIS-COMPLETAv4.pdf>
- Fleites E. Quintero S y López L. (2017). La promoción de la salud y su vínculo con la prevención primaria. *Medicentro Electrónica*, 21 (2), 101-111. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30432017000200003
- Flick, U. (2007). *Introducción a la investigación cualitativa (2nd ed.)*. Ediciones Morata S.L. http://investigacionsocial.sociales.uba.ar/wpcontent/uploads/sites/103/2013/03/INVESTIGACION_CUALITATIVAFLICK.pdf
- Forero, L. Reyes, A. Díaz, A. y Rueda, M. (2010). Maltrato infantil y sus consecuencias a largo plazo. *Med Unab* 13 (2), 103-115. <https://revistas.unab.edu.co/index.php/medunab/article/view/1155/1143>
- Fuster-Guillen, D. E. (2019). Investigación cualitativa: Método fenomenológico hermenéutico. *Propós. represent.* 7 (1), 201-229. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2307-79992019000100010
- González, D.L. (2006). Buscando un modelo de cuidados de enfermería para un entorno multicultural. *Gazeta de antropología*, 22 (32), 1-14. https://www.ugr.es/~pwlac/G22_32Daniel_Leno_Gonzalez.html
- Guerrero-Ramírez, R. Meneses-La Riva, M. E. y De La Cruz-Ruiz, M. (2015). Cuidado humanizado de enfermería según la teoría de Jean Watson, servicio de medicina del Hospital Daniel Alcides Carrión. *Rev Enferm Herediana* 9 (2), 127-136. <https://faenf.cayetano.edu.pe/images/2017/revstavol9/9.pdf>
- Hernández, M. (2015). El Concepto de Discapacidad: De la Enfermedad al Enfoque de Derechos. *Rev. CES Derecho*, 6 (2), 46-59. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2145-77192015000200004

- Hernández, Y. Ibarra, R. Prieto, D. Pinto, D. y Rodríguez, Y. (2009). significado del cuidado humanizado en egresadas de la facultad de enfermería. *Repertorio de medicina y cirugía* 18 (4), 246-250. https://www.fucsalud.edu.co/sites/default/files/2017-01/12_2.pdf
- Hernández, Y. Sánchez, M. y Pacheco, J. (2018). Las estrategias como herramienta en el desarrollo científico de Enfermería, *Revista Archivo Médico de Camagüey*, 22 (4), 564-580. http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1025-02552018000400564&script=sci_arttext&tlng=en
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censo de la República Argentina.[INDEC]. (s.f). *Dificultades o limitaciones permanentes*. <https://www.indec.gob.ar/indec/web/Nivel4-Tema-4-32-70>
- Instituto Superior de estudios psicológicos[ISEP]. (2017). *maltrato infantil, clasificación y principales consecuencias*. <https://www.isep.es/actualidad-psicologia-clinica/maltrato-infantil-clasificacion-y-consecuencias/>
- Instituto Tlaxcalteca para personas con Discapacidad [ITPCD]. (2019,26 Diciembre). *Qué es Discapacidad?*. <https://www.itpcd.gob.mx/index.php/que-es-discapacidad>
- León-Rivera, J.S. (2015). La investigación cualitativa y el desarrollo profesional de enfermería. *Cuid salud*, 2(2), 220-234. http://revistas.urp.edu.pe/index.php/Cuidado_y_salud/article/view/1131/1025
- Ley 24417 de 1994 Protección contra la violencia familiar (1994, 7 de diciembre) Ministerio de Justicia y Derechos Humanos Presidencia de la Nación <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/90000-94999/93554/norma.htm>
- Ley 26061 de 2005 Ley de protección integral de los derechos de los niñas, niños y adolescentes . (2005, 28 de septiembre). Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, Presidencia de la Nación. <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/110000-114999/110778/norma.htm>
- Llamas- Muñoz, M. Gonzales-Mendoza, A. y Gonzalez-Benites, L. (2019). Actuación de Enfermería ante la detección de maltrato infantil. *Npunto*, 2(13). <https://www.npunto.es/revista/13/actuacion-enfermera-ante-la-deteccion-de-maltrato-infantil-en-las-urgencias-de-pediatria>
- Merck Sharp and Dohme Salud [MSDsalud]. (2019). *¿En qué consiste la prevención en salud?* <http://msdsalud.es/cuidar-en/prevencion/informacion-basica/consiste-prevencion-salud.html>
- Ministerio de Defensa, Armada Argentina. (s.f) *Violencia Intrafamiliar*. <https://www.argentina.gob.ar/armada/oficinas-de-genero-y-familia/violencia-familiar>
- Ministerio de Educación. (2010). *Maltrato infantil, Orientación para actuar desde la escuela*. <http://www.bnm.me.gov.ar/giga1/documentos/EL003091.pdf>
- Ministerio de salud de la nación. (2015). *Lineamientos para el abordaje de las violencias contra niños, niñas y adolescentes desde el sistema de salud*. https://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/723_etica2/material/bibliografia_complementaria/maltrato_infantil.pdf
- Ministerio de sanidad, política social e igualdad. (2011). *Maltrato infantil en la familia en España*. https://observatoriodelainfancia.vpsocial.gob.es/productos/pdf/malt2011v4_total_100_acces.pdf
- Morillo-Cano, J. Guerron Enrique, S. y Narvaez Jaramillo, M. (2021). *Influencia de la violencia intrafamiliar en el rendimiento académico de adolescentes*. *Conrado* 17 (81), 330-337. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1990-86442021000400330&lang=es
- Naranjo-Hernández, Y. Sánchez, A. M. Concepción-Pacheco, J. A. (2018). Las estrategias como herramienta en el desarrollo científico de Enfermería. *AMC*, 22(4), 564-580. http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1025-02552018000400564&script=sci_arttext&tlng=en#B5

