

Facultad de Ciencias Sociales
Licenciatura en Trabajo Social



Hagamos un trato... por el buen trato

Comité de Maltrato Infantil- Hospital de Niños de la
Santísima Trinidad

Profesores/as:

Intervención Pre- profesional: Dr. Galán, Marco

Sistematización y Redacción: Mgter. Becerra, Natalia

Orientadora Temática y Referente en terreno: Lic. Zamarbide, Alicia

Tesistas:

Varela Oscare, Gésica Alejandra

Ramírez, Carina Belén



Agradecimientos

Después de largos años de mucho esfuerzo, constancia y dedicación, concluimos una etapa más de nuestras vidas. Etapa que nos emociona y nos llena de satisfacción, el poder cumplir nuestra meta de ser profesionales del Trabajo Social.

Todo el esfuerzo puesto en el transcurso de la carrera no hubiese sido posible sin el sostén de las personas más importantes de nuestras vidas: la familia, que siempre acompañó y apoyó incondicionalmente.

Agradecemos también a los profesores Marco Galán del Seminario de Intervención Pre-Profesional; Alicia Zamarbide, Orientadora temática y Referente en terreno; y a Natalia Becerra del Seminario de Redacción y Sistematización de la tesina; quienes guiaron y acompañaron nuestro proceso de construcción de la Tesina.

No queremos dejar de mencionar nuestra gratitud para con el Hospital de Niños de la Santísima Trinidad de la ciudad de Córdoba, especialmente al Comité de Maltrato Infantil y a los profesionales que lo conforman, quienes nos recibieron y trataron de manera cordial y positiva favoreciendo nuestra participación como estudiantes.

Yo Gesica, quiero agradecer también a mis padres por el esfuerzo, a mi hermana y hermanos por el acompañarme siempre y a mi abuela por el apoyarme incondicionalmente.

Agradezco a mi compañero y a mi hijo por haber soportado mis días de estudios; y a mis suegros y cuñados quienes me ayudaron con mi bebe en días de exámenes.

¡¡Infinitas gracias a cada uno, nada de esto hubiese sido posible sin su amor!!

Yo Carina Ramírez, quiero expresar mi más profundo agradecimiento: A toda mi familia, en especial a mis padres y hermanos/as por acompañarme en este proceso; siempre apoyándome y haciendo posible este gran proyecto de mi vida.

A mi hija Luciana, quien supo esperar pacientemente en cada clase a lo largo de estos años. Gracias hija por tu esfuerzo y todas las energías requeridas, gracias por ser el motor de mi vida.

A mi Esposo, que es mi mejor amigo y compañero de vida, gracias por acompañarme y caminar juntos, por tu amor y apoyo incondicional durante todo este proceso.

A todas las personas que me apoyaron e hicieron posible que este trabajo se realice con éxito. ¡GRACIAS!

Índice

Introducción	5
CAPÍTULO 1: MALTRATO INFANTIL Y LA INTERVENCIÓN DESDE EL CAMPO DE LA SALUD	8
1.1- Conceptualización de la Niñez.....	9
1.2- Maltrato infantil: definición y consecuencias.....	12
1.3- Maltrato infantil como cuestión de la salud pública.....	17
1.4- Marcos normativos.....	23
CAPÍTULO 2: ESCENARIO DE INTERVENCIÓN	30
2.1- Hospital de Niños de la Santísima Trinidad: Breve reseña histórica.....	31
2.2- Orígenes del Comité de Maltrato Infantil	32
2.2.1- Maltrato infantil y su abordaje desde el Comité.....	33
2.2.2- Intervención del Trabajo Social	37
2.3- Actores internos y externos a la institución.....	40
CAPÍTULO 3: SUJETOS, OBJETO Y ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN ...	48
3.1- Los sujetos de nuestra intervención.....	49
3.2- Objeto de intervención.....	54
3.3- Nuestra estrategia de intervención.....	60
3.3.1- Puesta en marcha: Talleres “Hagamos un Trato por el Buen Trato”.....	65
3.3.2- Análisis del Taller.....	68
Conclusión	73
Bibliografía	76

Introducción:

La presente tesina consiste en la sistematización del proceso de intervención de las prácticas pre- profesionales de la Licenciatura de Trabajo Social, llevada a cabo en el año 2018, en la que abordamos las situaciones de los niños y adolescentes que ingresan al Comité de Maltrato Infantil del Hospital de Niños de la Santísima Trinidad de la provincia de Córdoba, con presunción de haber sufrido alguna modalidad de maltrato producido en el ámbito intrafamiliar.

Decidimos abordar el maltrato infantil, ya que es una problemática que afecta directamente la integridad de los niños y vulnera sus derechos. Las formas de relacionarse de la familia con sus miembros y en especial con sus hijos, es importante para el desarrollo físico, psíquico y social de los niños.

Visualizamos que gran parte de las situaciones de maltrato que ingresan al Comité son causadas por los adultos responsables de los niños, que se dan por la condición de indefensión que éstos tienen.

Como futuras profesionales consideramos importante aportar a la prevención del maltrato infantil a partir del reconocimiento de los niños como sujetos de derechos, fortaleciendo las familias con herramientas de crianzas basadas en los buenos tratos.

A partir de la experiencia desarrollada y de la bibliografía consultada, señalamos que persiste el desconocimiento sobre la magnitud y consecuencias que el maltrato infantil tiene sobre el desarrollo de los niños y adolescentes, y la vulneración de sus derechos. Remarcamos la necesidad de generar, desde nuestro lugar, acciones que permitan potenciar dichos derechos, intentando que se conozcan y se tornen exigibles frente a las vulneraciones que impiden el desarrollo integral de estos sujetos.

Es relevante mencionar que encuadramos nuestra Tesina desde un enfoque de derechos considerando a la niñez-adolescencia en el marco de la Convención Internacional de los Derechos del Niño, la Ley Nacional N° 26.061 de “Protección Integral de los Derechos de los Niños y Adolescentes” y la Ley Provincial N° 9.944 de “Promoción y Protección Integral de los Derechos de los, Niños y Adolescentes” de la Provincia de Córdoba.

En este marco nos proponemos como objetivo general, potenciar acciones de buen trato hacia los niños y adolescentes que se encuentren internados en el Hospital de Niños de la Santísima Trinidad, desde una perspectiva integral y de protección de sus derechos, garantizando y fortaleciendo estrategias familiares.

El presente escrito se encuentra organizado en tres capítulos, los cuales cada uno contempla diversas dimensiones significativas para la comprensión del abordaje de la problemática.

En el primer capítulo, comenzamos desarrollando el concepto de niñez y los cambios producidos en la conceptualización a lo largo del tiempo. A partir de allí, empezamos a definir al maltrato infantil y las consecuencias que esta problemática tiene en los niños.

Nos basamos en el modelo ecologico-ecosistemico, el cual establece que el maltrato infantil puede llegar a afectar a todos los niños y a sus organizaciones familiares. Además, desarrollamos como la problemática se constituye en cuestión de salud pública y como es abordada desde este ámbito.

Es relevante destacar que en este capítulo planteamos la temática desde los marcos normativos incorporando las políticas nacionales y provinciales que refieren al campo de intervención.

El segundo capítulo contempla nuestro escenario de intervención, teniendo relevancia la historia del hospital y la conformación del Comité de Síndrome de maltrato infantil (S.M.I). Así mismo, consideramos importante desarrollar cómo se aborda la problemática, haciendo hincapié en la intervención del Trabajo Social recuperando los deberes establecidos en el Código de ética profesional.

Destacamos que la Institución es un espacio que se encuentra atravesado por múltiples actores, los cuales ocupan lugares específicos en el abordaje de la problemática y que nos parece importante rescatar.

En el tercer capítulo, exponemos a los sujetos con quienes trabajamos, realizando una caracterización de los mismos. También definimos los tipos de organización familiar de las familias abordadas por el Comité y las características que las mismas presentan y que pueden constituirse en factores de riesgo o no para los niños. Esto nos

permitió delimitar nuestro objeto de intervención respecto de las representaciones de los adultos sobre el uso del castigo como forma de disciplinar a los niños.

Este capítulo, además refiere a la construcción y desarrollo de nuestra estrategia de intervención, basada en la prevención del maltrato infantil a través de la promoción de los buenos tratos, realizando un análisis y conclusión final de la experiencia.

Cabe aclarar que durante el escrito utilizamos el término de niños, para hacer referencia a los niños, niñas y adolescentes, sin connotación de género, sino para generalizar. Así mismo dilucidamos que cuando mencionamos a las familias, aludimos a las personas con las que los niños han construido algún vínculo.

CAPÍTULO 1:

MALTRATO INFANTIL Y LA INTERVENCIÓN DESDE EL CAMPO DE LA SALUD



Comenzamos este capítulo realizando una conceptualización de la niñez y las relaciones paterno-filiales, para luego desarrollar una definición del maltrato infantil y su abordaje desde la salud pública.

1.1-Conceptualización de la niñez

Hablar de niñez nos lleva a introducirnos en un terreno de intensa implicación subjetiva y social. Es por ello que, difícilmente se pueda referir a la niñez de manera unívoca. Una mirada puesta en la diversidad nos lleva a ver, en primer lugar, que lo que nosotros llamamos niñez no representa lo mismo ni es vivido de la misma manera en todos los grupos humanos. Y, en segundo lugar, nos permite comprender y abordar esta categoría como una construcción, como proceso que no es unívoco sino dinámico, complejo y conflictivo.

En este sentido, es “importante pensar la niñez como varios momentos del desarrollo humano atravesados por complejas tramas del contexto en donde se produce” (Perticarari, 2014:1).

De tal manera que a quienes hoy llamamos niños no siempre han sido considerados como tal. En las últimas décadas asistimos tanto a un proceso de progresiva visibilización como a la coexistencia de diferentes formas de entender las infancias.

El campo de la niñez puede definirse entonces, a partir del reconocimiento de la convivencia de diferentes paradigmas y miradas presentes en las prácticas y representaciones sociales de los sujetos. Piotti (2011) plantea que la noción de infancia tiene un carácter histórico y es por ello que ha tenido diferentes apreciaciones en la historia.

Es preciso comenzar señalando que la primera ley específica en niñez, y en nuestro país, fue la Ley N° 10.903 de Patronato de Menores que estableció que el patronato del Estado se ejercía a través de la justicia, es decir, el Estado intervenía en las familias, específicamente en aquellos casos que hubiera abandono o peligro material o moral (concepción valorativa y subjetiva) hacia los niños.

Este paradigma se basaba en la división de la infancia considerando como niños y adolescentes a aquellos que vivían en familia, tenían asegurado su

subsistencia, su educación, y hacían uso productivo de su tiempo libre. Mientras que aquellos que provenían de sectores vulnerables, quienes debían trabajar para su subsistencia diaria, sin acceso a la educación, maltratados o quienes habían cometido algún delito eran denominados “menores”.

La función principal del Patronato de Menores fue brindar protección y atención a la salud, seguridad y educación moral e intelectual al menor, a través del juez de menores quien tenía potestad de decisión sobre todos los ámbitos de la vida de los niños. De esta manera se dio impulso a la creación de institutos y hogares con la finalidad de revertir la situación irregular, donde el Estado reemplaza la familia, considerada incapaz de criar y educar a sus hijos para el futuro.

En este sentido, el proceso de control social de la infancia da origen a una cultura jurídico-social que vincula la protección de los niños con la declaración de su incapacidad para decidir sobre su propia vida.

Con la incorporación de los Derechos de los niños a nuestra constitución, surge la necesidad de derogar leyes basadas en el sistema tutelar para adecuarlas al sistema de protección integral.

En octubre de 2005 se promulga la Ley de Protección Integral de los Derechos de los niños y adolescentes (ley que desarrollaremos más adelante) donde se conciben a los niños como sujetos de derecho y a las familias como ámbito privilegiado para el desarrollo pleno, la construcción de identidad e integración cultural y social de los niños y adolescentes. (Perticarari y Griffa, 2018)

Nos posicionamos entendiendo a los niños, no sólo como sujetos de necesidades, sino también como sujetos activos de derechos, como “sujetos protagonistas de sus propias vidas, creadores, como sujetos políticos, capaces de decidir y de transformar, como sujetos condicionados por su contexto, pero también condicionantes del mismo” (Piotti, 2006: s/n).

Desde esta perspectiva, reconocemos los avances conceptuales y sociales referidos a la niñez, aunque observamos que todavía queda por recorrer un largo camino dado que los niños siguen estando desprotegidos, aún en su entorno más próximo: la familia. Por ello nos permitimos tomar los aportes de Bringiotti (2000),

quien cita a De Mause (1982), postulando seis modalidades en las relaciones paterno-filiales a lo largo de la historia de las sociedades:

Infanticidio: Ocurre desde la Antigüedad hasta el siglo IV d.C. Predominaba el homicidio del menor, principalmente de las niñas, los hijos ilegítimos y discapacitados. Con el cristianismo comienzan a verse algunos cambios acerca de la infancia y sus derechos.

Abandono: Se hace presente durante el siglo IV y XIII, la disminución del infanticidio, influida por las sanciones del catolicismo trajo como práctica, el abandono de los niños en manos de las nodrizas, o darlo en adopción o dejarlo en alguna institución religiosa, o lo mantenían en el hogar en situación de grave abandono afectivo. Las palizas eran frecuentes por la maldad inherente a la naturaleza humana, demostrada por el niño.

Ambivalencia: Durante el siglo XIV Y XVII, se incluye al niño en la vida familiar adjudicándose intenciones peligrosas, por lo que se lo debe moldear, evitando conductas inapropiadas y excesos. Comienzan a aparecer manuales de orientación educativa. Se impulsa la institucionalización de los niños en las escuelas como estructura educativa separada de la familia.

Intromisión o Intrusión: Siglo XVIII, el niño ya no es visto como una amenaza, surgen la pediatría y el cuidado infantil. Se les pega sin lastimarlos y se los amenaza con culpa.

Socialización: Entre los siglos XIX y XX, la crianza de los hijos consiste en enseñarle a adaptarse y socializar. Con la revolución industrial el aumento de la sociedad urbana y el trabajo de los niños dieron surgimiento a las primeras leyes de protección a la infancia con respecto al trabajo infantil.

Ayuda: En el siglo XX se reconoce el saber de los niños sobre sus necesidades en las distintas etapas de la vida, implica plena participación de los padres en la crianza, esta nueva modalidad y esta práctica, dio lugar a niños más afectuosos, sinceros, amables y no intimidados por la autoridad. (Bringiotti, 2000)

A través de nuestras prácticas observamos que existen familias que se caracterizan por poseer episodios de maltrato, tanto en su estructura como en su

dinámica, especialmente cuando se habla de crianza, dado que la mayoría utiliza métodos violentos como una manera de disciplinar a los niños. Esto nos da el punto inicial para comenzar a desarrollar el concepto de maltrato infantil.

1.2-Maltrato Infantil: definición y consecuencias

Es preciso comenzar exponiendo que el trabajo de Kempe (1962) ha sido el primero en dar entidad clínica al “síndrome del niño apaleado” (o golpeado). En esa primera definición se consideraba solamente las lesiones físicas severas, producidas intencionalmente por padres o cuidadores.

Luego la definición se ha ampliado y enriquecido con las aportaciones de los investigadores dedicados al tema. Actualmente contamos con múltiples definiciones acerca de lo que se considera maltrato infantil.

Tomamos como eje central de nuestro análisis la conceptualización que realiza Barudy, ya que no sólo concibe al maltrato infantil como responsabilidad de las familias, sino que la misma se extiende a todo el entorno social del niño. Teniendo presente que el daño producido a los niños es responsabilidad de personas e instituciones que son los que deberían estar velando por los derechos de los mismos. El autor define al maltrato infantil como:

Toda acción u omisión cometidos por individuos, instituciones, o por la sociedad en general, y toda situación provocada por éstos que prive a los niños/as de cuidados, de sus derechos y libertades, impidiendo un pleno desarrollo, constituyen, por definición, un acto o una situación que entra en la categoría de lo que nosotros llamaremos malos tratos o negligencia. (1998:34)

Manifestamos que el maltrato infantil puede ocurrir al interior de las familias o fuera de ellas. Nos centramos en el **maltrato infantil intrafamiliar**, definiendo al mismo como la clase de abusos que se da dentro del contexto donde se desarrolla la vida cotidiana del niño. En este caso los agresores son personas que conviven con el niño y se encuentran a cargo de su cuidado y protección.

Tomamos los aportes de Tonon, quien lo define como:

Los actos y carencias producidas por los padres o las personas encargadas de su cuidado y que dañan gravemente al/a niño/a, atentando contra su integridad corporal, desarrollo físico, afectivo, intelectual y moral y cuyas manifestaciones son el descuido y/o lesiones del orden físico y/o psíquico, y/o sexual. Esta definición reconoce y categoriza tanto a las acciones como a las omisiones cometidos por los adultos responsables del cuidado cotidiano de niños y niñas en el ámbito familiar. (2001:17)

Cabe señalar que si bien nos centramos en la violencia hacia los niños en el ámbito familiar, no debemos olvidar que el maltrato infantil es un fenómeno complejo y multidimensional, en donde interactúan factores biológicos, económicos, sociales y culturales. Estos factores atraviesan en todo momento las fronteras entre individuos, familias, comunidad y sociedad.

