



UNIVERSIDAD DEL ACONCAGUA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
LICENCIATURA EN NIÑEZ, ADOLESCENCIA Y FAMILIA

*El “alta” en la problemática del
maltrato a la niñez y adolescencia: aportes
surgidos a partir del análisis de casos
clínicos.*

Alumno: Vitaliti José María

Directora: Dra. Morelato, Gabriela

Co directora: Lic. Giménez, Silvina

2013

HOJA DE EVALUACIÓN

Tribunal:

Presidente:

Vocal:

Vocal:

Profesor invitado:

RESUMEN

El presente trabajo busca explorar los criterios de Alta en el ámbito del maltrato infantil a partir del análisis de historias clínicas y de las opiniones de los profesionales intervinientes. Para ello, se propone como objetivos Específicos: 1. Indagar las conceptualizaciones teóricas acerca del Alta utilizadas por los profesionales especialistas en el en el abordaje de casos de maltrato infantil, y 2. evaluar los indicadores diagnósticos y estrategias de intervención presentes en los casos que recibieron el Alta a través de los equipos de Salud.

La metodología utilizada es enfoque cualitativo (Vasilachis de Gialdino, 2006; Taylor & Bogdan, 1994; Denzin & Lincoln, 2005; Martínez Miguelez, 2006). Se constituyeron dos instrumentos de recolección de datos: entrevista semidirigida y análisis de Historias Clínicas.

Los resultados surgieron a partir de las siguientes preguntas: qué es el alta y cuál ha sido los criterios profesionales para otorgar el alta. Ante la primera pregunta se profundizó en las categorías: nominaciones de alta, conceptualizaciones subyacentes y las vinculaciones con la finalización de la intervención. En cuanto a la segunda indagación, los criterios profesionales hacen referencia a las estrategias de abordaje y la evaluación de la intervención o abordaje.

En cuanto a la conclusión se pudieron extraer algunas afirmaciones relacionadas con los resultados a modo de conjeturas. Se proponen nuevas líneas de indagación, así como extender la propuesta a otras intervenciones en problemáticas socio sanitario.

Palabras claves: Alta - Maltrato a la niñez y adolescencia – modelos de abordaje

Abstract

This paper seeks to explore discharge criteria in the field of child abuse from the analysis of medical records and the opinions of the professionals involved. For this purpose, we propose the following objectives: 1. Inquire about the theoretical conceptualizations used by professional discharge specialists in dealing with cases of child abuse, and 2. evaluate the diagnostic indicators and intervention strategies in cases present were discharged through health teams.

The methodology used is qualitative approach (Vasilachis de Gialdino, 2006; Taylor & Bogdan, 1994; Denzin & Lincoln, 2005; Martínez Miguelez, 2006). They built two data collection instruments: semistructured interview and analysis of medical records.

The findings are based on the following questions: what is discharge and what have been the professional criteria to grant discharge. In the first question was deepened in the categories nominations discharge, underlying conceptualizations and linkages with the end of the intervention. As to the second inquiry, the professional criteria refer to coping strategies and evaluation of the intervention or approach.

As for the conclusion, some statements could be extracted as a conjecture. We propose new lines of inquiry and extend the proposal to other interventions in social health issues.