- Núñez, M. (2020). Estrategia Educativa Para El Mejoramiento De La Comunicación Entre Profesores Y Estudiantes En La Licenciatura En Enfermería. *Revista cubana de tecnología de la salud*, 11(3), 47-55. <http://www.revtecnologia.sld.cu/index.php/tec/article/view/1697>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2002). *Informe Mundial Sobre La Violencia y La Salud*. https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/abstract_es.pdf
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2020). *maltrato infantil*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment>
- Organización Panamericana de la Salud (s/f). *Discapacidad*. <https://www.paho.org/es/temas/discapacidad>
- Organización Panamericana de la Salud (2017). *INSPIRE Siete estrategias para poner fin a la violencia contra los niños y las niñas* https://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/Child-Victims/Report_in_Spanish.pdf
- Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (s.f). *Los niños con discapacidad son víctimas de la violencia con más frecuencia*. https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=6998:2012-children-disabilities-more-likely-experience-violence&Itemid=135&lang=es
- Organización Panamericana de la Salud [OPS].(s.f). *Prevención de la violencia*. <https://www.paho.org/es/temas/prevencion-violencia>
- Pérez, E. Baró, I. y Franco, A. (2011). Estrategia educativa para el control y prevención del maltrato infantil dirigida a padres de niños con síndrome de Down. *revista cubana de pediatría*, 83 (1), 22- 33. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312011000100003
- Raile Alligood, M. (2015). *Modelos y Teorías en enfermería* (8a ed.). España: El Sevier.
- Real Academia Española. [RAE]. (2020). *Diccionario de la lengua española*. <https://www.rae.es/>
- Rigol-Cuadra, A. Galbany-Estragué, P. Fuentes-Pumarola, C. Burjales-Martí, M. Rodríguez-Martín, D. y Ballester-Ferrando, D. (2015). Percepción de los estudiantes de enfermería sobre violencia de pareja: conocimientos, creencias y rol profesional. *revista latinoamericana de Enfermagen*, 23(3), 527-34. <https://www.scielo.br/j/rlae/a/9GkwBmQTnhmYNR8bfs7MMPP/?lang=es&format=pdf>
- Rodríguez-Jiménez, S., Cárdenas-Jiménez, M., Pacheco-Arce, A. L., & Ramírez-Pérez, M. (2014). Una mirada fenomenológica del cuidado de enfermería. *Enfermería universitaria*, 11(4), 145-153. Recuperado en 07 de abril de 2022, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632014000400005
- Sixto Pérez, A. (2014). *Estrategia Pedagógica Para La Preparación De Los Licenciados En Enfermeria En Las Competencias Investigativas* [Tesis de doctorado, Universidad de ciencias médicas de la Habana]. Archivo digital. <http://tesis.sld.cu/FileStorage/000111-06FA-ASPerez.pdf>
- Subsecretaria de coordinacion y atencion de la salud. (s.f). *protocolo para la detección e intervención en situaciones de maltrato infantil desde el sistema de salud*. <https://www.ms.gba.gov.ar/sitios/tocoginecologia/files/2014/01/Protocolo-para-la-Deteccion-e-Intervenci%C3%B3n-en-Situaciones-de-Maltrato-Infantil-desde-el-Sistema-de-Salud.pdf>
- The United Nations Childrens' Fund [UNICEF]. (2017, 1 de noviembre). *Argentina: los métodos de disciplina violenta afectan a 7 de cada 10 chicos y chicas*. <https://www.unicef.org/argentina/comunicados-prensa/argentina-los-m%C3%A9todos-de-disciplina-violenta-afectan-7-de-cada-10-chicos-y>
- Valencia, L. A. (2014). Breve historia de las personas con discapacidad: de la opresión a la lucha por sus derechos. <https://www.conadisperu.gob.pe/observatorio/wp-content/uploads/2021/07/Breve-historia-de-las-personas-con-discapacidad.pdf>