Nos posicionamos desde el **modelo ecológico-ecosistémico** de Garbarino (1977) y Belsky (1980) citado en Bringiotti, (2000), expresando que el maltrato infantil es una problemática que puede llegar a afectar a todos los niños y a sus familias y su origen puede atribuirse a diversos sectores sociales. Por un lado, el **macrosistema** representa los valores culturales y los sistemas de creencias que permiten y fomentan el maltrato infantil a través de la influencia que ejercen en los demás niveles, el individuo, la familia y la comunidad. Se incluyen tres tipos de variables: socioeconómica, estructural y cultural.

La primera se refiere a todas aquellas cuestiones relacionadas con los recursos económicos y las tasas de desempleo. Las variables de tipo estructural se relacionan con aquellos aspectos de organización y funcionamiento concreto de una sociedad, que afectan a cada individuo para acceder a los recursos de asistencia y de ser protegido por normas y recursos en caso de necesidad o crisis. Las variables de tipo cultural se relacionan con las actitudes y los valores predominantes en cada grupo social y en cada momento histórico sobre aspectos de la forma de educar a los hijos, de satisfacer sus necesidades, de comprender el papel de cada miembro de la familia. (Bringiotti, 2000:52)

En segundo lugar, el nivel del **exosistema** hace referencia a:

Las estructuras sociales formales e informales, como, por ejemplo, el mundo del trabajo, el vecindario, las redes de relaciones sociales, la distribución de bienes y servicios, que afectan el contexto inmediato en el que se encuentra la persona y su familia y que por lo tanto influyen en ella. (Bringiotti, 2000: 53)

Por último, **el microsistema**, donde:

Se incluyen todas aquellas situaciones que implican los comportamientos concretos de los miembros de la familia nuclear, incluyendo las características psicológicas y comportamentales de cada uno de los padres y de los hijos. Se valora como fundamental la interacción entre los diferentes miembros del sistema familiar. (Arruabarrena y De Paúl, 1994:46)

Estos niveles nos permiten visualizar cómo la historia de crianza de los padres sumado a las condiciones contextuales influye en la capacidad para cuidar, atender y educar a sus hijos. Si bien existe una predisposición a la utilización de la violencia en aquellos adultos que la han sufrido en el desarrollo de su niñez; no siempre se repiten estas situaciones. Es preciso recordar que las actitudes violentas se pueden modificar.

Consideramos relevante exponer que existen diferentes modalidades de maltrato infantil, las cuales se clasifican en relación a las formas de manifestación de los mismos; considerando que estos pueden implicar acción u omisión.

Barudy (1998), diferencia, por un lado, al **maltrato físico**, definiéndolo como cualquier acción no accidental producida por un adulto, que provoque daño físico o enfermedad en el niño o lo coloque en riesgo de padecerlo; por otro lado, define al **maltrato psicológico** como la acción, actitud o incapacidad por parte del adulto de proporcionar un ambiente emocional propicio para el desarrollo psicológico y/o físico que permita lograr independencia y seguridad en el niño.

Cabe destacar que el Comité de S.M.I del Hospital de Niños cuenta con su propia guía de diagnóstico y tratamiento (ver en anexos) respecto de las diversas modalidades de maltrato hacia los niños.

Otra modalidad de maltrato infantil que resulta necesaria incorporar, se denomina **negligencia**. El Comité sostiene que ésta se lleva a cabo cuando los adultos responsables de la crianza del niño, por un trastorno en el vínculo de apego, no logran satisfacer en el tiempo las necesidades afectivas y materiales, aun así, contando con los recursos para satisfacerlos.

Barudy, refiere que “...la familia negligente corresponde a un sistema donde los adultos, especialmente los padres, presentan de una manera permanente comportamientos que se expresan por una omisión o insuficiencia de cuidados a los niños que tienen a su cargo...” (1998: 87)

Es preciso afirmar que las diversas modalidades expuestas ocurren al interior de las familias, y en la realidad es frecuente observar la presencia de estos modos de manera complementaria. Enfatizamos que cualquiera sea el tipo de violencia que se utilice en los niños es muy difícil de reparar, dejando secuelas que pueden resultar de gravedad.

Consecuencias:

Tomando los aportes de la OMS, el maltrato infantil 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. En consecuencia, los adultos que han sufrido maltrato en la infancia corren mayor riesgo de sufrir problemas conductuales, físicos y mentales. (OMS: 2020)

Barudy sostiene:

La consecuencia de los golpes y otros maltratos físicos producen en primer lugar daño físico, pero al mismo tiempo implican mensajes profundamente destructores para la psique de las víctimas. El carácter profundamente traumático de estas situaciones deriva del hecho de que el

que hace daño es el otro, y que esa condición de otro le confirma en su condición humana. (1989:155)

Siguiendo con el autor, los golpes no solo dejan huellas en el cuerpo, sino otras invisibles que constituyen las secuelas psicológicas:

1)- Trastornos de la identidad: el niño golpeado puede tener una muy mala imagen de sí mismo. A menudo está convencido de ser la causa del nerviosismo de sus padres. Se cree malo, inadecuado y peligroso. A veces, como mecanismo de defensa, desarrolla la creencia de ser fuerte, todopoderoso, capaz de vencer a sus padres y a los adultos.

Cuando los niños son maltratados por sus padres/ cuidadores, suelen creer merecer los golpes, sienten que son responsables de la ira y enojo de los adultos y que nada de lo que hagan revertirá la situación de maltrato. Para sobreponerse a esas experiencias, los niños desarrollan diversas estrategias, como por ejemplo la obediencia extrema o la reproducción de comportamientos violentos, lo que les permite ampararse en un sentimiento de control de situaciones amenazantes.

2)- Baja autoestima: al igual que los niños carenciados, estos niños tienen a menudo sentimientos de inferioridad y se creen profundamente incapaces, lo que se expresa por comportamientos tímidos y miedosos, o al contrario, por comportamientos agitados y especuladores, con los que tratan de llamar la atención de los que lo rodean.

3)- Ansiedad, angustia y depresión: estas pueden expresarse por trastornos del comportamiento, y sobre todo por miedo y ansiedad desencadenada por situaciones donde un adulto se muestra agresivo o autoritario. La angustia puede presentarse sola o acompañada con los comportamientos del síndrome de estrés postraumático descrito en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.

A veces, este trastorno puede estar enmascarado por otros, especialmente por mecanismos adaptativos a la situación. Algunos de estos niños desconfían de los contactos físicos, particularmente de los adultos y se alteran cuando un adulto se acerca a otro niño, particularmente si llora. También presentan problemas de concentración, trabajan mal en clases, retienen difícilmente el contenido de las materias y tienen gran dificultad para seguir las instrucciones de los profesores.

Al igual que los niños carenciados, los niños golpeados desarrollan sentimientos de depresión y de desesperación; y comportamientos autodestructivos que incluyen la automutilación. No se sienten respetados y no solo por sus padres, sino por el mundo adulto en general, al que perciben como desprotector e inseguro. (Barudy, 1989:157)

Como hemos mencionado, las consecuencias producidas por haber sufrido algún tipo de violencia no sólo producen efectos negativos en el desarrollo físico o psicológico del niño, sino que además condiciona el desarrollo de su vida en sociedad, teniendo (aquellos niños violentados) mayor predisposición a utilizar métodos violentos como una forma de relacionarse. La visibilización de la problemática requiere de responsabilidad social, ya que en diversas ocasiones la utilización de la violencia desde los padres a sus hijos es invisibilizada ante los ojos de la sociedad. Con mayor frecuencia la utilización de métodos violentos comienza a ser problematizada cuando el niño ha sufrido un daño grave, y en el caso del Comité; lo que lo ha llevado a hospitalizarse. De esta manera nos permitimos comenzar a hablar del abordaje de la problemática desde la salud pública.

1.3-Maltrato infantil como cuestión de la salud pública

Para comenzar a hablar de maltrato infantil como cuestión de salud pública, es preciso partir de la definición inicial de salud. La Constitución de la Organización Mundial de la Salud la define como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. (OMS, 2021)

Es necesario expresar que el campo de la salud pública en Argentina se conforma en el siglo XX. Con variaciones en distintos momentos socio-históricos, el Estado desde mediados de la década del 40 garantiza el acceso universal a la salud pública. (Crosetto y Otros, 2018)

Continuando con Crosetto (2018), quien cita a Menéndez (s.f) sostiene que desde los inicios de la salud pública en Argentina no fueron incluidas las dimensiones socio-económicas y culturales. Menéndez, afirma que, si bien esa fue la propuesta de la medicina social, lo que se produjo finalmente fue la medicalización de la salud pública, ignorando aquellas dimensiones.

La comprensión biologicista de la enfermedad, la medicalización y la exclusión de una perspectiva integradora del sujeto en los procesos de salud-enfermedad, resultaron insuficientes para responder adecuadamente a los problemas sanitarios de los agregados sociales que dieron lugar al surgimiento de la intervención estatal. (Crosetto y Otros, 2018: 10-11)

Tomamos los aportes de Laurell, quien propone un abordaje distinto de la problemática de salud- enfermedad, definiéndose como un problema social y por lo tanto colectivo. No niega la existencia ni la relevancia del fenómeno biológico ni la importancia del proceso adaptativo entre agente, huésped y ambiente, pero plantea que “la enfermedad como fenómeno individual es en efecto, la manifestación concreta de los procesos sociales que determinan la salud colectiva y llegan a presentarse, justamente porque estos procesos desencadenan y transforman las relaciones entre huésped, agente y ambiente”(1982:7), definiéndose como un problema social y colectivo, en donde los problemas de la salud y sus soluciones, no pueden ser descontextualizados de los distintos procesos históricos y sociales.

Como refiere Zamarbide (2016), el maltrato infantil debe ser considerado un problema de salud pública por la elevada morbimortalidad que produce en la sociedad. Este tipo de acciones trae como consecuencias la vulneración del derecho a la vida y al desarrollo integral de niños y adolescentes, pudiendo trasladarse y proyectarse hasta la adultez. Además, deja graves secuelas de diverso orden y aumenta el riesgo de que sufran re victimizaciones o cometan ellos mismos nuevos actos de violencia con el devenir de los años.

En este punto, nos permitimos sostener la importancia de un abordaje en la salud, que comprenda los fenómenos sociales, a través del modelo médico social, corriente que cuestiona el carácter biológico de la enfermedad y de la práctica médica tradicional, y propone analizar el proceso de salud-enfermedad-cuidado como un hecho social donde se aborde desde la complejidad de la problemática, desde una perspectiva integradora entre el modelo biológico y el social, y enmarcada con las leyes vigentes que correspondan.

Creemos que como futuros profesionales tenemos que seguir generando rupturas con el modelo médico hegemónico que prioriza el saber médico frente a

otros actores del campo de la salud. Además, es necesario problematizar la categoría de pacientes, para poder pensarlos como sujetos de y con derechos, como sujetos políticos y partícipes de su propia realidad.

Abordaje del maltrato infantil:

El abordaje del maltrato infantil ha recorrido diferentes periodos. En 1983 el Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez de la ciudad de Buenos Aires, abre el primer servicio especializado en la temática de maltrato infantil; le siguen el Hospital Elizalde y el Centro de Salud Mental N° 3 Dr. Ameghino, de la misma ciudad.

Respecto el abordaje de la problemática, Casado Flores (1997) identifica:

Desconocimiento: (hasta 1946): El maltrato infantil era desconocido o ignorado como una conducta natural de la familia. Los primeros indicios son las publicaciones de Ambrosio Tardieu en 1860 basadas en sus experiencias que recogen los hallazgos de las autopsias de 32 niños que presentaban golpes y quemaduras. Los profesionales de la salud no consideraban que les concierne el maltrato infantil salvo para la atención de las lesiones. La misión era tratar exclusivamente la enfermedad sin atender los problemas sociales.

Descripción de síndromes sin identificar (1946-1961): Esta etapa representa el comienzo científico en que los profesionales publican artículos sobre diferentes lesiones sin identificar su etiología. El desarrollo de la radiología supone un paso importante. John Caffey, en 1946 describió en 6 pacientes con hematomas subdural un total de 23 fracturas de huesos largos sin que en ningún caso existieran otros problemas de salud que predispusieron a la fractura. En 1955 se insinúa que el origen de algunas lesiones traumáticas en niños puede deberse a la violencia de los padres o cuidadores. Mientras tanto se toman una serie de medidas de protección hacia los niños a partir de la Declaración de los Derechos del Niño.

Identificación (1962 hasta mediados de la década de 1970): En 1962, H. Kempe utiliza el término síndrome del niño apaleado para describir lesiones que presentaban niños que habían sufrido agresiones de tipo físico efectuadas generalmente por sus padres o cuidadores. A partir de este momento se comienzan a publicar numerosos trabajos contribuyendo al conocimiento del abandono y del

maltrato infantil, ampliándose el concepto de los malos tratos físicos hacia otros aspectos: niño zarandeado, maltrato emocional, etc.

Reconocimiento (desde mediados de la década de los 70 y mitad de la década de 1980): Se reconoce la gravedad del problema de maltrato infantil, y se incorpora en la atención al niño el diagnóstico del Síndrome del Niño Maltratado, desarrollándose investigaciones y legislaciones como la Carta Europea de los Derechos de los Niños Hospitalizados.

Prevención: Desde mediados de la década de los '80 al presente se crean diferentes programas dirigidos a las familias, niños en situaciones de abordaje comunitario. Sin embargo, la prevención es posible cuando el problema es reconocido por la sociedad y es allí donde pueden destinarse recursos para su posible resolución.

Luego de este recorrido histórico se puede dilucidar que el maltrato infantil fue haciéndose presente en la esfera de lo público. En nuestra práctica observamos que este tipo de violencia hacia los niños, se produce en todos los estratos sociales, aunque las manifestaciones, la detección y los factores de riesgo sean distintos de unas situaciones a otras.

Esto se debe a que las familias de sectores más vulnerables acuden con periodicidad a las instituciones públicas. A diferencia de las familias de sectores con mayor capital social, cultural y económico que cuentan con mayores recursos que les permiten el acceso a servicios privados, haciendo que muchas veces esta problemática quede invisibilizada. Es decir, aquellas familias que pertenecen a sectores vulnerables son quienes acceden frecuentemente a las intervenciones del Estado a través de sus políticas públicas.

Para dar cuenta de ello, es preciso conceptualizar las políticas públicas. Tomamos los aportes de Oszlak y O'Donnell (2007) quienes las definen como el conjunto de toma de posiciones del Estado frente a una cuestión que reúne atención, interés o movilización de la sociedad. Específicamente la política sanitaria se basa en la prevención de la enfermedad, la promoción de la salud y la reorganización funcional del sector público. El objetivo de esta política es permitir una mayor

accesibilidad al sistema de atención pública y lograr el mejoramiento de la población.

Consideramos importante destacar que hoy en día se ha dado un incremento en el reconocimiento de casos de maltrato infantil en instituciones de salud. Para su abordaje, en ocasiones, los niños son derivados de organismos judiciales, diversos centros educativos y en otros casos, algún miembro de la familia acude en busca de una respuesta médica por la situación que atraviesa el niño.

A raíz de lo mencionado y relación a la problemática que nos compete nos permitimos hacer mención a lo expresado en el Art. 30 de la Ley N° 26.061 de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes, que sostiene:

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.

Es por ello que rescatamos la importancia de considerar a las instituciones de salud como espacios que permiten procesos de deconstrucción y construcción, propicios para comprender situaciones de maltrato infantil en la sociedad. En dichos lugares se exterioriza lo físico como manifestación del maltrato que habilita el abordaje de profesionales que indagan sobre lo internalizado, cuestiones que muchas veces los niños y adolescentes, y las familias no expresan por temor a represalias o porque las encuentran naturalizadas.

“Los niños que ingresan tienen algún daño físico, lo que se busca es develar las situaciones que han producido dicha lesión. Muchas veces, con nuestra intervención nos damos cuenta que no hay maltrato físico, pero si hay vulneración de otros derechos”. (Extracto de cuaderno de campo)

Tomando en consideración que el abordaje de la problemática desde el Comité será desarrollado de manera específica en el próximo capítulo, es preciso señalar que a partir de nuestra observación destacamos que, en el área de salud, los profesionales de enfermería y medicina tienen un papel clave en la detección de situaciones de

agresión en contra de niños y adolescentes. Muchas de las veces son en la consulta médica en donde se visibiliza el maltrato, aunque el personal de salud no siempre se encuentra preparado para detectarlo. Es decir, toman diferentes posturas respecto al abordaje del maltrato infantil, algunas veces naturalizando las situaciones de violencias a los que están expuestos los niños.

A modo de ejemplo, citamos los relatos del personal del área médica:

“Me dijo que fue un accidente y mi residente y yo le creemos...”

(Niña con lesiones en los ojos producidos con desodorante para ambientes)

“No me pareció que era para derivar al comité...”