Keywords: discharge – Child abuse and neglect – Model approach

INDICE

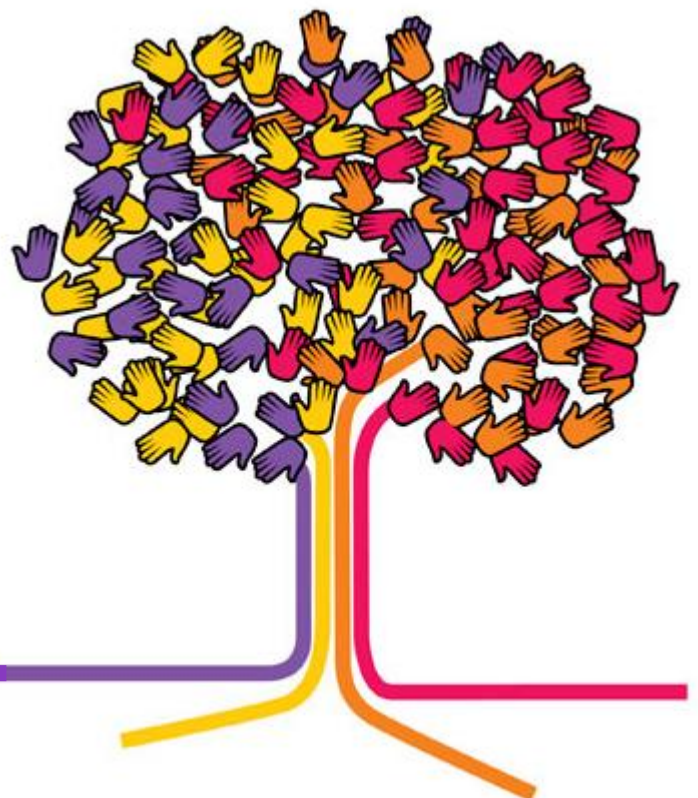
Títulos Generales	1
Título de tesina	2
Resumen	5
Índice	7
Agradecimientos	10
Introducción	11
Marco Teórico Referencial	15
Capítulo 1: Lo(s) Maltrato(s) a la Niñez y adolescencia	16
1. La(s) Familia(s).....	16
2. Las violencias en las familias.	19
2.1. La violencia según Johan Galtung.....	19
2.2. Violencia desde la perspectiva interaccionista transaccional.....	20
2.3. Violencia simbólica según Pierre Bourdieu.....	22
2.4. De violencia familiar a las violencias en las familias.	23
2.5. Modalidad de violencias en las familias	24
3. Lo(s) Maltrato(s) a la Niñez y Adolescencia.....	25
3.1. ¿Qué es MNA?.....	25
Capítulo 2: Modelos explicativos y de intervención en Maltrato a la Niñez y Adolescencia ..	38
1. Modelo etiológicos del MNA.....	39
1.1. Los modelos unicausales	39
1.2. Modelo ecológico-ecosistémico	41
2. Modelos disciplinares de intervención en MNA.....	41
2.1. Modelo disciplinar médico.	42
2.2. Modelo disciplinar psicológico.	45
2.3. Modelo disciplinar del Trabajo Social	54
3. La Interdisciplina	59
4. Nuevos planteos y Atravesamientos del abordaje en MNA.	62
4.1. Procedimientos y criterios para la evaluación de la intervención en MNA.	62
4.2. Del caso a la situación	64
4.3. El diagnóstico basado en el riesgo: reflexión en torno a ello.....	66
4.4. De la doctrina de protección integral	68

Objetivos	73
1. Objetivo General	73
2. Objetivos Específicos.....	73
Marco metodológico.....	74
Aspectos metodológicos: procedimientos, constitución y análisis de los datos cualitativos	756
1. Enfoque.....	75
2. Aspectos generales	76
3. Corpus.....	77
4. Instrumentos o técnicas de recolección de los datos.....	77
4.1. Entrevista semidirigida.....	77
4.2. Historias Clínicas.....	78
5. Descripción de los procedimientos para la constitución, análisis y teorización de los datos.....	79
6. Aplicación de los modelos metodológicos seleccionados al trabajo realizado en la presente tesis.....	80
6.1. Primera Etapa: entrevistas	80
6.2. Segunda Etapa: historias clínicas.....	81
Resultado.....	84
1. Primera Etapa.....	84
Análisis de la pregunta 1: En su trabajo profesional ¿qué es para Ud. un “alta”?	84
1.1. Macro categoría: Nominaciones.....	84
1.2. Macro categoría: Conceptualizaciones.....	87
1.3. Alta como evaluación diagnóstica en la cual no se detectó riesgo.	89
1.4. Macro categoría: vinculaciones.....	89
1.5. Alta vinculada a Objetivos	90
1.6. Alta vinculada al encuadre de trabajo.....	92
Análisis de la pregunta 5: ¿Podría identificar conforme a su profesión qué criterios aplica para determinar el alta?.....	93
1.7. Macro categoría: Estrategias de intervención	93
1.8. Macro categoría: Alta como evaluación de la intervención.....	98
2. Segunda Parte	101
2.1. Historia Clínica Nº 1.....	101
2.2. Historia Clínica Nº 2.....	103