Viejo A, y Bengoechea, B. (2006). Los menores con discapacidad como víctimas de maltrato infantil: una revisión. *Psychosocial Intervention*, 15 (3), 293-306. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-05592006000300004

Vignolo, J. Vacarezza, M. Álvarez, C. Sosa, A. (2011). Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Arch Med Interna*, 33(1), 11-14. <http://www.scielo.edu.uy/pdf/ami/v33n1/v33n1a03.pdf>

SECCION ANEXOS

Anexo 1: “NOTA DE AUTORIZACIÓN DIRECCIÓN DE ENFERMERÍA”

A la señora Directora de la Escuela de Enfermería
Mgter. Juana Sigampa
S _____ / _____ D

Nos dirigimos a través de la presente con el fin de solicitar su consentimiento para la realización del Proyecto de Tesis en el marco de la cátedra de Taller de Trabajo final de la Escuela de Enfermería de la Universidad Nacional de Córdoba.

Dicha investigación tiene como objetivo conocer las estrategias que los profesionales de Enfermería Domiciliaria pueden implementar en situaciones de violencia intrafamiliar en niños con discapacidad en la ciudad de Alta gracia durante el segundo semestre del 2022.

La misma, se llevaría a cabo a través de un estudio cualitativo, utilizando la cedula de entrevista con preguntas abiertas a los profesionales de Enfermería que se desempeñan en el área de internación domiciliar de dicha ciudad.

Los resultados del proyecto realizado estarían a disposición por si así lo deseara la E.E-F.C.M-U.N.C.

Sin otro particular, esperamos su pronta respuesta.

Saludan cordialmente

Flores Ramona Ingrid
D.N.I.: 37.491.425

Hernández Micaela Naimi
D.N.I.: 39.734.438

Anexo 2: **NOTA DE AUTORIZACIÓN A COORDINACION DE ENFERMERÍA.**

Córdoba.....de 2022.

Al área de Coordinación de Enfermería o a quien Corresponda:

Mediante la presente el grupo de investigadoras integrado por....., alumnas de la carrera de Licenciatura en Enfermería de la Universidad Nacional de Córdoba, tienen el agrado de dirigirse a UD. a los efectos de **solicitarle autorización para realizar entrevistas** con preguntas abiertas para la construcción de los datos referentes a nuestro **Proyecto de Investigación**. Las mismas, estarán dirigidas a los profesionales enfermeros que brindan servicio en su empresa de internación domiciliaria, y se realizarían con el **propósito de conocer cuáles son las estrategias de cuidado que los profesionales de Enfermería Domiciliara implementan en situaciones de violencia intrafamiliar en niños con discapacidad.**

Sin otro particular y a la espera de una respuesta favorable, le saludan cordialmente:

Flores Ramona Ingrid
D.N.I.: 37.491.425

Hernández Micaela Naimi
D.N.I.: 39.734.438

ANEXO 3: **CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Título del proyecto de investigación:

Ud. ha sido elegido para participar en un estudio de investigación titulado: “” el cual será llevado a cabo en la ciudad de Alta Gracia y cuyo objetivo es conocer las estrategias de abordajes que los profesionales de Enfermería Domiciliaria pueden implementar en situaciones de violencia intrafamiliar en niños con discapacidad en la ciudad de Alta Gracia durante el segundo semestre del 2022.

Si usted acepta participar, le informamos que la obtención de la información se llevará a cabo a través de entrevistas que realizará el/la investigador/a, solicitando de esta forma autorización para grabar el audio de la entrevista y utilizar la información que incluya en la misma. La entrevista tomará 60 minutos de su tiempo aproximadamente, dependiendo de la especificidad de la información que quiera brindarme. Ésta es de carácter voluntario, anónimo, y sus datos personales serán mantenidos confidenciales.

Es importante aclarar que no habrá retribución por la participación en este estudio. Sin embargo, esta información le podrá beneficiar de manera indirecta pues, entendemos, tendrá un beneficio para toda la sociedad.

Como participante de este estudio, no deberá costear ningún gasto. Asimismo, puede negarse a participar o retirarse en cualquier etapa de la investigación, asegurándose que no tendrá ningún tipo de consecuencias por hacerlo. Si acepta voluntariamente participar en este estudio el participante recibirá una copia duplicada de este documento.