(Niño con fractura de cráneo)

Reflexionamos que estas diversas posiciones respecto de lo que consideran o no como maltrato infantil, obstaculiza la comunicación institucional con la familia del niño, dado que la intervención del Comité en casos de niños con SMI llega a través de la derivación del área médica.

Comunicarles a las familias que se dará intervención al Comité de S.M.I, muchas veces conlleva a que los adultos lleguen a las entrevistas de una manera más hostil, movilizadas e inquietantes ante la presencia de los profesionales, cuestionando de manera agresiva dicha intervención.

Para ejemplificar, recuperamos fragmentos de cuestionamientos realizados por los adultos:

“¿Para qué me hacen estas preguntas?, ¿Quiénes son ustedes?, la verdad que no entiendo para que me traen acá si yo no hice nada...” (Madre de niña de dos años que ingresa por caída de altura con fractura de cráneo)

“No sé qué más quieren que les diga, le estoy diciendo lo que pasó, no sé para qué me vuelve a preguntar lo mismo...” (Madre de un lactante de un mes de edad, con Síndrome de bebé sacudido)

“¿Por qué me tienen que entrevistar?, no estoy loca, no necesito su ayuda...” (Madre de niño de tres años que ingresa con fractura de brazo)

Es relevante en este punto tomar los aportes de Acevedo y Otros (s.f), citados en Aquin; sosteniendo que los médicos en su formación de grado no tienen una formación específica referida a la problemática del maltrato infantil, por lo que el interés hacia la misma se basa en un interés individual:

En cuanto a la intervención profesional y construcción del diagnóstico los profesionales médicos se remiten a los signos objetivamente observables, tales como el caso de las lesiones físicas, (...) que pueden ser ratificadas o no, por procedimientos o estudios diagnósticos complementarios (...) y a partir de allí puede plantearse la “sospecha” del diagnóstico del maltrato infantil físico o el carácter accidental de la lesión. (2008:217)

Asistir al niño que ha sido víctima de violencia física o psicológica es una de las oportunidades que pone a prueba la preparación profesional y el humanismo del personal tratante.

El médico constituye un elemento más del interdisciplinario, su papel no es el de asignar discernimientos, su contribución ayudará a configurar el cuadro general de maltrato conjuntamente con el resto del equipo en el cual juega un papel clave la intervención de trabajo social ya que será la encargada de llevar el caso a las instancias competentes, los que tendrán por objetivo llegar a un consenso terapéutico. (Galán y Otros: 2000: 70- 75)

Cabe expresar que en el abordaje del maltrato infantil no se trata de buscar y encontrar un culpable, sino de evitar que se sigan vulnerando los derechos de estos niños. Querol expresa “Todos los individuos, sociedades, instituciones y gobiernos, tienen la obligación de hacer cumplir aquellos Derechos de los Niños, reconocidos internacionalmente” (1990:12). Esto nos da pie para poder desarrollar el marco normativo y jurídico respecto a la problemática descrita.

1.4- Marco normativo

Para comprenderlos tomamos los aportes de Fraser (2006), quien define a los marcos normativos como todas aquellas legislaciones, normas, convenciones,

tratados, etc. que, tanto a nivel internacional, nacional, provincial como municipal regulan, estructuran, y/o configuran nuevas formas de concebir e intervenir en el campo de la niñez. A su vez, las legislaciones se presentan como herramientas discursivas que ponen en juego diferentes actores al momento de disputar diversas miradas y puntos de vista sobre la cuestión.

Enfatizamos lo expresado en Piotti que sostiene “a los niños y adolescentes hay que considerarlos como sujetos de derechos...donde se remarca el papel activo de éste para vivir en su familia y comunidad. Estas concepciones son fundamentales para pensar los marcos normativos actuales” (2008: s/n).

A continuación, nombramos aquellas leyes que refieren a la temática:

Convención Internacional sobre los Derechos del Niño (1989):

Surge luego de la Declaración Universal de los Derechos Humanos del año 1948. La Convención se aprueba por la Asamblea General de las Naciones Unidas, reconociendo a los niños y adolescentes como sujetos de derechos siendo significativo en materia de derecho.

Desde esta Convención se despliegan las bases para la configuración de un nuevo paradigma de la niñez referido a la Protección Integral de Derechos. Esto provocó una ruptura con el Paradigma de Control Social, brindando nociones referidas a la concepción de sujetos, elaboración de políticas públicas que aluden a la niñez/adolescencia, y al interés superior del niño; dando lugar a un nuevo enfoque en las prácticas de intervención profesional.

Podemos rescatar el artículo 19, ya que hace referencia directa a la problemática en cuestión:

Los Estados Partes adoptarán todas las medidas legislativas, administrativas, sociales y educativas apropiadas para proteger al niño/a contra toda forma de perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, incluido el abuso sexual, mientras el niño/a se encuentre bajo la custodia de los padres, de un representante legal o de cualquier otra persona que lo tenga a su cargo.

Esas medidas de protección deberían comprender, según corresponda, procedimientos eficaces para el establecimiento de programas sociales con objeto de proporcionar la asistencia necesaria al niño y a quienes cuidan de él, así como para otras formas de prevención y para la identificación, notificación, remisión a una institución, investigación, tratamiento y observación ulterior de los casos antes descriptos, de malos tratos al niño/a y, según corresponda, la intervención judicial.

Ley Nacional 26.061:

En Argentina, la Ley 26.061 de Protección Integral de los Derechos de los Niños, Niñas y Adolescentes; significó un paso importante en la lucha por la afirmación de los derechos de los niños. En 2005, con la derogación de la Ley N° 10.903, la Ley N° 26.061 irrumpe en un escenario político y cultural distinto. Si bien aún mantenían vitalidad muchas instituciones y concepciones tutelaristas, se habían fortalecido los actores institucionales y sociales que bregaban para que el cambio tuviera como destinatarios a todos los niños y adolescentes, eludiendo la mirada acotada que asociaba las reformas solo al escenario de la “minoridad”. Asimismo, además del reconocimiento formal de derechos, se consideró imprescindible que el cambio se enfocara en asegurar instituciones y organismos que pudieran elaborar e implementar políticas transformadoras.

Con esta Ley se crean diferentes organismos de aplicación como son, los consejos federales de niñez, adolescencia y familia; y eventualmente se crean los consejos comunitarios de niñez y adolescencia creada en el ámbito de los centros de participación comunal. En el ámbito administrativo de ejecución de dicha política, se crea a nivel nacional la Secretaría de Niñez, Adolescencia y Familia (SeNAF), que es el órgano máximo de aplicación del sistema. Siendo esta una política desconcentrada, lleva a que cada provincia cuente con su SeNAF correspondiente, Oficinas de Protección de Derechos (OPD) y Equipos Zonales. (Ley 26.061:2005: Art 44)

A nivel de las comunas o descentralización municipal se crean los Servicios de Protección de Derechos (SPD), que atienden de manera directa a la demanda por la vulneración de Derechos de niños y jóvenes, de cada Centro de Participación Comunal (CPC). En el ámbito Jurisdiccional a nivel nacional se encarga la Justicia Federal, mientras que, en las provincias, hay Jueces de Familias.

Las funciones de la SeNAF como el principal órgano encargado de aplicación del Sistema de Protección de Derechos de los Niños/as y Adolescentes, tiene como meta primordial todo lo referido al diseño, elaboración y ejecución; monitoreo, evaluación y control de políticas y programas que promueven el desarrollo integral de la niñez y adolescencia, y la familia; determinando los objetivos y la formulación de las políticas del área de su competencia, implementar políticas y programas integrales con el eje fundamental en la garantía de Derechos, prevención, promoción de la dignidad, la inclusión social, la participación de la comunidad y el desarrollo local y regional. (Ley 26.061:2005)

Ley N° 9.944:

La Ley Provincial 9.944, “Promoción y Protección Integral de los Derechos de las Niñas/os y Adolescentes en la Provincia de Córdoba”, donde refiere que el Sistema de Protección de Derechos se crea a partir de la sanción para garantizar la protección integral, y con el fin de garantizar el ejercicio pleno y efectivo de sus Derechos.

La Ley dispone que SeNAF constituya el órgano administrativo de aplicación de dicha Ley, que, a través de dependencias descentralizadas, Equipos Zonales, distribuidos en el interior de la provincia, impulse la Promoción y Protección de los Derechos del Niño/a con eje territorial. Esta se adhiere a la Ley 26.061 en el año 2011 y deroga la Ley 9.053 de Protección Judicial del Niño/a y el Adolescente.

En relación a la aplicación del Sistema de Protección de Derechos de los Niños, toma tres tipos de medidas, a saber:

Primer Nivel: Se llevan a cabo desde los municipios, los que deberán desarrollar planes y programas de promoción y prevención, las que deberá articular con la SeNAF.

Segundo Nivel: Refieren a la protección, ante una amenaza o violación de los Derechos para preservar o restituir el goce de los Derechos vulnerados o reparar en caso que ya se haya cometido la vulneración, los organismos encargados de aplicación de estas medidas serán la SeNAF, y los equipos zonales. Estas amenazas o violaciones pueden ocasionarse a través de la acción u omisión de responsabilidades de los padres, la familia, representantes legales o responsables de

la propia conducta del niño/a o adolescente o del Estado, de la sociedad y de los particulares.

Tercer Nivel: Son las que tienen que ver con las medidas excepcionales, son aquellas que se adoptan cuando el niño/a tiene que estar privado temporal o permanentemente de su medio familiar.

La Ley establece que la denuncia la puede realizar el niño/a o adolescente, o persona física o jurídica, pública o privada, gubernamental o no-gubernamental que haya por cualquier medio tomado conocimiento de la vulneración de Derechos, así lo establece en su art. 43, y se puede realizar en SeNAF o en cualquiera de sus dependencias, Equipos Zonales, y los Servicios de Promoción y Protección de Derechos o ante cualquier agente público.

Ley N° 9.283 “Violencia familiar” (2006):

Dentro de los marcos normativos jurídicos de los que disponemos a la hora de intervenir en maltrato infantil, desde el Trabajo Social, contamos con la Ley provincial 9.238 de Violencia Familiar, sancionada en el año 2006. Las disposiciones contenidas tienen como objeto la prevención, detección temprana, atención y erradicación de la violencia familiar definiendo tanto el marco preventivo como los procedimientos judiciales para lograr tal cometido.

A los efectos de la aplicación de la Ley, se entiende por Violencia Familiar: “Toda acción, omisión o abuso dirigido a dominar, someter, controlar o agredir la integridad física, psíquica, moral, psico-emocional, sexual y/o la libertad de una persona en el ámbito del grupo familiar, aunque esa actitud no configure delito”

El Art. 4 expone que quedarán comprendidas:

Todas aquellas personas que sufrieran lesiones o malos tratos físicos o psíquicos por parte de algunos de los integrantes del grupo familiar, entendiéndose por tal, el surgido del matrimonio, de uniones de hecho o de relaciones afectivas, sean convivientes o no, persista o haya cesado el vínculo, comprendiendo ascendientes, descendientes y colaterales.

Es importante señalar que este tipo de situaciones violentas dentro del ámbito familiar puede comprender a cualquier miembro de la familia, generalmente son las mujeres quienes son víctimas de parejas abusivas, siendo los niños testigos de este tipo de violencia. Destacamos que por lo general, las situaciones abusivas dentro de la familia y el maltrato infantil coexisten.

Aludimos a las Ordenanzas, como otro de los niveles que debe ser tenido en cuenta para abordar las cuestiones de niñez-adolescencia. A continuación, expondremos aquellos capítulos, artículos e incisos que a nuestro criterio son los más importantes:

Por un lado, la **Ordenanza N° 11618** sancionada en el año 2009 creando el Sistema Municipal de Protección Integral de Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes, adhiriendo a la Ley Nacional 26.061 y a la Ley Provincial 9.944. Por otra parte, la **Ordenanza N° 11817** establecida en el año 2010, a partir de la cual se crea el Consejo Municipal de Niñez y Adolescencia y los Consejos Comunitarios de Niños, Niñas y Adolescentes en cada CPC de la Ciudad de Córdoba. Ambas normativas se complementan sentando las bases del Sistema de Protección Integral de Derechos a nivel local.

Las Ordenanzas N° 11618 y la **N° 11817**, buscan garantizar la protección integral de los Derechos de los niños, niñas y adolescentes de la zona donde viven, realizando diagnósticos de las situaciones de niñez en el sector, proponiendo al Ejecutivo municipal, políticas públicas del área, basadas en las necesidades advertidas en los diagnósticos realizados y del trabajo cotidiano en el terreno. De esta manera los problemas que se presentan no se invisibilizan, sino que se problematizan.

A partir de lo mencionado, observamos cómo las significaciones en torno a la niñez y adolescencia van modificando el marco legal, y muestran no sólo un Estado que se hace cargo de la situación actual, sino también un trasfondo de la movilización de los movimientos sociales para llegar a la agenda pública.

Sostenemos que el principal garante de derechos es el Estado, el cual responde a diferentes problemas que surgen en la sociedad y pasan a formar parte de su agenda, “en un estado democrático, una política de Estado es la dirección que se

impone activamente en la acción estatal como expresión o en nombre de intereses generales” (Grassi, 2003:23).

Enfatizamos en la concepción del niño como sujeto de derechos, afirmando la importancia de la prevención y protección en la vulneración de los derechos de los niños y adolescentes en todos los ámbitos de la vida cotidiana. Las leyes y ordenanzas seleccionados y nombradas buscan el bienestar general de todos los niños, atravesando la vida de todos los sujetos, es decir, no solo de los niños, sino también de las familias, la comunidad y las instituciones que los reciben.

Consideramos necesario y de suma importancia que las leyes existan para resguardar a las personas, y que las mismas se cumplan y se hagan efectivas a cada problemática en particular.

CAPÍTULO 2

ESCENARIO DE INTERVENCIÓN



Para caracterizar nuestro escenario de intervención, es relevante conocer no solo la historia del Hospital, sino también la conformación del Comité y el abordaje de la problemática. Así mismo nos parece relevante hacer hincapié en la función del trabajo social inserto en el mismo, considerando aquellas particularidades que hacen al ejercicio profesional.

Al hablar de escenario de intervención es necesario desarrollar también aquellos actores que lo conforman, por lo que consideramos pertinente exponerlos en este capítulo.

2.1- Hospital de Niños de la Santísima Trinidad: Breve reseña histórica

Para analizar la institución/organización donde desarrollamos nuestra práctica pre-profesional, partimos de la noción de organización, entendida como “unidades socialmente construidas para el logro de fines específicos, atravesadas por interacciones sociales que allí establecen; en donde se construye el orden simbólico. Las organizaciones materializan el orden social, en un tiempo y espacio históricamente determinado.” (Moughty y Flores, 2007:14)

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

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

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

En 1944, el hospital cumplió sus primeros 50 años de existencia. Su crecimiento durante este período fue ininterrumpido, alcanzando luego un prestigio en el ámbito nacional, siendo reconocido como centro de referencia de una amplia zona del país, en particular de las provincias del noroeste y de cuyo, (además del interior de la provincia de Córdoba).

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

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

El 6 de agosto del 2000, se crea el nuevo Hospital de Niños, en la calle Bajada Pucará y esquina Ferroviarios (barrio Crisol) el cual continúa ofreciendo en la actualidad el servicio de salud para niños desde un mes de vida hasta 14 años de edad. Según lo extraído de la página web, la planta física del hospital se encuentra organizada en tres niveles (nivel inferior, nivel medio o planta baja y nivel superior); de modo que la imagen del edificio refleja la función social e institucional que cumple.

2.2- Orígenes del Comité de Maltrato Infantil

Tomando lo relatado por la coordinadora del Comité de S.M.I, un hecho significativo en el Hospital de Niños, es el recordado como “caso Ludmila”, ocurrido en la provincia de Córdoba en septiembre del 2005, más específicamente en el Hospital Italiano; en el cual fallece niña de cuatro meses de vida, producto de haber sufrido maltrato infantil especialmente de una variante que se conoce como “síndrome del niño sacudido” esta situación tuvo una gran difusión en los medios masivos de comunicación haciendo visible y desnaturalizando el maltrato infantil como un asunto privado(doméstico)y justificado como técnica disciplinaria.

Es en este contexto que le director del Hospital de Niños consideró pertinente crear el Comité de maltrato infantil, siendo ésta una estrategia para atender de manera integral esta problemática, apuntando a superar los obstáculos que se tenían

en su abordaje, ya sea por desconocimiento de los profesionales respecto a los síntomas y signo de maltrato; como también así la falta de un espacio que lo aborde específicamente. En principio se convoca a profesionales de diversas disciplinas para organizar y ejecutar las tareas en el comité. En sus inicios contaba con un médico legista y pediatra, más tarde se le sumaron otras disciplinas como trabajo social, psicología, enfermería, medicina clínica y especialista en diagnóstico por imagen.

Desde el 2005, los profesionales comenzaron a proyectar un programa, el cual logró concretarse en el año 2008 como “Programa Provincial de Prevención y Asistencia al Maltrato Infanto- Juvenil”, que tiene como objetivos:

- Conocer la magnitud y las características de la patología en el ámbito de salud.
- Articular los diferentes efectores de salud de la provincia, en una red de asistencia a fin de unificar criterios de abordaje, y prevenir la superposición o déficit de intervenciones.
- Asesorar y capacitar a los equipos de los diferentes niveles de salud en el abordaje de la problemática, teniendo en cuenta las posibilidades de resolución de cada nivel.
- Garantizar en todos los departamentos de la provincia la existencia de equipos de salud capacitados para la atención del maltrato infantil.