2.3.	Historia Clínica N° 3.....	106
2.4.	Historia Clínica N° 4.....	107
2.5.	Historia Clínica N° 5.....	108
Contrastación.....		111
1.	Primera parte	111
1.1.	En su trabajo profesional ¿qué es para usted un “alta”?.....	111
1.2.	¿Podría identificar conforme a su profesión qué criterios aplica para determinar el alta? 115	
2.	Segunda Parte	123
Conclusión		126
	Primero: ¿Qué significado tiene el alta en el ámbito del maltrato a la niñez y adolescencia?	127
	Segundo: ¿Cuáles son los criterios profesionales identificados para la aplicación del alta o cierre de abordaje?	128
	Tercero: ¿qué atravesamientos reflexivos surgen del abordaje actual del Maltrato a la Niñez y adolescencia?	130
	Cuarto: ¿que importancia tiene este trabajo para el campo de la Niñez, Adolescencia y Familia?	131
	Quinto: ¿Cuales han sido las limitaciones, y propuestas surgidos a partir de este trabajo?	132
Referencias bibliográficas		134
Anexos		142
anexos		143
1.	Guía para la clasificación del maltrato infantil: presencia de indicadores y grado de severidad gabriela morelato (2009)	143
1.1.	Maltrato físico	143
1.2.	Maltrato emocional.....	144
1.3.	Negligencia y abandono	149
2.	Entrevista a profesionales	155

AGRADECIMIENTOS

A mi niñez
A mi padre y a mi madre
A mis hermanas
A mi abuela
A mis muertos
A mis amigos y amigas
A mi familia
A mis compañeras y compañeros de trabajo
A mis jefes
A mis oponentes
A mi terapia
A mi directora y co-directora
A quienes me formaron en investigación
A mis profesores
A mis compañeros de estudio
A los autores



INTRODUCCIÓN

El alta sería como un punto en la oración. El punto puede ser punto seguido o punto aparte. Si el punto es el alta entonces, la oración sería la práctica profesional.

Esto nos lleva a preguntarnos... ¿Es a partir del punto que definimos el contenido de oración? En otras palabras, ¿el alta nos definirá las herramientas que ocupamos en práctica?¹

Resulta de relevancia la metáfora manifestada por profesionales del Programa provincial de prevención y Atención del Maltrato Infantil, a partir del disparo de la pregunta: ¿Qué les parece a uds. la temática del Alta en la problemática del Maltrato a la niñez y adolescencia? Este tópico contribuye a pensar y a repensar el abordaje, nos posiciona frente a nuestras disciplinas y encuadres para analizar ¿cuáles son las prácticas profesionales al afrontar un tratamiento en Maltrato a la niñez y adolescencia (en adelante MNA) y si existe efectividad en la administración de herramientas técnicas?

En el año 1997 en la provincia de Mendoza, se sancionó la Ley 6551, la cual crea al Programa de Prevención al Maltrato a la Infantil (en adelante PPMI), e incluye los siguientes objetivos de gestión: receptor denuncias que provengan de hospitales, unidades de apoyo comunitario, centros de salud y la Línea telefónica 102; efectuar la detección, atención, tratamiento y rehabilitación del niño y adolescente y su familia; propender a la reinserción sana y productiva de la víctima de maltrato en el seno familiar; realizar seguimiento y control de los casos; trabajar en coordinación con otros organismos de competencia; articular recursos con los programas existentes en el ministerio de desarrollo social y salud; elaborar un registro provincial de datos emergentes de los efectores propios y los que surjan de la información de los organismos judiciales; centralizar información para la elaboración de

¹ Reflexión realizada a partir de la entrevista administrada a profesionales del Hospital Saporitti UED Rivadavia el día 23 de agosto 2012.

programas específicos y para la aplicación de otros programas de apoyo existentes en diferentes áreas de gobierno; capacitar profesionales y personal del área de salud; y finalmente fomentar la prevención del maltrato en sus diferentes modalidades, incluidas las que provengan de causas sociales o institucionales.