Consentimiento informado

Luego de realizar la lectura de este documento y haber esclarecido cualquier duda respecto a la investigación con el investigador, yo _____ declaro que he sido informado e invitado a participar en una investigación denominada “*Las estrategias de cuidado que implementan en situaciones de violencia intrafamiliar en niños con discapacidad, las enfermeras domiciliarias en la ciudad de Alta Gracia durante el segundo semestre del año 2022.* Reconozco, además, que este es un proyecto de investigación científica, manifestando haber leído y comprendido la información expuesta de manera consciente y deliberada. Por todo ello, manifiesto mi consentimiento para participar del estudio.

Firma: _____

Fecha: _____

ANEXO 4: INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La presente Cédula de Entrevista tiene por finalidad obtener información sobre **cuáles son las estrategias de cuidado que implementan en situaciones de violencia intrafamiliar en niños con discapacidad, las enfermeras domiciliarias en la ciudad de Alta Gracia durante el segundo semestre del año 2022.**

Su participación es anónima, voluntaria y de suma utilidad para mi trabajo de investigación.

Aseguro total discreción con el manejo y la difusión de datos.

Si quiere conocer los resultados de este trabajo de investigación, deje su correo de mail:

DATOS CARACTERÍSTICOS:

Fecha:

Nombre y apellido (Iniciales):

Edad:

Género: F M Otro:.....

Cédula de Entrevista

Se proponen como interrogantes de la guía de **APERTURA**:

1. ¿Hace cuánto tiempo trabajas en internación domiciliaria? ¿En cuántos domicilios has trabajado con niños con discapacidad? ¿En cuántos domicilios vivenciaste situaciones de maltrato?
2. ¿En tu quehacer diario, presenciaste situaciones de violencia y maltrato infantil? ¿Cómo reaccionaste? ¿Por qué? ¿Tenés alguna experiencia de maltrato que quieras contarnos?

Se proponen como interrogantes de guía de **DESARROLLO**, para la dimensión **Estrategias de Prevención**:

1. ¿Conoces los factores de riesgo que contribuyen al comportamiento violento? ¿Cuáles son? ¿Qué actividades realizas para detectarlos? ¿Cuándo detectas un factor de riesgo como actúas?

2. ¿En tu labor diaria usas estrategias de prevención cuando hay factores de riesgo?
¿Cuáles son?
3. ¿Sabes que son las estrategias de prevención? ¿Conoces estrategias de prevención que se puedan implementar cuando detectas factores de riesgo? ¿Cuáles son?
4. ¿Dichas estrategias las aprendiste en tu formación profesional o fueron producto de investigación propia?
5. ¿Conoces los factores protectores que poseen las personas? ¿Cómo se puede contribuir a potenciarlos en las familias de niños con discapacidad?
6. ¿Cómo crees vos, que desde tu lugar podés fomentar la salud física y emocional familiar?
7. ¿Cómo crees que se pueden lograr cambios de las normas sociales restrictivas y nocivas de vinculación familiar? ¿qué estrategias utilizarías para fomentar el cambio de las normas sociales restrictivas y nocivas empleadas en los vínculos familiares de niños con discapacidad?
8. ¿cómo crees que podrías brindar apoyo y contención a los padres, madres y cuidadores?

Se proponen como interrogantes de guía de **DESARROLLO** para la dimensión **Estrategias para la Intervención:**

1. ¿Qué tipo de observaciones realizarías para poder detectar situaciones de maltrato a niños con discapacidad?
2. ¿Sabes cómo se debe denunciar un caso de maltrato o violencia infantil?
3. ¿Denunciaste algún caso de violencia infantil? Si la respuesta es afirmativa: ¿Nos podés contar cómo te sentiste con el procedimiento?
4. ¿Crees que los procedimientos de denuncia se adaptan a las necesidades de niños con discapacidad? ¿Por qué? ¿Crees que se hace un buen seguimiento en estos casos?
5. ¿Cómo crees que pueden contribuir o acompañar vos y el equipo interdisciplinar a la familia y al niño? ¿qué estrategias de intervención propondrías?
6. ¿Qué estrategias de intervención podrían brindar vos y el equipo interdisciplinar que sirvan para contribuir o acompañar a la familia y el niño en las situaciones de violencia?

7. ¿Se te ocurren estrategias de intervenciones que se puedan implantar con el entorno familiar pasivo para concientizar sobre esta problemática?

Se proponen como interrogantes de guía de **CIERRE**:

1. ¿Cómo crees que podemos contribuir los enfermeros a erradicar esta problemática?
2. ¿Querés contarnos algo más?

ANEXO 5: Tabla Matriz de respuestas de la entrevista abierta a los sujetos en estudio.

Entrevistado	Respuestas de apertura	Respuestas de desarrollo		Respuestas de cierre
		Estrategias de prevención	Estrategias de intervención	
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				