Actualmente el equipo está conformado por:

- Licenciada en Trabajo Social (1) coordinadora del Comité. La misma despliega estrategias de intervención como prevención, promoción y asistencia
- Médico pediatra (1) realiza el diagnóstico médico de sospecha de SMI a partir de la implementación de un protocolo específico de estudios.
- Licenciada en psicología (2) realizan entrevistas detectando indicadores psicológicos tanto en los padres como en los niños mediante pruebas proyectivas. En el caso de los niños, la entrevista la hacen mediante gráficos y dibujos.

2.2.1- Maltrato infantil y su abordaje desde el Comité

Como ya mencionamos en el capítulo anterior, el maltrato infantil es una cuestión de salud pública y las instituciones de salud son de suma importancia para la detección y abordaje de la problemática.

En el proceso de inserción en el espacio institucional observamos que para iniciar la intervención se parte del conocimiento o detección de la situación de un niño con presunción de maltrato a través de una demanda directa, la cual se origina cuando los miembros del grupo familiar o unidad doméstica solicitan intervención del trabajo social, dando a conocer situaciones de vulnerabilidad a la que está expuesto el niño en su grupo de convivencia; o partir de una demanda indirecta la cual se da cuando es solicitado por otros agentes interesados en que se atienda la problemática (profesionales de salud, docentes, juzgado, vecinos, etc.).

Una vez recibida la demanda, el equipo del Comité realiza un abordaje, el cual cuenta con las siguientes actitudes según las Pautas de tratamiento y diagnóstico: (Zamarbide y Otros, 2016)

Diagnóstico Médico:

- Anamnesis: constituye el elemento sustancial de la biografía del paciente. En base a ella los profesionales médicos construyen los indicadores considerados de riesgo.
- Examen Físico: el estado físico del niño se realiza, describe, verifica y valora a partir de diversos estudios.
- Métodos complementarios obligatorios: complementando la etapa anterior y en caso de sospecha de un tipo de maltrato específico, se realizan estudios y/o exámenes particulares a cada caso.
- Diagnósticos Diferenciales: sobre la base de la actuación médica descrita, el profesional deberá extender por escrito un informe de forma preliminar o definitiva sobre la existencia o no de signos de maltrato.

Diagnostico Social:

- Primera aproximación diagnóstica o Diagnóstico preliminar: busca conocer la familia del niño en relación a las categorías de composición, dinámica, género, generación y parentesco; ocupación, trayectoria y su relación con el contexto social más próximo, además de reconstruir el proceso de vulnerabilidad en la historia de vida del niño.
- Segundo momento de intervención: se busca profundizar en las condiciones socio- familiares que intervinieron en la producción del maltrato. Identificar los factores protectores en el niño y su contexto familiar. Identificar y articular con las redes sociales y familiares. Analizar e identificar los indicadores sociales compatibles con S.M.I.
- Tercer momento de la intervención: Analizar interdisciplinariamente la presunción de S.M.I. Validar el diagnóstico y realizar devolución a los padres/adultos responsables del niño. Seleccionar la estrategia de intervención. Elaborar los informes y adjuntar el informe interdisciplinario en la historia clínica del niño.

Diagnóstico Psicológico:

A través del estudio psicodiagnóstico hacia los padres/ adultos responsables, y hacia los niños; se busca indicadores de S.M.I, de acuerdo a la edad del niño. Se evalúa el nivel de riesgo de acuerdo a la persistencia y/o la intensidad y/o la combinación de las acciones que se constituyen en indicadores.

Así mismo, existen acciones que son comunes para todas las disciplinas según Fontaine y Zamarbide (2004):

- La mayoría de los niños se internaron.
- Valorar el riesgo real y potencial, personal y familiar (posibilidad de recurrencia con episodios más severos). Evaluar la gravedad del daño físico y psíquico, en cuanto a tipo de lesiones e intensidad, modalidades, mecanismo de maltrato, características personales del niño y su familia.
- Toda intervención inicial no será distinta a la de cualquier paciente, sin embargo, se deberá tener especial cuidado de no alertar al entorno sobre la sospecha de maltrato. Si esto fuera evidente; el mensaje debe tener firmeza

y respeto, intentando demostrar interés por ayudar al paciente y no centrando la atención en la búsqueda de un culpable.

- Todo relato de los padres sobre el mecanismo de lesión debe ser registrado literalmente y entre comillas. El niño no debe ser sometido a interrogatorios victimizantes, debe sentirse seguro y no debe ser discriminado ni positiva ni negativamente durante la internación. Solamente interrogará al equipo interviniente.
- La denuncia está prevista como obligatoria para los profesionales en la Ley, pudiendo hacerla cualquier profesional del equipo interviniente. Debe ser inmediata cuando se estime necesario para la rápida protección del paciente o hermanos. No se hará denuncia cuando se descarten las circunstancias previstas en la Ley y se hayan cumplido los estudios según la pauta.
- Los informes deben ser interdisciplinarios, conteniendo conclusiones conjuntas. Las conclusiones de cada intervención deberán contener opiniones sobre impresión diagnóstica fundamentada, riesgo estimado de recurrencia, motivo por el cual se denuncia y recomendaciones para el seguimiento y resolución inmediata y mediata del caso.
- Al momento de la notificación escrita al organismo pertinente, el equipo interviniente les deberá comunicar a los padres, tutores o guardadores, el motivo por el que se tomó tal decisión, priorizando los mensajes de necesidad de protección y de obligación legal.
- El tiempo de hospitalización será el mínimo necesario, pero suficiente para concluir con los estudios según pautas.
- El criterio de alta se dará a partir de las pautas de diagnóstico cumplidas por cada área interviniente, incluyendo informes respectivos; para externar al paciente es necesario oficio del organismo pertinente, si no se efectuó denuncia debe existir acuerdo del Comité de Maltrato Infantil.

Además, cada profesional realiza su abordaje particularmente sobre la situación centrándose en los aspectos claves de cada profesión para poder realizar el diagnóstico y así esclarecer la sospecha de maltrato.

En el abordaje de un posible caso de maltrato, observamos que el Comité cumple con todos los puntos nombrados anteriormente, aunque señalamos que algunas veces los tiempos de intervención médica no se condicen con los tiempos requeridos por el Comité, ya que el alta médica del niño se da solo si la intervención del equipo de S.M.I concluyó con el diagnóstico y la medida tomada por SeNAF. De esta manera vemos como los puntos expuestos en las pautas se reflejan en el actuar de cada equipo interviniente, aunque con tiempos de abordajes diferentes.

En caso de confirmar la sospecha, y como así lo expresan las leyes vigentes; existe la obligación por parte del Comité de comunicar la situación a organismos competentes, Juzgado de Familiar y de género, Juzgado de niñez y adolescencia, Fiscalía, SeNAF. En el caso de las localidades del interior, son derivadas a los equipos zonales y/o Fiscalía correspondiente.

El equipo del Comité de SMI, trabaja de manera interdisciplinaria en la elaboración del diagnóstico, análisis y evaluación de las situaciones de niños expuestos a violencia familiar, como así también en la realización del informe, cuya estructura permite que cada área brinde su aporte respecto al análisis realizado efectuando una intervención integral que eviten situaciones que vulneren los derechos del niño.

Enfatizamos en el trabajo interdisciplinario ya que “la complejidad de los nuevos problemas sociales hace que ninguna profesión en particular sea capaz de dar respuesta global a los mismos” (Amelotti y Ventura, 2012:13).

Sugiero para el caso del dñx médico y psicológico hacer una reelaboración grupal de los procedimientos; evitando tanto detalle y procedimientos que no aportan específicamente a la reconstrucción de la experiencia....

2.2.2-Intervención del trabajo social

Comenzaremos desarrollando la función del trabajo social inserto en el Comité de S.M.I, por lo cual tomamos lo plasmado en la Guía de Pautas de Diagnóstico y Tratamiento del Hospital:

La intervención del área de Trabajo Social desde el encuadre de trabajo institucional, es lograr el conocimiento de las causas que produjeron la situación de violencia infantil, a fin de revertir las mismas y que el niño no sufra daños más severos. (Zamarbide y Otros, 2016:564)

Considerando las acciones descritas en las pautas nombradas respecto del diagnóstico social, podemos especificar algunas de las tareas de la trabajadora social, coordinadora del Comité.

La licenciada realiza entrevistas, registros, construye las redes (reconstruyendo la historia respecto a la vulneración que pueda haber sufrido ese niño y familia), analiza los discursos de los actores, busca indicadores de S.M.I, riesgo y factores compensatorios o de protección, realiza diagnóstico e informes sociales; capacita a los equipos de los diferentes niveles de salud en el abordaje de la problemática, para sensibilizar en relación al maltrato como problema de salud pública, a fin de que logren concebir el daño, evaluar el riesgo y mitigar el impacto en la salud del niño, en la familia y en la sociedad, garantiza en todos los departamentos de la provincia la existencia de equipos de salud capacitados para la atención del maltrato infantil.

Además, trabaja en la actualización de las pautas hospitalarias, el registro estadístico y la lectura de bibliografía en relación al maltrato infantil. Así mismo brinda capacitación a recursos humanos y participa en diversos eventos científicos referidos a la problemática, entre otras actividades.

En este punto es preciso hacer mención a algunos artículos del Código de Ética de Trabajo Social (2008) respecto los deberes del profesional. Rescatamos que en la intervención, el trabajador social debe elegir los métodos, estrategias y técnicas necesarias para el abordaje de la problemática que lo requiera; debe fortalecer el trabajo interdisciplinario con la finalidad de un abordaje integral. Teniendo en consideración que las decisiones tomadas afectaran a las personas; el profesional debe actuar con responsabilidad. (Art N° 7, 10,11 y 12)

De esta manera, entendemos a la ética como la “crítica a la moral, crítica a los usos y costumbres establecidos y a los cambios que ocurren en los mismos. Es decir, a partir de la moral puede surgir la ética, cuando nuestra moral deja mucho que desear, no encaja, es disonante” (Heler, 2005:3).

Del ejercicio profesional señalamos que gran parte del trabajo consiste en tomar decisiones sobre la actuación de situaciones particulares. La ética en el trabajo social es un desafío que implica repensar el lugar de la profesión, los valores, normas que inciden en la misma y los contextos que atraviesan.

Hay que resaltar que, en la cotidianidad del profesional, los dilemas y problemas éticos aparecen constantemente, en otras palabras:

Los problemas éticos surgen cuando el trabajador social ve que la situación implica una decisión moral difícil, mientras que los dilemas éticos se producen cuando el profesional afronta una elección entre dos alternativas inadecuadas que pueden implicar un conflicto de principios morales y no está claro qué elección será la correcta. (Banks, 1997: 26)

Las normas éticas desempeñan un papel importante ya que sirven como marco de referencia en el sentir y en el actuar de los profesionales del trabajo social. Heler plantea que “la reflexión ética se constituye en una herramienta, permitiendo que nuestras decisiones y desempeño profesional se guíen por el ideal de respeto y reconocimiento promoviendo la autonomía a todos” (2001:29).

Se puede decir que la reflexión ética contribuye a la toma de decisiones responsables. Ser responsable significa ser capaz de dar respuesta a la pregunta acerca del porqué de nuestras decisiones y acciones, como así también hacernos cargo de sus consecuencias. Como profesionales intervenimos cotidianamente en el marco de instituciones y en donde debemos abordar al sujeto de manera integral y no fragmentada.

Resaltamos que el trabajo social no posee los medios (técnicos y financieros) necesarios para el ejercicio profesional autónomo, debido a esto tenemos una autonomía relativa. Es decir, “el poseer cierta autonomía depende en gran medida de la correlación de fuerzas que se den al interior de la institución y de la relación que ésta tenga con la coyuntura macro social” (Iamamoto, 2003: 81).

Podemos expresar entonces, que el trabajo social cumple un papel importante, desplegando estrategias que hacen visible aquellas situaciones que vulneren los derechos de los niños. En el Comité, la trabajadora social aborda los obstáculos que presentan los niños y las familias, tanto en sus necesidades objetivas como simbólicas, y es ella la que debe reconstruir esa trayectoria de vida para que pueda darse una respuesta a los derechos vulnerados del niño.

Otro aspecto importante a tener en cuenta en el abordaje de la problemática y respecto de la dinámica institucional, son los actores que en él participan.

2.3- Actores internos y externos a la institución

Para definir a los actores tomamos los aportes de Rodríguez y Taborda (2015), quienes conciben al actor como aquel sujeto colectivo que articula y representa demanda e intereses. Es un interlocutor que formula y argumenta propuestas, construye ámbitos de diálogo y negociación; es un sujeto individual- particular con identidad, un ser social con identidad colectiva.

Como ya mencionamos anteriormente, el Comité es un espacio interdisciplinario, el equipo es un actor fundamental de la institución en el abordaje del maltrato infantil. En el proceso de inserción en el espacio institucional reconocimos los siguientes actores:

Actores internos:

En primer lugar, nombraremos los actores internos del Hospital de Niños, es decir quienes tienen relación con el Comité para abordar las situaciones familiares en relación al maltrato. Los servicios que articulan acciones con el Comité de maltrato son:

Área de pediatría: Receptan a niños que presentan indicadores de maltrato y en esos casos hacen la derivación formal y escrita al Comité. Por lo tanto, los médicos son uno de los principales actores en la detección de posibles situaciones de violencia. A modo de ejemplo, citamos algunas expresiones que ilustran lo que los profesionales informaron en casos particulares al Comité.

“Tiene hematomas y las respuestas de sus progenitores son ilógicas, es decir, el relato es inverosímil y no se corresponde con las lesiones observadas...”

(Fragmento extraído del cuaderno de campo)

“Tiene quemaduras en los brazos, la madre relata que metió las manos en una sustancia química, lo raro es que en las manos no tiene lesiones...”

(Fragmento extraído del cuaderno de campo)

Área de salud mental: realizan psicodiagnósticos tanto a los familiares como al niño. Si bien el Comité cuenta con Psicólogas encargadas del psicodiagnóstico, realiza interconsultas Específicamente con el área de psicomotricidad con dicha área, para lograr un adecuado diagnóstico. Ya que no solo es importante tener en cuenta indicadores físicos y sociales, sino también psicológicos.

Servicio social: a pesar de atender demandas de maltrato infantil, no interactúa conjuntamente con el Comité, ya que existen diferencias de criterios entre ambos:

“No coordinamos con el Comité porque tenemos diferente visión en cuanto a lo que es la violencia familiar y lo que es el maltrato infantil...” (E1, 2018)

“Ya llegamos a un acuerdo que, si ellos intervienen, nosotros no intervenimos y si nosotros intervenimos ellos no intervienen, para evitar superposición de intervenciones profesionales e iatrogenia institucional...” (E1, 2018)

La única relación establecida refiere a la designación de casos que abordará el área o el Comité, la misma se da mediante la comunicación y la negociación, interviniendo el Comité de S.M.I mayoritariamente en los casos de maltrato infantil.

Área de diagnóstico por imagen: permite constatar lesiones, es decir, el comité coordina con el área a fin de realizar los estudios complementarios que permitan identificar maltrato físico.

Infectología: intervienen en casos específicos de patologías infecciosas. Por ejemplo, en infecciones de transmisión sexual se interactúa para poder establecer posibles casos de abuso sexual.

Psiquiatría: se articula con esta área en relación a situaciones particulares que presentan los niños/as y adolescentes.

Como podemos observar, destacamos aquellos actores que dentro de la institución contribuyen a la detección y tratamiento de S.M.I, trabajando conjuntamente, desde un abordaje integral en la problemática.

Actores externos:

Aquí referenciamos aquellos actores que se encuentran por fuera del Hospital de Niños, pero que articulan con el Comité:

SeNAF: encargada de desarrollar las políticas públicas que promuevan y den cumplimiento a los Derechos de los Niños. Cuenta con una línea telefónica que funciona como call center (*línea 102*), de manera gratuita las 24hs y los 365 días del año. Pudiéndose realizar llamadas y demandas de manera anónima ante la sospecha de vulneración de derechos de los/as Niñas/os y Adolescentes.

La relación con el Comité es cotidiana, se trabaja continuamente en el envío de informes, consultas telefónicas, además se solicitan medidas excepcionales, seguimientos de las situaciones trabajadas y se definen qué acciones se llevarán a cabo.

Además, SeNAF cuenta con organizaciones comunitarias y programas como:

Articulación y Gestión Territorial: Recibe demandas que se receptan a través de diferentes programas y áreas de la misma institución, como así también de otras instituciones a fin de realizar articulaciones con las mismas. Las demandas pueden realizarse por la persona víctima de violencia, desde su núcleo familiar, de la comunidad, o por vía telefónica a través de la línea 102.

“Se trabaja junto a organizaciones comunitarias en la construcción de redes institucionales y sociales, buscando promover y afianzar ámbitos propicios y saludables para la protección de los derechos de las niños y jóvenes que atraviesan situaciones críticas a nivel familiar, social, jurídico o económico, como así también promover y fortalecer la permanencia en su ámbito familiar y comunitario en pos de restituir aquellos derechos vulnerados. Se realizan

acompañamientos a las familias de niños que se encuentran bajo medidas de protección de derechos, de manera integral". (E2, 2018)

Programa de Fortalecimiento Familiar: Acciones de promoción de derechos, como así también acciones destinadas a la prevención de la vulneración de dichos derechos. Fortalecer, apoyar, sostener y consolidar el rol de la familia.

“Promover espacios sociales de participación para los niños, sus familias y otros actores sociales de la comunidad. No se focaliza en el maltrato infantil en sí, sino en resolver posibles obstáculos en la reproducción de las familias a través de la re vinculación” (E2, 2018)

Durante la práctica pudimos visualizar, que al dar intervención a SeNAF los tiempos de búsqueda de respuestas a la no se realizan en el menor tiempo posible, lo que lleva a que se extienda el tiempo de internación de los niños, poniendo en riesgo su salud ya que están en contacto directo con diversas enfermedades. Esta situación genera malestar y tensión entre los diferentes profesionales y las familias.

Unidad Judicial de Violencia Familiar: Se encuentra en el Polo Integral de la Mujer, está destinado a receptor denuncias de toda la Provincia de Córdoba, donde se evalúa cada situación, para luego informarlas y enviarlas al Juzgado de Violencia Familiar. Desde el Comité se informan aquellas situaciones de niños lesionados de gravedad, a fin de tomar medidas de índole penal.

Unidad de Delitos contra la Integridad Sexual: Según lo expuesto por la página web del Portal de Noticias del Gobierno de la Provincia de Córdoba, la fiscalía interviene en forma exclusiva en los delitos contra la integridad sexual. Las víctimas de dichos ilícitos son mayoritariamente mujeres. El comité deriva todas las situaciones de los niños, niñas y adolescentes con sospechas de abuso sexual infantil (ASI).

Polo Integral de la Mujer: Institución que recibe a la mujer en situación de violencia y, en caso de corresponder, la acompaña y traslada a la Unidad Judicial para realizar la denuncia. En Córdoba Capital cualquier persona puede asistir al Polo, ya sea por derivación judicial o por sus propios medios. Un equipo interdisciplinario (integrado por Psicólogos, Trabajadores Sociales y Abogados) evalúa qué tipo de ayuda y asistencia se precisa para cada caso específico.

Destacamos aquellas instituciones que trabajan conjuntamente con el Comité en el abordaje de las diversas modalidades de maltrato infantil, interviniendo el área que corresponda según las responsabilidades previstas en las normativas vigentes.

Otros actores externos a la institución, son aquellos que aportan información que permiten conocer la historia vital de los niños y de sus respectivas familias aportando a la reconstrucción de la historia de vulnerabilidad del niño que presenta SMI. Estos datos se adquieren a través de los llamados telefónicos y del intercambio de información vía fax y/o email.

Éstos son:

- Instituciones educativas (municipales y provinciales)
- Centro de salud (dispensarios)
- Comisarías e Instituciones Penitenciarias (Bower)
- Salas Cunas
- Hospitales: (Neuropsiquiátrico, Maternidad Neonatal, Pediátrico, Infantil, Misericordia y Maternidad Provincial, entre otros).

Trabajar en red permite intercambiar experiencias, conocimientos y aunar esfuerzo para dar respuesta a la compleja problemática que nos ocupa. Es necesario que nuestra intervención, más allá del recurso de la derivación, promueva la articulación y el trabajo conjunto con las instituciones intervinientes. De los encuentros con la coordinadora del Comité, recuperamos el siguiente fragmento:

“Cuando no logramos garantizar el funcionamiento de la red interinstitucional, existe la posibilidad de que el sujeto que es derivado de una institución a otra quede en el camino. Cabe aquí una consideración del concepto de derivación ya que derivar no es quitarse un problema de encima, sino que se trata de generar una nueva instancia en la cual el sujeto reciba la atención adecuada para satisfacer sus necesidades. Esto no implica que nos desentendamos de la situación, sino que verificamos que la persona derivada recibió el servicio gestionado y se encuentra atendida en la institución receptora...” (Fragmento extraído del cuaderno de campo)

En el desarrollo de nuestra práctica pudimos observar que entre los diferentes actores externos al Comité pueden presentarse diversas disputas, ya sea a la hora de brindar información, como así también con los organismos intervinientes en la situación del niño. Algunas de las expresiones rescatadas desde nuestro cuaderno de campo son:

“Todavía no nos han derivado el informe desde Senaf, por lo tanto, todavía no sabemos si el caso corresponde a este equipo o no...” (Comunicación a equipo zonal respecto de intervención de un caso)

“Nosotros no podemos brindar información sobre algún paciente, el protocolo a seguir es enviar una nota...ese proceso puede tardar una semana...” (Comunicación con centro de salud)

“El niño ya está para dar de alta, pero falta la medida de Senaf...” (Expresión de la Trabajadora Social)

Poder reconocer los diferentes actores en la dinámica institucional del Comité nos permitió poder comprender la necesidad del abordaje interdisciplinario de la problemática del maltrato infantil. Dentro de una institución donde participan diversas disciplinas, es de suma importancia la articulación, cada una en su especificidad, para poder llegar a diagnósticos certeros y así poder dar intervención a los organismos que corresponda, evitando así que se sigan vulnerando los derechos de los niños con sospechas de SMI.

El tiempo de internación del niño tiene un lapso máximo de 10 días, tiempo en donde se elabora el diagnóstico por SMI. Como hemos mencionado anteriormente, a veces los tiempos institucionales no se concuerdan, por lo que sostenemos la necesidad de un abordaje integral y de carácter urgente en la problemática.

Hablar del abordaje del maltrato infantil desde un enfoque global, donde no solo se articulen diferentes disciplinas sino también diversas instituciones, y teniendo en cuenta también el contexto; es que nos permitimos hablar de **Intersectorialidad, Inter jurisdicción e Interdisciplina**, entendemos la primera en términos de Cunill Grau quien expresa que la intersectorialidad “remite, en principio, a la integración de diversos sectores con vistas a la solución de problemas sociales” (2005:1). Es decir, al abordaje de la problemática de manera conjunta con

otras instituciones del mismo sector de residencia del niño; dando lugar a los acuerdos intersectoriales e interinstitucionales permitiendo superar los criterios individuales en materia de políticas de niñez y modificar las representaciones que existen del Estado en relación a su baja capacidad de articular y de responder a las expectativas. (Ministerio de Desarrollo Social: 2011)

A modo de ejemplo de cómo articula el Comité de manera intersectorial, tomamos algunos fragmentos de entrevistas realizadas:

“Con los SPD el Comité articula en la derivación de casos de menor complejidad, donde se vulneran derechos de primer nivel como vulneración de derecho a la identidad, a la salud, entre otros...”. (Trabajadora Social del Comité)

“Nosotras articulamos mayormente con Servicio Social, por ejemplo, cuando en el hospital de niños ven que son cuestiones en donde se pueda trabajar con las familias, que hay una vulneración de derecho, pero no específicamente maltrato...en ese caso nos lo derivan a nosotros...”. (E3, 2018)

“Me pasó con un caso que la trabajadora social del Comité, me derivó a Warma Wasi, porque no habían podido detectar nada, la chica estaba muy cerrada, hasta que empezamos a trabajar con ella...”. (E3, 2018)

“En el caso del hospital de niños la derivación de los casos se hace a través de informes sociales del área interviniente”. (E3, 2018)

Observamos que existe una vinculación recíproca y una interacción permanente entre el Comité y estos actores del contexto mediato, dado que solicitan, acompañan y participan de los procesos de intervención ante situaciones de vulneración de derechos de niños y adolescentes. Destacamos la participación de las escuelas e instituciones de salud, quienes además de poner en conocimiento sobre situaciones de vulneración de derechos, acompañan en los seguimientos de los casos, ya sea consultando, o aportando información, entre otros.

Así mismo, es conveniente dar cuenta que existen dificultades u obstáculos a la hora de articular con los diversos sectores:

“Tenemos muchas demandas y pocos recursos para actuar (...). Hay veces que las instituciones no te ayudan, pero porque tampoco tienen recursos o

simplemente no están comprometidos (...) como que cada uno se aboca a su competencia (...) Lo que más cuesta es la intersectorialidad”. (Fragmentos extraídos del cuaderno de campo)

Una noción vinculada a la intersectorialidad es la interdisciplina. Citando a Follari (2007) entendemos la misma como un proceso a partir del cual se da la interacción e integración de dos o más disciplinas en el abordaje de las situaciones problemáticas, conllevando una intercomunicación y enriquecimiento recíproco entre las diversas disciplinas.

Pensando que la protección de los derechos a la niñez y adolescencia requiere necesariamente de una mirada crítico- reflexiva, de intervenciones fundadas teórica y metodológicamente, la inclusión de diversas miradas/perspectivas teórico-ideológicas sobre una misma; permiten abordar la complejidad de las problemáticas sociales, específicamente aquellas que refieren a cuestiones de niñez y adolescencia.

Al respecto, Tenti Fanfani (1994) citado en Cazzaniga (2001) plantea que la complejidad de los nuevos problemas sociales hace que ninguna profesión en particular sea capaz de dar respuesta global a los mismos.

Finalmente, entendemos la **Inter jurisdiccionalidad** como la vinculación que se establece entre los diferentes niveles de gobierno, es decir, entre la Nación, las provincias y los municipios en el marco de un sistema federal. Los modelos de política pública en cada instancia pueden ser diferentes, con reglas o instituciones que fijan modelos de intervención distintos, donde los actores se constituyen con diferentes capacidades y con distintas estrategias. (Stuchlik, 2005)

Remarcamos la necesidad del abordaje interdisciplinario, intersectorial e interjurisdiccional del maltrato infantil, siendo esta una problemática compleja en todas sus dimensiones.

CAPÍTULO 3:
SUJETOS, OBJETO Y
ESTRATEGIA DE
INTERVENCIÓN



La especificidad profesional es una construcción histórico- social que se estructura en un proceso a través del cual se delimita un ámbito de relaciones sociales, el cual está constituido por sujetos sociales que tienen un lugar que definen su participación en el problema social que originan la demanda de una práctica profesional. Los elementos constitutivos de la especificidad profesional son: los sujetos sociales, el objeto de intervención y el marco de referencia. (Custo y Fonseca, en Crosseto y Otros 2018)

A continuación, haremos referencia a nuestros sujetos, objeto y estrategia de intervención.

3.1- Los sujetos de nuestra intervención

Consideramos que los sujetos sociales son personas, con trayectorias de vida, atravesadas por condiciones objetivas y estructuras subjetivas. Son sujetos discursivos, con potencialidades, derechos, intereses y deseos; pero también con dificultades y/o obstáculos para la reproducción cotidiana de su existencia. (Custo y Otros, 2016)

Tomando los aportes de Aquin (1995) podemos decir que, en los procesos de reproducción cotidiana de la existencia, el trabajo social interviene cuando se presentan obstáculos a dicha reproducción, y son socialmente reconocidos como tales, estableciendo vinculación entre las necesidades, carencias y los satisfactores involucrados en la intervención.

De esta manera definimos como sujetos de nuestra intervención a los niños que se encuentran internados en el Hospital de Niños Santísima Trinidad y las familias que acompañan en la sala. Si bien el Comité tiene una mirada específicamente en el niño como prioridad, desde el área del trabajo social se amplía la mirada hacia las familias.

Nos posicionamos desde Aquin y Gattino, quienes sostienen:

Ese sujeto que históricamente se identificó como expulsado de los recursos y la producción de la existencia social, hoy asume características, identidades y comportamientos sociales muy diferentes, puesto que lo que ha cambiado es la estructura social externa que ha

configurado campo de posiciones sociales y relaciones entre ellas sumamente diferentes. (1999:8)

Es fundamental poder mirar la trayectoria de los sujetos y de esta manera poder dar cuenta del habitus, (entendido como forma de actuar, pensar y sentir de las personas en relación a la posición social que ocupan) que han ido conformando en su historia de vida; cuál es su procedencia y cómo han llegado a la institución. (Piotti, 2008)

Siguiendo con la autora, pensamos a la niñez y adolescencia como construcciones sociales, culturales y políticas que se han configurado de determinada manera en los diferentes momentos históricos de nuestro país, dando lugar a diversos paradigmas, desde los cuales es posible pensar las cuestiones que remiten a la niñez-adolescencia. (Piotti, 2011)

Jelin (2005), por su parte expresa que los niños y adolescentes ocupan diferentes posiciones en el espacio social familiar y en el espacio poblacional, en relación a patrones como el género, generación y parentesco; y a la apropiación de distintos capitales tales como el económico, cultural, social y simbólico. Desde estas posiciones, se construyen relaciones sociales que muchas veces dejan entrever asimetrías y situaciones de abuso de poder que vulneran los derechos de estos sujetos.

En relación a estos sujetos con los cuales trabajamos, podemos mencionar que los mismos se encuentran atravesados por relaciones de poder impregnadas por miradas adultocéntricas, Esto propicia situaciones de abuso de poder manifestadas por ejemplo en forma de maltrato en sus diversas modalidades, abuso sexual, físico, abandono, negligencia, entre otros.

De las entrevistas realizadas en el Comité, podemos decir que el rango etario de niños intervenidos fue variable, comprendiendo desde el mes de vida hasta los 13 años, abordando en mayor cantidad a niños de hasta 5 años de edad. Destacamos que en su mayoría los niños contaban con los controles de salud y la escolaridad correspondientes a su edad. Agregamos que la mayoría de sus progenitores referían ser niños deseados Así mismo, señalamos que en la crianza de los hijos, los padres refieren a acudir al apoyo de los abuelos.

Para referirnos las familias de los niños, apelamos a aquellas teorías sociales que conciben a las mismas como:

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

Es relevante destacar que la estructura familiar se ha ido modificando a lo largo del tiempo. La concepción tradicional de lo que generalmente se consideraba familia ha ido cambiando de acuerdo a su composición, los roles de sus miembros, tipo de vínculos, entre otros; haciendo de esta manera, que hoy en día no se pueda concebir a un solo modelo de familia. Por ello recuperamos los aportes de González, Nucci y Otros (1999) quienes detallan algunas categorías de familia/hogares según su composición:

Familias- Unidades domésticas Nucleares: Familias solamente conformadas por dos generaciones (corresponde al modelo tradicional de familia, compuesto por padre, madre e hijos solteros).

Familias- Unidades domésticas Uniparentales o Monoparentales: compuesto por uno solo de los progenitores y sus hijos solteros; que en más del 95% son la madre y sus hijos denominándose matrifocales.

Familias- Unidades domésticas Reconstituidas o Ensambladas: Existen diferentes combinaciones de varones y mujeres que viven con hijos de parejas anteriores, estas familias puede haber hijos de uniones anteriores de una de la pareja o de ambos, agregándole a veces hijos tenidos en común.

Familias- Unidades domésticas Extensas: Nuclear más otro pariente relacionados entre sí por vínculos de parentesco directos o indirectos, como, por ejemplo: padres, abuelos y nietos viviendo bajo un mismo techo.

Hogares Unipersonales: Conformados por un solo miembro. Muchos de ellos corresponden a mujeres mayores de 60, 65 años que han quedado viudas o están separadas, o nunca formaron pareja.

A través de nuestras prácticas pudimos observar que las familias y los niños que llegan al Comité de S.M.I provienen de diferentes barrios de la ciudad, como así también del interior de la provincia, lo que nos permitió reconocer que ninguna de estas organizaciones familiares es idéntica a otra, cada una tiene rasgos característicos propios que las hace únicas, por lo que es necesario mirarlas como organizaciones complejas, a lo que según Morín expresa, “hay complejidad donde quiera que se produzca un enmarañamiento de acciones, interacciones, de retroacciones” (1994:421).

Señalamos que los tipos de organización familiar que se intervinieron en el Comité son diversos, primando las familias extensas, es decir, los niños viven con sus padres, hermanos y alguno de sus abuelos. Aunque también, pero en menor cantidad, visualizamos familias monoparentales, donde el niño vive solamente con la madre, y el padre lo visita esporádicamente; y familias nucleares, constituidas por padre, madre, niño y hermanos.

De las familias expresamos que algunas no cuentan con vivienda propia, por lo que viven con otro familiar o en alquiler. Así mismo, hay familias que construyeron sus viviendas en los terrenos de los padres o suegros o realizaron subdivisiones.

Respecto de las organizaciones familiares que cuentan con hombres jefes de familias, señalamos que la mayoría no cuenta con trabajo estable y continuo, ya que manifiestan vivir de trabajos ocasionales o albañilería. Mientras que las mujeres en pareja refieren ser ama de casa. En los casos donde la mujer es jefa de hogar, la mayoría refiere tener como ingreso la Asignación Universal por Hijo (AUH) o la venta ambulante.

Remarcamos que gran parte de los padres entrevistados no superaban los 30 años de edad, y en su mayoría manifestaban tener nivel de escolaridad secundario incompleto. Añadimos que mayoritariamente refieren tomar alcohol ocasionalmente, fumar cigarrillos, y haber consumido en el pasado, algún tipo de sustancias (principalmente marihuana o cocaína). Además, expresan tener antecedentes penales

(primando por violencia de género y robo), haber realizado tratamiento psicológico y tener trayectoria de violencia, (ya sea con la pareja o por sus progenitores).

Conocer las características particulares de cada familia, nos permite discernir aquellas actitudes que se constituyen en factores de riesgo para los niños. Tomamos las Pautas de Diagnóstico y Tratamiento del Hospital (2016), que define como riesgo:

- Naturalización de las relaciones violentas.
- Antecedentes de maltrato o severa negligencia en la infancia.
- Violencia familiar en sus familias de origen.
- Violencia conyugal.
- Inversión de roles.
- Retraso intelectual severo.
- Antecedentes penales.
- Adicción a sustancias tóxicas.
- Desconocimiento de las características evolutivas del niño y falta de cuidados.
- Parejas jóvenes con signos de inmadurez.
- Intentos de interrupción del embarazo.
- Progenitores que se ausenten en reiteradas ocasiones durante la internación.
- Los progenitores se niegan a internar al niño.

Destacamos que son las familias quienes en primera instancia deben encargarse de la resolución de los obstáculos, pero también de las estrategias posibles para la protección y/o restitución de los derechos de estos niños y adolescentes. (González y Nucci, 1999)

Enfatizamos en la importancia de la familia en el desarrollo del niño, para expresarlo citamos a Bringiotti quien manifiesta:

Al referirnos a la infancia y su evolución, no podemos dejar de lado el papel desempeñado por la familia, hablar de su importancia en la crianza, el apoyo, la orientación y la socialización del niño parece obvio. El problema es que no siempre la familia cumple el papel que el niño y su salud, en sentido integral, necesitan, y la ausencia en el desempeño de esa función afecta a otros sectores e instituciones que deben cubrir la demanda infantil. (2000:32)

Agregamos que la familia es también:

Una organización social en la que sus miembros combinan sus capacidades y recursos en pos de un objetivo común referido a la reproducción cotidiana y social, con una división del trabajo familiar, distribución de responsabilidades, derechos y deberes según el género, generación y parentesco en torno al cumplimiento de las funciones asignadas a la familia. (González y Nucci, 1999: 5)

Es preciso señalar que cada organización familiar está constituida por una matriz de funcionamiento única y específica que, si bien en principio debe ser respetada, se debe tener presente que, si dentro de ésta se encuentran vulnerados los derechos de los niños, debe haber una intervención para revertir la situación y restituir tales derechos.

3.2- Objeto de intervención

Como ya hemos expresado, en el abordaje de la complejidad del maltrato infantil, participamos en las diversas tareas que hacen a la función de la trabajadora social dentro del Comité. Una de las tareas principales es la reconstrucción de la historia de vulnerabilidad del niño que ha ingresado al hospital y por el que se ha pedido intervención al Comité.

En primera instancia nos incorporamos al equipo como observadoras no participantes de entrevistas que se realizaron a la familia nuclear y de ser necesario, familia extensa del niño. A partir de ello, realizamos comunicaciones telefónicas con

otras instituciones con las que el niño y la familia han tenido contacto, tales como escuelas, centros de salud, hospitales, entre otros; solicitando registros, información, antecedentes; con el objetivo de recabar datos que coincidan con los obtenidos en las diferentes entrevistas. Además, realizamos envío y recepción de fax, llamadas telefónicas, solicitud y búsqueda de historia clínica, y citación de los adultos referentes del niño para la realización de entrevistas.

A partir de las entrevistas realizadas desde los profesionales del Comité hacia las familias de los niños internados con sospecha de S.M.I; comenzamos a visibilizar que la mayoría de los adultos, tendían a naturalizar la violencia, ya sea física o verbal; y la aplicación de la misma como modo de crianza. A continuación, recuperamos algunas expresiones:

“El padre tiene un cablecito que cuando se lo muestra se queda quieta”

“Una sola vez le di un chirlo...”

“Tenía golpes en la cola y en los brazos...yo lo había reprendido ayer porque estaba contestador, rebelde...”

“Ayer sí le pegué un cachetazo y con una zapatilla porque estaba sacado...”

“Una vez le grite fuerte y lo rete mal, le dije que hiciera bien las cosas...”

“Entre todos hicieron una travesura y yo le pegué, no recuerdo si fue con la mano...”

“Le levanté la mano para que aprenda que lo que había hecho estaba mal

“...Cuando se porta mal, la mamá la pellizca...”

“A veces para que entienda le pego un chirlo, pero no de manera agresiva...”

“Le pegué con el cinto porque se había hecho encima y él sabe ir solo al baño...”

En relación a la recurrencia en los relatos de los padres respecto a los modos de crianza, del empleo del castigo físico como modo de disciplinamiento; es que definimos nuestro objeto de intervención y nuestra estrategia.

Para conceptualizar el objeto y las particularidades que el mismo adquiere en nuestro campo de intervención recuperamos los aportes de Aquín. Adoptando una posición constructivista, consideramos que el objeto de intervención en trabajo social “se sitúa en la delicada intersección entre los procesos de reproducción cotidiana de la existencia, los obstáculos o dificultades que tienen los sectores subalternos para su reproducción, y los procesos de distribución secundaria del ingreso” (1995:11).

Cuando nos referimos a los obstáculos para la reproducción cotidiana, estamos hablando de las relaciones asimétricas, inequitativas e injustas en la distribución y apropiación de los bienes en una sociedad capitalista. (Rozas Pagaza, 1998).

El objeto en nuestra profesión refiere a las dificultades y/o obstáculos a nivel material -necesidades materiales de diversa índole- y no material -saberes, representaciones y relaciones- que presentan los sectores populares para la reproducción de su existencia. Retomando a Aquín (1995), dicho objeto es una construcción que realiza el profesional siendo el equivalente teórico de un campo de problemas específicos que demanda ser abordado, a partir del cual se desarrollan estrategias de intervención, teniendo en cuenta la arista del objeto que se propone abordar.

Rozas Pagaza (2003) plantea que, el objeto del trabajo social se construye a partir de la articulación entre teoría-práctica, evitando caer en los reduccionismos tales como el empirismo, la sobre ideologización, etc.

No se debe olvidar que una cosa es señalar la situación que se presenta como problemática y otra cosa es definirla en términos de intervención. Definir un problema como objeto de intervención es delimitar qué aspectos de una necesidad social son susceptibles de modificación con nuestra intervención profesional. (CELATS, 1997)

Entendiendo, que en el Comité se abordan situaciones de maltrato infantil, concebimos las manifestaciones de dicha problemática como la vulneración de derechos que existe hacia los niños y adolescentes, con expresiones concretas de los obstáculos que se les presentan para su reproducción cotidiana, específicamente dentro del ámbito familiar.

La construcción del objeto de intervención puede estar en su dimensión material o en su dimensión no material/simbólica (Aquín, 1995). En el primer caso podemos pensar, en una situación donde se advierte una dificultad en la cual la familia del niño requiere un soporte material para el desarrollo cotidiano de su existencia, como, por ejemplo, la gestión de algún medicamento o estudio al que el niño no puede acceder por la situación económica presente en la familia. En el segundo caso, la dimensión simbólica alude a representaciones y relaciones sociales.

Desde esta última dimensión pensamos nuestro objeto de intervención, siendo la arista referida a las representaciones sociales la más apropiada para realizar una construcción teórica de las situaciones problemáticas con las que trabajamos. A partir de ello, queda definido nuestro objeto de intervención, entendiendo la importancia de analizar **las representaciones sociales que tienen los adultos/responsables de los niños y adolescentes que ingresan al Hospital de Niños de la Santísima Trinidad, sobre la utilización del castigo físico como modo de disciplinamiento.**

Para definir las representaciones citamos a Moscovici, quien las define como:

La manera en que nosotros, sujetos sociales, aprehendemos los acontecimientos de la vida diaria (...) que habitualmente se denomina conocimiento de sentido común (...) se constituye a partir de nuestras experiencias, pero también de los conocimientos y modelos de pensamiento que recibimos y transmitimos a través de la tradición, la educación y la comunicación social. De este modo, ese conocimiento es socialmente elaborado y compartido. (1979:17-18)

Al momento de identificar cómo los sujetos elaboran dichas representaciones referimos a Bourdieu (2008) sobre el concepto de hábitus, el cual lo define como aquellos objetos de conocimiento que los propios sujetos construyen. El principio de dicha construcción se encuentra en el sistema socialmente constituido de disposiciones estructuradas y estructurantes adquiridas en lo cotidiano y constantemente dirigida a funciones prácticas.

Tenti Fanfani (1992) considera a las representaciones como la construcción de sentido común, construcciones socio-históricas que orientan prácticas, jerarquizan,

ponen límites, incluyen o excluyen; y son constructores de identidad o no. Las representaciones comprenden nociones, visiones, ideas, percepciones de los sujetos consigo mismo, con los otros y en relación a la realidad.

Una de las vías para acceder al conocimiento de dichas representaciones, se halla en el campo de la comunicación y la interpretación, lugar donde adquiere relevancia el lenguaje. Desde esta perspectiva, nos permitimos tomar los aportes de Acevedo y Zamardibe (2006), quienes caracterizan diversos tipos de argumentos de los adultos respecto de las lesiones de los niños:

Desconocimiento: en esta categoría se ubican los argumentos que giran en torno a la ausencia de los adultos al momento del episodio. Además, se ubican dentro de la misma aquello que no explican lo que sucedió, que no responden a la pregunta o desconocen las lesiones de los niños. Además, en este tipo de argumentos se suele depositar la responsabilidad en otra persona o también los argumentos no concuerdan con las lesiones que los niños presentan.

“Yo no estaba, me avisó la madre que S. se había caído en el baño...”

“El moretón en el brazo se lo hizo la vecina cuando me vino a sacar a S...”

(Argumentos del padre de un niño con múltiples lesiones físicas)

Violencia: argumentos que refieren a situaciones explícitas de violencia conyugal y doméstica donde el niño se encontraba presente. Aquí reconocen al niño como víctima de violencia física por parte del adulto responsable. En este argumento también se hace visible la naturalización de las situaciones violentas, la falta de problematización y la reproducción de la misma.

“Tuvimos una discusión con mi pareja y en eso se golpeó S (...) por eso intervino SeNaf...” (Madre de un niño de cuatro años con múltiples lesiones físicas)

Accidente: argumentan las lesiones desde un carácter accidental, incluyendo tanto los argumentos que explicitan el hecho como accidente, como aquellos que implícitamente los adultos responsables lo manifiestan. Aquí se plantean accidentes sobre todo domésticos acompañados de argumentos que intentan justificar lo sucedido estableciendo las causas y los efectos de la misma.

“Estaba jugando con sus primos en el patio y se cayó sobre una maceta que tenía un fierro y se golpeó la vagina. (...) dicen que la nena estaba parada arriba de la maceta, se resbaló y cayó adentro, justo donde estaba el fierro...” (Abuela materna de una niña de seis años con lesiones en la vagina)

Problema de salud: en esta categoría encontramos los argumentos que hacen referencia a que las lesiones que presentan los niños/as son debido a problemas de salud previos a su hospitalización. El modo que se presentan los discursos tiene como regla minimizar las lesiones que tienen sus hijos/as buscando convencer a los profesionales que las mismas no se deben a situaciones de maltrato infantil.

“Las lesiones son por el problema en la sangre que ella tiene, esos moretones en la frente se los hizo cuando estaba con el padre, yo le pregunté y me dijo que el hermanito la tiró de la cama...” (Madre de niña de 2 años con fractura de cráneo)

A partir de lo expuesto, podemos afirmar que los adultos construyen diversas representaciones y otorgan diferentes significaciones a las cuestiones de maltrato en el ámbito familiar. Los modelos de crianza suelen ser el resultado de transmisiones generacionales, conocimientos, actitudes, habilidades y estrategias que despliegan las familias para cuidar y educar a los niños.

Barudy (1998) plantea que existen situaciones donde la violencia intrafamiliar es un modo de vida a menudo transgeneracional, es decir se trata de familias en la que los adultos poseen tendencia a repetir crónicamente comportamientos abusivos y violentos sobre los niños y adolescentes; de acuerdo a la vivencia que hayan tenido las personas que conforman estas familias, existen siempre circunstancias presentes en dos o tres generaciones, que están ligadas a la causa de los malos tratos.

Creemos que es pertinente abordar la problemática del maltrato infantil centrándonos en las representaciones de los adultos respecto los métodos de crianza, ya que muchas veces estos adultos desconocen modos de educar diferentes a los vividos en su niñez, o consideran estas prácticas necesarias para revertir actitudes en los niños; a veces también, el contexto válido la utilización del castigo normalizando e invisibilizando la violencia. Citamos a Piñero, recuperado de UNICEF (2016), para enfatizar en la necesidad de transformar las actitudes que aceptan o consideran

normal la violencia contra niños, la aceptación de los castigos corporales y las prácticas tradicionales dañinas.

A continuación, y a modo de ejemplo, extraemos algunas expresiones que dan cuenta de estas representaciones de los padres:

“Le doy un chirlo en la cola cuando lo necesita...”

“Le he pagado alguna vez cuando era más chico...ahora ya no porque no da motivos...”

“A veces les muestro el cinturón del padre y así se quedan quietos...”

“La madre solo le pega cuando se porta mal...”

Señalamos que estudiar las representaciones es una tarea ardua y compleja. El conocimiento de las mismas posibilita el discernimiento de las necesidades sociales y cómo son significadas por dichos sujetos en determinada trama de relaciones sociales y así poder concretar estrategias profesionales en función del objeto de intervención.

3.3- Nuestra estrategia de intervención

A lo largo del proceso de inserción en el Comité de SMI, identificamos prácticas y acciones que luego se fueron configurando en la situación problemática, lo que sucesivamente derivó a la construcción del objeto de intervención, y es a partir de esto que comenzamos a diseñar nuestra estrategia.

Antes de comenzar a describir el proceso del diseño y construcción de la estrategia, consideramos necesario hacer hincapié en algunos lineamientos teóricos.

Tomando los aportes de Peralta (2012) podemos decir que se entiende a las estrategias profesionales como una capacidad de lectura y de propuesta sobre la realidad que se desarrolla siempre en un campo de posibilidades marcadas por contradicciones, tensiones, disputas y conflictos propios de las relaciones de poder.

González plantea:

Definir o planificar estrategias, supone proyectar de forma adecuada a cada circunstancia de intervención, una combinación

particular de procedimientos, técnicas, instrumentos operativos cuya peculiaridad va a estar dada por la manera específica de cómo se articulan un marco de referencia propio, unos objetivos y unas funciones, con las características de los agentes (su biografía, personal o familiar), condiciones sociales de los mismos, así como una situación macrosocial (contexto económico, políticas sociales, etc.). (2001:8)

Definimos nuestra estrategia de intervención como la **promoción de los buenos tratos a partir de talleres de prevención del maltrato infantil, dirigido a padres/responsables de los niños y adolescentes que se encuentran internados en el Hospital de Niños de la Santísima Trinidad**. Se trata de realizar talleres que brinden conocimientos sobre alternativas de crianza sin violencia.

Citamos a Bringiotti (2000), quien sostiene que los adultos, en su entorno familiar tienen tendencia a repetir crónicamente comportamientos violentos sobre sus hijos, porque es la única forma que conocen, al tiempo que resulta difícil romper con ciertas modalidades vinculares cuando ya están interiorizadas.

Gran parte de las situaciones de maltrato que ingresan al Comité de S.M.I son causadas en el ámbito intrafamiliar. Desde allí, es que pensamos a la estrategia como un contacto directo con las familias que circulaban en dicha institución, sosteniendo que es fundamental trabajar la importancia que tiene el conocimiento y apropiación de los derechos por parte de las familias, para el desarrollo de los niños, a partir de los cuidados y buenos tratos.

Cabe aclarar que, al referirnos a los tratos, hablamos de las relaciones que se establecen entre las personas. Estas pueden ser buenas o malas, diferenciando así buenos o malos tratos.

Barudy (2009) define los buenos tratos como aquellos que favorecen el pleno desarrollo de los niños, se enfocan en el reconocimiento de ellos, asegurando la satisfacción de las necesidades y la protección de sus derechos, tomando en cuenta sus opiniones y puntos de vista.

Siguiendo con el autor podemos decir que, los buenos tratos son una de las necesidades básicas de las personas. El buen trato hacia los niños es fundamental para lograr fortalecer su personalidad, lo que permitirá la socialización y la

construcción de vínculos con la sociedad. Las prácticas bien tratantes, refuerzan las relaciones afectivas y mejoran la convivencia cotidiana, de manera tal que contribuyen a disminuir los riesgos y los episodios de maltrato.

Es preciso señalar que los buenos tratos son una de las acciones comprendidas en las competencias parentales, éstas entendidas como “el resultado de procesos complejos donde se mezclan las posibilidades personales innatas, marcadas por factores hereditarios con los procesos de aprendizaje influidos por la cultura y las experiencias de buen trato y maltrato que hayan conocido en sus historias familiares” (Barudy, 2009:79). La falta de estas competencias es denominada por el mismo autor como indicadores de incompetencias parentales.

Desde esta perspectiva enfatizamos en que los buenos y malos tratos dependen tanto de la historia y dinámica familiar, como así también del contexto. Los cuidados y buenos tratos son relaciones recíprocas y complementarias, provocadas por la necesidad, la amenaza o el peligro, y sostenidas por el apego, el afecto y la biología.

Reconocemos la importancia de los cuidados y buenos tratos en la cotidianidad de las relaciones intrafamiliares, generando ambientes saludables y de respeto que luego traspasan el ámbito familiar para situarse como forma de relacionarse en sociedad.

En referencia a los cuidados tomamos los aportes de Daly y Lewis quienes los definen como “las actividades y relaciones orientadas a alcanzar los requerimientos físicos y emocionales de niños y niñas dependientes, así como los marcos normativos, económicos y sociales dentro de los cuales estas son asignadas y llevadas a cabo” (2000: 285).

Debemos considerar al cuidado como un derecho universal, el cual “incluye a todos, en su potestad de reclamar el derecho de ser cuidado, a cuidar y cuidarse (autocuidado)” (Pautassi, 2013:67).

Aludimos a Barudy y Dartagnan quienes expresan:

Uno de los componentes más importantes de las relaciones afectivas que forjan a una persona sana es el hecho de haber sido protegido, cuidado, atendido y educado en periodos tan cruciales de la

vida como la infancia y adolescencia, lo cual determina la capacidad de cuidarse a sí mismo y de participar en dinámicas sociales. (2005: 24)

De esta manera, señalamos que en maltrato infantil muchos actores juegan un papel importante. Enfatizamos que la responsabilidad de cuidado y buenos tratos hacia los niños, no es solo un deber de su entorno más próximo, sino también del Estado y la sociedad; procurando evitar la vulneración de derechos hacia los niños y adolescentes, propiciando el desarrollo social, físico y emocional.

La prevención en estas situaciones de maltrato cumple un rol fundamental, es preciso que quienes tienen la obligación de velar por la protección de los derechos de los niños cumplan con su función. Fortalecer a las familias en su rol de cuidador y protector permitirá mejorar las habilidades de crianza, y de esta manera evitar situaciones de maltrato.

En consideración de lo expuesto, y como equipo nos propusimos fomentar los buenos tratos en las familias, donde a través de los talleres se brindaron herramientas de crianza sin violencia que apoyen una crianza responsable.

El Taller:

La elección del taller como herramienta para realizar nuestra estrategia de intervención no fue al azar, ya que consideramos los mismos como espacios donde se favorece la comunicación, la reflexión y el debate entre los padres, a través de métodos dinámicos y participativos.

Para conceptualizar la técnica utilizada, tomamos los aportes de García, quien describe al taller como:

Tiempo-espacio para la vivencia, la reflexión y la conceptualización. El taller, se convierte en un lugar de vínculos, de participación, donde se desarrollan distintos estilos de comunicación y, por ende, un lugar de producción social de objetos, hechos y conocimientos. (1997: s/n)

Siguiendo con el autor, la importancia de la dinámica del taller radica en generar procesos educativos y de aprendizajes, paralelamente a estos provoca efectos terapéuticos en tanto aparecen conflictos personales intrasubjetivos que se

ponen en juego durante la experiencia, posibilitando pensar y co-pensar con las otras reflexiones conjuntas en relación a estas problemáticas. (García, 1997)

Enfatizamos en la responsabilidad de evitar algún tipo de vulneración de derechos hacia los niños y adolescentes, por lo que nos parece crucial abordar el maltrato infantil desde la protección de los mismos. Utilizar los talleres como herramienta de intervención tiene por finalidad contribuir a un cambio cultural donde se valoricen a los niños y adolescentes reconociendo su condición de sujetos de derechos; al mismo tiempo que se incorporen formas de disciplina basadas en los buenos tratos, evitando la justificación del uso de la violencia con fines educativos.

Al momento de llevar a cabo los talleres, los objetivos que nos planteamos fueron:

Objetivo General:

- Potenciar acciones de buen trato hacia los niños y adolescentes que se encuentren internados en el hospital, desde una perspectiva integral y sobre la protección de sus derechos, garantizando y fortaleciendo estrategias familiares.

Objetivos Específicos:

- Promover en los adultos responsables, el reconocimiento de los niños/as y adolescentes como sujetos de derecho.
- Promover la desnaturalización de la violencia como método de educar, fortaleciendo la escucha y el cuidado de las niño/as y adolescentes mostrando alternativas de crianza sin violencia.

Algunas cuestiones que se tuvieron en cuenta para la realización de los diversos talleres son:

- Consideración de los horarios de alimentación de los niños/as y adolescentes.
- Trabajar en salas de internaciones donde el Comité de Maltrato Infantil no se encuentre interviniendo.

Teniendo en cuenta lo mencionado, a continuación, explayaremos desarrollaremos las líneas de acción desarrolladas:

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

Estilos de crianza: Consiste en problematizar los métodos modos de crianza más utilizados por padres/madres y adultos en general y mostrarle alternativas de poner límites sin violencia, a través del buen trato.

Promoción de los buenos tratos: Esta línea de acción busca concientizar sobre modos de poner límites que no vulneren los derechos de los niños, evitando también reproducir lógicas que naturalizan el maltrato, promoviendo vínculos saludables, mediante la realización de talleres destinados a familiares que se encontraban en sala de internación.

3.3.1- Puesta en marcha: Talleres “Hagamos un trato por el Buen Trato”

Centrándonos en la temática de los talleres, decidimos insertarlos en la propuesta de los “**Buenos Tratos**”, la cual hace referencia al hecho de establecer como prioridad el bienestar y la salud de los niños, problematizando el castigo en sus diversas modalidades, como método de educar/ criar; contemplando los niños como sujetos de derechos y necesidades.

Para desarrollar la estrategia comenzamos por contactarnos con estudiantes de años anteriores que habían realizado su tesis en el Comité de S.M.I, trabajando esta temática. Con ese insumo y luego de analizar distintas estrategias, buscar material teórico sobre los buenos tratos, tales como los referenciados en capítulos anteriores y aquellos brindados por nuestra orientadora temática; además de interiorizarnos sobre derechos del niño, actividades que tratan sobre los derechos y de dialogar con la trabajadora social del Comité y otros profesionales especializados; realizamos la

planificación de los talleres para los adultos que acompañaban a los niños en las salas donde se encontraban internados.

Decidimos nombrar los talleres bajo el lema: **“Hagamos un Trato... por el Buen Trato”**. Los mismos fueron realizados en la primera semana de diciembre del 2018, y se llevaron a cabo en las salas de internación N° 400, 500 y 600.

Es importante señalar que, al momento de realizar los talleres, en las salas de internación trabajadas no se encontraba interviniendo el comité, decisión tomada con el fin de no dificultar la intervención.

Como ya hemos mencionado, en nuestras prácticas realizamos todas las tareas que hacen a la función de la trabajadora social dentro del Comité, por lo que nuestro contacto con las familias abordadas era directo. Esta situación fue crucial a la hora de tomar la decisión de trabajar con algunas salas, ya que se tuvieron en consideración algunas cuestiones como, por ejemplo, la influencia en los argumentos de los adultos a partir de los talleres; despertar resistencia por parte de las familias intervenidas por el Comité; entre otras actitudes que pudieran llegar a obstaculizar el abordaje.

Es preciso destacar que, si bien los talleres se llevaban a cabo dentro de las salas, los adultos eran invitados a participar, por lo que quien no lo deseara podía retirarse o quedarse sin necesidad de participar.

Respecto de la dinámica del taller, fue planteado en 3 momentos: el primer momento buscaba remarcar la concepción del niño como sujeto de derecho, mostrándole a los padres algunos de los derechos fundamentales de los niños; además debatir acerca de las responsabilidades de la familia, el Estado y la sociedad. Estos estuvieron plasmados en un afiche donde los padres podían leerlo y a partir de allí reflexionar y debatir en conjunto sobre el conocimiento de los mismos. Los derechos trabajados fueron:

- **Tener derechos sin ser discriminados**
- **Gozar de una seguridad social**
- **Disfrutar de alimentación, vivienda, recreo y servicios médicos adecuados**

- **Recibir atención y cuidados especiales cuando el niño sufre algún impedimento físico, mental o social**
- **Al amor y a la familia**
- **La educación**
- **Ser los primeros en recibir atención en situación de emergencia**
- **Al buen trato**
- **La protección contra todo tipo de discriminación y a la educación en la tolerancia frente a las diferencias**

El segundo momento del taller se refirió a los métodos de educar/ criar a los niños. Esta etapa fue presentada a partir de preguntas disparadoras acerca de cómo ponen límites a sus hijos. Al mismo tiempo, los padres contaban con una lista de los métodos más utilizados, prácticas que fueron extraídas de las entrevistas no participantes realizadas en el Comité. A partir de allí los adultos podían reconocer el uso de esos métodos o plantear otros con el fin de poner en común y comenzar a problematizar estas prácticas.

Los métodos presentados fueron:

- **Chirlo**
- **Grito**
- **Cachetada**
- **Uso de palabras despectivas**
- **Utilización de algún objeto**
- **Penitencia**
- **Otros**

El tercer momento estuvo plasmado por la promoción de los Buenos Tratos. Luego del debate y la reflexión acerca de los métodos de crianzas fueron presentadas y desarrolladas algunas alternativas desde el buen trato. Estas fueron:

- **Pide ayuda cuando la necesites**
- **Ponte en su lugar**
- **Evita exigir lo que es difícil cumplir**
- **Sé claro/a sobre tus expectativas**
- **Sé positivo/a. No lo descalifiques**
- **Define de antemano las consecuencias.**
- **Reconoce y dile las cosas positivas**
- **Sé consistente**

Para culminar con el taller, luego de las reflexiones finales se le entregó a cada adulto un folleto con la información de los temas trabajados en el taller.

3.3.2- Análisis del Taller

Para poder hacer un análisis de lo observado durante el desarrollo de los talleres es necesario tener en cuenta que los modelos de crianza suelen ser el resultado de transmisiones generacionales, conocimientos, actitudes, habilidades y estrategias que despliegan las familias para cuidar y educar a los niños. Estos modelos se ven reflejados en la vida cotidiana de las personas. Heller, define a la vida cotidiana como “la totalidad de actividades que caracterizan las reproducciones singulares productoras de la posibilidad permanente de la reproducción social” (1985:39).

En el desarrollo de la cotidianeidad de los niños, las prácticas violentas como método de educar/ criar se encuentran naturalizadas por los adultos responsables del cuidado de los mismos. La mayoría reconoce utilizar estos métodos, así lo reflejan las siguientes expresiones rescatadas de los talleres:

“Cuando se porta mal, la forma más utilizada para poner límites es el chirlo...Lo hago para que aprenda que lo que está haciendo está mal...”

“Yo suelo poner en penitencia, a veces si es necesario le doy un chirlo, pero ya cuando lo que hizo es muy grave...”

“Tengo hijos adolescentes, es muy difícil ponerle límites a esta edad, por eso hay que corregirlos desde chicos...”

“Hoy en día no podés pegarles a tus hijos, porque ellos mismos te dicen que te van a denunciar, o si te ve algún vecino es capaz de denunciarte, sin saber qué es lo que hicieron...a mí, mi mamá me bajaba los dientes de una cachetada cuando me portaba mal y por eso no soy ni violento, ni ladrón, ni mala persona, al contrario, así aprendí a respetar, a saber, qué cosas tenía que hacer y qué no...”

“Yo también soy de darle chirlos a mis hijos si lo necesitan, para que aprendan, hay gente que conozco que no le pega en lugares públicos, o donde hay mucha gente, después cuando llegan a la casa los matan a palos. Yo no, yo si le tengo que pegar le pego igual, porque si no así cuando salen hacen lo que quieren...”

“Uno a veces cuando está enojado cualquier cosa que hacen molesta, a veces puedo decirles algo feo o puedo pegarles...”

“A veces también uno se cansa de hablarles y no nos dejan otra alternativa...”

Como hemos señalado, un factor importante que influye en la utilización de dichos métodos es la transmisión generacional, ya que los padres o responsables suelen repetir esos métodos utilizados con ellos:

“Gracias a que me pegaban cuando debían, no crecí siendo un ladrón o un vago...”

“Antes vos no podías ni contestarle a tus padres porque enseguida te bajaban los dientes...”

Así mismo se pudo observar cómo se manifiesta el desconocimiento del niño como sujeto de derecho, lo que a nuestro criterio aporta a que los padres los sientan como propiedad, generando que situaciones violentas dentro del ámbito familiar, no sean problematizadas.

“Yo si conocía los derechos porque mi hija los estaba estudiando la semana pasada...”

“Si los conocía, pero como que nunca le prestamos atención...”

“Conocíamos los derechos porque ahora todo el mundo está con eso de los derechos del niño, ya ni siquiera le podés pegar un chirlo porque saltan con los derechos...”

“A veces sabemos que existen los derechos de los niños, pero no tomamos conciencia de lo que significa...”

“Ahora ya no podés ni decirle nada a los chicos porque enseguida te denuncian”

Reconocer a los niños y adolescentes como sujetos de derechos y necesidades implica también tomar responsabilidades por parte de la familia, la sociedad y el Estado. Un abordaje global y conjunto permite la disminución de la problemática del maltrato infantil.

Trabajar la problemática en el taller, a través de los **Buenos Tratos** permitió conocer acerca de estas prácticas, a la vez que se problematizan las conductas violentas.

“Los buenos tratos supongo que tiene que ver con tratar bien a los niños, aunque hay veces que hacen cada cosa que nos sacan de quicio, debemos respetarlos...”

“Tiene que ver con tener en cuenta que son niños...”

De lo expuesto, rescatamos la participación de los adultos que se encontraban en las salas. Reconocemos que si bien al principio las acotaciones por parte de los mismos fueron básicas; con el desarrollo del taller los adultos pudieron expresarse de manera más fluida, compartiendo o disintiendo con otros participantes; generando que el taller se desarrollara de manera eficaz.

Reflexionamos que los derechos de los niños y los buenos tratos son reconocidos por los padres, aunque no consideran que ciertos métodos utilizados para educar, son métodos violentos que dañan al niño. Observamos que el chirlo es la metodología que prevalece y se encuentra sumamente naturalizada por los

responsables de los niños, por lo cual, la mayoría de los adultos reconoce utilizarla como alternativa de crianza.

Es fundamental que los niños se sientan cuidados y protegidos por un adulto. Un derecho primordial es el derecho a la protección y resguardo en un entorno seguro y sin violencia.

Como ya hemos mencionado, la familia (no solo ligada a lazos sanguíneos) es importante para el desarrollo del niño. Si tenemos en cuenta que los niños aprenden a desarrollar comportamientos por imitación, la cultura del buen trato es la construcción de una sociedad sin violencia.

Las familias a menudo requieren de herramientas que le permitan reconocer alternativas de crianza basadas en el respeto y los buenos tratos, principalmente en aquellos adultos que han sido criados con métodos violentos.

Conocer las representaciones y las prácticas utilizadas por los adultos como forma de educar a los niños, construidas a lo largo de la historia familiar y repetida generacionalmente; es el primer desafío que nos planteamos como futuras profesionales trabajando desde la prevención del maltrato infantil.

Sostenemos que la utilización de estas prácticas violentas se constituye en un tema transversal a la sociedad, donde diversos actores tienen un rol fundamental en la prevención y abordaje del mismo. Es necesario que ante la sospecha de maltrato se pongan en marcha todos los recursos existentes en cada comunidad para poder garantizar la integridad y la atención de los niños.

Aunque son muchos los factores que influyen, la familia es la primera y principal escuela que formará a los niños para su vida adulta, de esta manera enfatizamos en que los buenos tratos y una parentalidad responsable constituyen el inicio del camino para que los niños alcancen el pleno desarrollo y se genere una sociedad que desnaturalice las prácticas violentas como forma de educar.

“La educación de los niños, niñas ya adolescentes en el hogar, basados en la crianza positiva y el buen trato es efectiva y necesaria para poner fin a la violencia en todos los entornos” (UNICEF, 2021)

Conclusión:

Para finalizar, en este apartado queremos exponer nuestra experiencia en relación a lo vivido durante todo el periodo de realización de este trabajo final, como producto corolario de nuestra carrera.

Sentimos realmente que es un proceso apasionante atravesado por un sin fin de emociones y sentimientos encontrados que comienzan a confluir con el conocimiento, las teorías y nuestras propias experiencias cotidianas.

Es por ello que el compartir algunas sugerencias, obstáculos y logros, como así también temores y ansiedades, a nuestro entender servirán como aspectos a tener en cuenta a la hora de abordar esta apasionante aventura de convertirnos en profesionales.

Otro aspecto significativo es no perder nunca de vista, hasta el final del proceso, la condición de estudiantes, ya que esto nos hace ver que todavía necesitamos de un acompañamiento constante por parte de los profesionales en la materia para llevar a cabo nuestra intervención, lo que no significa que perdamos nuestra autonomía de trabajo, ya que de algún modo este trabajo final tiene como propósito fomentar en nosotros un espíritu más creativo y de construcción de conocimientos en dicho proceso.

Tanto la orientadora temática como el docente de la práctica preprofesional nos orientaron en la implementación de estrategias específicas para los casos donde se advertían vulneraciones de Derechos de niños y adolescentes como así también en la construcción de nuestra propuesta de trabajo.

Fue de vital y de gran importancia el apoyo por parte de la coordinadora del Comité de Maltrato Infantil. Desde el primer acercamiento fue siempre muy cordial y amable, teniendo una actitud positiva hacia nosotras, mostrando interés en nuestra participación como estudiantes en dicho espacio. Así mismo rescatamos la predisposición de todo el equipo que conforma el Comité, ya que desde el primer momento nos hicieron sentir parte del mismo.

Agradecemos también, los aprendizajes adquiridos, tanto en el abordaje de problemáticas tan complejas como el maltrato infantil; como de aquellos que nos permitirán desenvolvernos como profesionales.

Formar parte de la rutina de intervención de la trabajadora social nos permitió conocer formas de realizar entrevistas, reconocer cuáles preguntas deben realizarse, además, de producir informes y considerar los indicadores de maltrato. Con la construcción de la historia de vulnerabilidad de los niños, reconocemos los aportes respecto de realización de notas, la utilización de lenguaje técnico y las formas para relacionarnos con otros profesionales sin faltar al secreto profesional. Enfatizamos en el trabajo en equipo, ya que cada uno de los profesionales, desde su especificidad aportan a la prevención e intervención del maltrato infantil.

La presencia de diferentes temores fue un obstáculo a sortear en este proceso, en un principio nos encontrábamos invadidas de nervios e incertidumbres, sensaciones que pudieron superarse con el correr del tiempo y la práctica. Sabemos que queda un camino largo por recorrer ya que la construcción del conocimiento así lo requiere, lo cual más que frustrarnos nos impulsa a seguir investigando sobre estas y tantas otras problemáticas sociales.

Rescatamos que este proceso, además de ser un espacio de formación profesional es un espacio que nos llevó hacia un aprendizaje mutuo, de múltiples desafíos, tanto grupal como individual. Recuperamos que el trabajo social, en el abordaje del maltrato infantil; tiene un rol fundamental, es un desafío intervenir en una realidad en la que priman los malos tratos y la violencia, pero más desafiante es aún alcanzar la emancipación de cada persona. Trabajamos por el buen trato en los niños, cuya cotidianidad se ve atravesada por violencia, que se traduce en profundos silencios, en heridas irreparables que, de no ser abordadas de manera integral, difícil será de enmendar.

El abordaje de la problemática a través de la promoción de los buenos tratos invita a una reflexión profunda respecto de cómo los adultos se relacionan con los niños en el desarrollo de la vida cotidiana de la familia y fuera de ella. Es importante saber que es posible ejercer un estilo de crianza basado en el uso de normas y límites que ayuden a los niños a vivir en sociedad y al mismo tiempo respete su integridad psicológica y emocional. El poder contribuir como profesionales a la construcción

de un mundo sin violencia para los niños, nos permite contribuir a la construcción de una sociedad libre de violencia. El resguardo y la protección de los niños es responsabilidad de los adultos.

En lo específico de nuestra intervención, creemos haber cumplido con los objetivos más elementales propuestos, lo cual nos provoca satisfacción al ver este producto que sintetiza todo un proceso de reflexión-acción. Esperamos que nuestro transcurso por el Comité haya contribuido a la dinámica de la institución y contribuya a futuras compañeras que decidan recorrer este camino.

¡HAGAMOS UN TRATO...POR EL BUEN TRATO!

Las Tesistas.

Bibliografía:

- Acevedo, P; Vilavcik, C; Depasquale, S; Machinandiarena, A.P; Zamarbide, A.
Recurrencias y divergencias en los argumentos que expresan los padres y/o responsables de niños/as expuestos a situaciones de maltrato físico. En Aquin,N. (Ed.), *Reconstruyendo lo Social: prácticas y experiencias de investigación desde el trabajo social.*(2006, pp. 131-148).Espacio Editorial. Buenos Aires.
- Alfageme, E., Cantos, R. (2003). De la participación al protagonismo infantil. Propuestas para la acción. Editorial: Plataforma de Organizaciones de Infancia (POI), Madrid.
- Amellotti Florencia y Fernandez Ventura (2012). “Estrategia de intervención de trabajo social en la salud a nivel interinstitucional”. Margen N° 66.(pp.4-5).
- Aquin, N. (1995). “Acerca del objeto del Trabajo Social”. Revista de Trabajo Social y Ciencias Sociales. Acto Social, 10- IV: Córdoba.
- Arruabarrena,I. y De Paul, J. (1994)”Maltrato a los niños en la familia. Evaluación y tratamiento”. Edición Pirámide. Madrid.
- BANKS, S. (1997) “Ética y valores en el Trabajo Social” Editorial Paidós. Barcelona.
- Barudy, J. (1998) “El dolor invisible de la infancia, una lectura ecosistémica del Maltrato Infantil“. Paidós Ibérica. Buenos Aires.
- Barudy, J y Dantagnan, M. (2005) “Guía de valoración de las competencias parentales a través de la observación participante” (Manuscrito no publicado). Instituto de Formación, Investigación e Intervención sobre la Violencia Familiar y sus Consecuencias. Última versión. Recuperado el 15 de agosto de 2019 en www.academia.edu.
- Barudy, J. (2009) “Los buenos tratos a la infancia: parentalidad, apego y resiliencia”. Gedisa. España.
- Beloff, M. (1999) “Modelo de protección integral de los derechos del niño y de la situación irregular: un modelo para armar y otro para desarmar”. Artículo en la Revista “Justicia y Derechos del Niño”. No 1. UNICEF. Ministerio de Justicia. Santiago de Chile.

- Bringiotti, M.I. (1994) “Desarrollo y evaluación de un Programa de Tratamiento y Rehabilitación de padres maltratadores”. Revista de la Federación de Asociaciones para la Prevención del Maltrato Infantil (pp.35). España
- Bringiotti, M.I. (2000) “La escuela ante los niños maltratados”. Paidós Cuestiones de Educación, Ibérica. Buenos Aires.
- Bourdieu, P. (2000) “Cosas Dichas”. Gedisa. Barcelona, España
- Bourdieu, P (2008) “Una invitación a la sociología reflexiva”. Siglo XXI. Buenos Aires.
- Casado Flores, J. y otros (1997). “Niños Maltratados”. Ed. Díaz de Santos. Madrid.
- Cazzaniga, S. (2001). “Trabajo Social e Interdisciplinar: La cuestión de los equipos de Salud”. Revista Margen. Edición 27. (pp. s/n). CELATS. (1997). “La práctica profesional del Trabajador Social, guía de análisis”. Ed. Hvmantas. Buenos Aires.
- Cunill Grau, Nuria. (2005) “La intersectorialidad en el gobierno y gestión de la política social”. X Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública.
- Custo, E. y otros (2009) “Teoría, espacios y estrategias de intervención grupal”. Ed. Espartaco. Córdoba.
- Daly y Lewis, J. (2000) “El concepto de atención social y el análisis de los estados de bienestar contemporáneos”. Revista de sociología.
- Diaz- Aguado, M J.(2005) “La violencia entre iguales en la adolescencia y su prevención desde la escuela”. Psicothema. Madrid.
- Follari, R. (2007) “La interdisciplinar en la docencia”. Revista POLIS N°16. (pp.1)
- Fraser, N. (2006) “La lucha por las necesidades”. En Aquin, N. “Reconstruyendo lo Social”. Espacio. Buenos Aires
- Gandolfo M. (2006) “Diagnóstico organizacional”. Hospital de Niños de la Santísima Trinidad. Córdoba, Argentina.

- Gattino, S., y Aquín, N. (1999-2002) “La multiplicidad estudiada: una lectura posible desde el trabajo social con familias, en Las familias de la nueva pobreza. Una lectura posible desde el trabajo social”. Buenos Aires: Espacio.
- Galán N, y Otros (2000) “El Maltrato a los niños: De la práctica a la teoría”. Cuenca: Talleres gráficos de la Universidad de Cuenca.
- Garcia, D. (1997) “El grupo. Métodos y técnicas participativas”. Espacio. Buenos Aires
- González, C., Nucci, N., Ortolanis, E. y Crosetto, R. (1999): “Necesidades y satisfactores en el espacio social familiar”. Informe de investigación con Aval de la SECyT de la UNC para el Programa de Incentivos. Mimeo.
- González, C. (2001) “La intervención en el Abordaje Familiar”. Córdoba: Escuela de Trabajo Social- UNC.
- González, C., Nucci, N., Ortolanis, E. y Crosetto, R. (1999): “Necesidades y satisfactores en el espacio social familiar”. Informe de investigación con Aval de la SECyT de la UNC para el Programa de Incentivos. Mimeo.
- González, C. y Nucci, N. (2005): Enseñar a intervenir con familias. Revista Escenarios. N° 9. Formación Profesional y Realidad Social. Revista Institucional de la Escuela Superior de Trabajo Social. Universidad Nacional de La Plata. Editorial Espacio.
- Grassi, E. (2003) “Políticas y Problemas Sociales en la sociedad Neoliberal. La otra década infame”. Espacio. Buenos Aires
- Heler, M. (2001) “La toma de decisiones responsables en la práctica del trabajo social: la reflexión ética como recurso”. (pp. 29). En Revista Conciencia Social, Ed. Espartaco, Nueva época año 1 Nro 1. Córdoba.
- Heler, M. (2005) “La reflexión ética en las acciones de desarrollo: una incomodidad necesaria”. I Seminario Internacional; Ética para el desarrollo. Villa Hermosa. Estado de Tabasco. México. Recuperado en: https://issuu.com/tsvirtual/docs/autonomia_de_los_ts
- Heller, A. (1985) “Historia y Vida Cotidiana”. Ed. Grijalbo, México.

- Laurell, A. (1981) “La Salud Enfermedad como proceso social “. Revista Latinoamericana de Salud.
- Morin, E. (1994) “Epistemología de la complejidad”. Ed. Nuevos paradigmas, cultura y subjetividad, Buenos Aires: Paidós.
- Moscovici, S. (1979) “El Psicoanálisis, su imagen y su público”. Edit. Huemul, Buenos Aires, Argentina.
- Moughty y Flores (2007) Ficha de Cátedra de Sociología de las Organizaciones. Escuela de Trabajo Social, UNC, Argentina.
- Pautassi, L. (2013) “El trabajo de cuidar y el derecho al cuidado: ¿Círculos concéntricos de la Política Social?”. Santa Fe. Revista Cátedra Paralela
- Peralta, M. (2012) “Diseño de estrategias de intervención”. Secretaría Académica, Escuela de Trabajo Social, UNC. Córdoba.
- Perticarari, M. (2014) “El niño y la niña de hoy. Las infancias”. Córdoba: Publicación interna para los alumnos de la cátedra Sujeto Psicosocial y el Desarrollo. Escuela de Trabajo Social. UNC.
- Piotti, M. (2006) “Estrategias de intervención integral con la niñez y la adolescencia”. Córdoba: Ficha de Cátedra, Escuela de Trabajo Social UNC.
- Piotti, M. (2008) Los tres paradigmas sobre la infancia y adolescencia y el trabajo social. Revista Conciencia Social, Año 4, N°5. Escuela de Trabajo Social. UNC. Córdoba.
- Piotti, M. (2011) “La construcción de la identidad de los niños y el adolescente y la afirmación de sus derechos”. Ficha de Cátedra: Teoría, Espacios y Estrategias de Intervención II. Trabajo Social IV.
- Querol Xavier (1990) “El niño maltratado”. Pediatría. Barcelona.
- Rodríguez, M. (2015) “Planificación Social y Estratégica”. Córdoba, Argentina
- Rosas Pagaza, M (1998): “Una Perspectiva Teórica-Metodológica de la Intervención en Trabajo Social”. Espacio. Buenos Aires

- Rozas Pagaza, M (2003). La intervención profesional en relación con la cuestión social. La cuestión social contemporánea y la intervención profesional como campo problemático. Espacio. Buenos Aires.
- Stuchlik, S. (2005) “La nueva ley de infancia. Aportes para su interpretación e implementación”. Buenos Aires: Comité Argentino de Seguimiento de la Aplicación de la Convención Sobre los Derechos del Niño (CASACIDN).
- Tonon, G. (2001) “Maltrato Infantil Intrafamiliar”. Espacio Editorial. Buenos Aires.
- Zamarbide, A. y Fontaine. (2004) “Programa Provincial de Prevención y Asistencia al Maltrato Infanto-juvenil Hospital de Niños”. Córdoba.

Otros Documentos

- Custo, E; Pinotti, G; Bilavcik, C; Zamarbide, A; Dominguez, A; Machinandarena, A.P; Tomasini, V. Apunte Cátedra “Teorías, Espacios y Estrategias de Intervención Grupal” (2016). Facultad de Ciencias Sociales. Universidad Nacional de Córdoba.
- Fontaine, G. Zamarbide, A, Lerda, E. (2016) “Pauta de Diagnóstico y Tratamiento del Comité de Maltrato Infantil. Hospital de la Santísima Trinidad”. Sima. Córdoba.
- Nucci, N; Crosetto, R; Bilavcik, C y Miani, A. (2018). La intervención de Trabajo Social en el campo de la salud pública. Conciencia Social. Revista digital de Trabajo Social. Vol. 1, Nro. 2. Carrera de Licenciatura en Trabajo Social. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad Nacional de Córdoba. (pp. 10-28).
- Perticarari, M. Ficha de Cátedra de “El sujeto Psico Social y el Desarrollo Humano” (2018). Facultad de Ciencias Sociales. Universidad Nacional de Córdoba.
- Código de ética del Colegio de profesionales en servicio social de la provincia de Córdoba (2008); segunda edición. Córdoba, Argentina.

- Convención sobre los Derechos del Niño Asamblea General de las Naciones Unidas (1989) Disponible en: <https://www.unicef.es/causas/derechos-ninos/convencion-derechos-ninos> Fecha de Consulta: 20/mayo/2019
- Gilbert R y Otros (2019) Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=46980> Fecha de Consulta: 18/julio/2020
- Guía práctica para evitar gritos, chirlos y estereotipos. Disponible en: <http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Gu%C3%ADa%20Pr%C3%A1ctica%20para%20evitar%20gritos,%20chirlos%20y%20estereotipos%20UNICEF%20Argentina%202017%20.pdf>. Fecha de Consulta: 05/abril/2021
- Hospital de Niños de la Santísima Trinidad de Córdoba. Disponible en: <https://hospitaldeninos.com.ar/hn/index.php> Fecha de Consulta: 14/abril/2020
- Ley 26.061- Protección de Derechos de Protección Integral de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes”. (2005) Disponible en: <https://www.trabajo-social.org.ar/wp-content/uploads/15adeproteccion-libro-SENAF2020.pdf>. Fecha de Consulta: 28/ junio/ 2021
- Ley provincial 9.944 “Promoción y Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes” Provincia de Córdoba. (2011) disponible en: <https://senaf.cba.gov.ar/wp-content/uploads/2017/12/Ley-9944.pdf> Fecha de consulta: 28/junio/2021
- Ley 9.283 de Violencia Familiar”. (2006) Página web oficial de la Secretaría de Niñez, Adolescencia y Familia. (2013): Provincia de Córdoba. Disponible en: <https://www.mpfcordoba.gob.ar/pdf/Ley%209283%20Violencia%20Familiar.pdf> Fecha de consulta: 04/julio/2021
- O.M.S- “Maltrato de menores”. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment> Fecha de Consulta: 06 de agosto de 2020_
- Ordenanza Municipal No 11618. (2009): “Creación del Consejo Municipal de Niñez y Adolescencia de la Ciudad de Córdoba“. Municipalidad de la Ciudad de

Córdoba. disponible en:
<http://senaf.cba.gov.ar/wp-content/uploads/Ordenanza11618-Creacion-del-Consejo-Municipal-de-Ninez-de-la-Ciudad-de-Cordoba.pdf>. Fecha de Consulta:18/julio/ 2021.

- Ordenanza Municipal No 11817. (2010): “Sistema Municipal de Protección Integral de Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes en la Ciudad de Córdoba”. Municipalidad de la Ciudad de Córdoba: Córdoba. Disponible en:
- <http://www.derechosdeinfancia.org.ar/advf/documentos/4db834809ff85.pdf>.Fecha de consulta:18/julio/2021
- Tenti Fanfani, E.: Representación y acción colectiva en comunidades urbanas pobres. En La mano izquierda del Estado. Miño y Dávila / Ciepp. Buenos Aires, 1992 es bibliografía

Fuentes Primarias

- Cuaderno de campo.
- **E1:** Entrevista con Trabajadora Social de Servicio Social del Hospital de Niños de la Santísima Trinidad (2018)
- **E2:** Entrevista con Trabajadora Social de Equipo Zonal N°3 (2018)
- **E3:** Entrevista con Trabajadora Social de SPD (2018)