La Violencia es una problemática que se manifiesta de manera compleja y desde múltiples dimensiones. Bourdieu (2000) expresa que está duraderamente inscrita en lo más íntimo de los cuerpos. Entre estas múltiples maneras de manifestarse se encuentra el Maltrato a la niñez y adolescencia² (MNA) como una de sus variantes. Desde esta perspectiva se entiende por MNA a:

“aquellas situaciones que por acción u omisión no accidental produce un daño (bio-psico y/o social) en el niño o adolescente vulnerando sus derechos, desde el uso de poder – económico, afectivo, físico, psicológico, etc.- por parte de un otro (por ejemplo adulto) a partir de una relación asimétrica, por lo cual reviste un carácter de intencionalidad y responsabilidad por parte de quien lo ejecuta” (Mollo, Martín, & Stagni, 2009).

En este sentido en la atención clínica del MNA, surgen interrogantes enfocados en el abordaje específicamente al otorgar o no el término del tratamiento o intervención. Las Estadísticas locales pertenecientes al PPMI ofrecen datos que se circunscriben en un máximo de 4% anual de altas otorgadas por los profesionales intervinientes. Estos porcentajes son significativos, ya que representan una señal de alarma para las instituciones que atienden y abordan esta problemática. En línea con lo anterior podemos decir que el alta constituye: un desafío a ser investigado, debido a la escasez de exploraciones científicas en el campo del abordaje de diferentes problemáticas sociales y específicamente del MNA y, una dificultad propia de la problemática de la violencia, cuya resonancia afecta a los abordajes terapéuticos y al marco institucional (Pinel, 1998). Desafío y dificultad sin ser parte de un trabajo investigativo pueden resultar otro foco de violencia.

La presente tesis tiene su anclaje en el proyecto de investigación cuyo denominación es: “Criterios de alta clínica en la atención de casos de maltrato infantil en el ámbito público: un enfoque exploratorio”, financiado por el Consejo de Investigación de la Universidad del Aconcagua, dirigido por la Dra. Gabriela Morelato³ y cuya duración es anual. La experiencia de

² En adelante, se sustituirá por la sigla MNA.

³ Investigadora asistente, Psicología Evolutiva y Educacional, INCIHUSA - CONICET - CCT Mendoza, y Prof. Adjunta Psicología del Desarrollo I de la Fac. de Psicología de la Universidad del Aconcagua.

investigación se realizó en PPMI cuya jefatura está a cargo de la Sra. Marta Cadelago de Stagni y la jefa del Departamento Técnico y Jurídico Lic. Silvina Mollo.

Es a partir de la complejidad, sensibilidad y relevancia del tema, que surgió la motivación por indagar los criterios de alta en la atención de casos en situación de MNA a través de la exploración de las historias clínicas, ya que son instrumentos de registro de las intervenciones, de las articulaciones interinstitucionales y además, tiene la relevancia de ser documento público (Luján López, 2012). Teniendo el debido permiso institucional se accedió a las Historias con el objetivo de: Explorar los criterios de Alta en el ámbito del maltrato infantil y de las opiniones de los profesionales intervinientes. Así también como:

1. Indagar las conceptualizaciones teóricas acerca del Alta utilizadas por los profesionales especialistas en el en el abordaje de casos de maltrato infantil.

2. Evaluar los indicadores diagnósticos y estrategias de intervención presentes en los casos que recibieron el Alta a través de los equipos de Salud.

En cuanto a la dirección de la presente tesis estará a cargo de la Dra. Gabriela Morelato debido a la trayectoria como investigadora de Conicet, en consonancia con la dirección del proyecto de investigación mencionado anteriormente, y valiéndonos de la experiencia la profesional en metodología de la investigación. Y a su vez, la codirección de la tesis estará a cargo de la Lic. Silvina Giménez cuya reconocida experiencia en el abordaje asistencial específicamente desde la Unidad de complejidad ubicada en el Hospital Humberto Notti, nos permite una aproximación hacia el análisis de modelos de abordaje así como la lectura especializada de las herramientas técnicas que servirán de corpus de datos para este trabajo.

La planificación utilizada para la estructuración de la tesis es a través de dos bloques. El primero tendrá a su cargo el marco teórico-referencial (Martínez Miguelez, 2006) que contiene dos capítulos:

⊕ El primer capítulo titulado: lo(s) maltrato(s) a la niñez y adolescencia, toma como inicio la definición de familia teniendo en cuenta factores psicológicos, sociales y culturales. Además plantea una crítica abordada por Giberti (1994) y Velázquez (2012) acerca del ideal de familia tradicional para ser trascendida a la presencia actual de multiplicidad de formaciones familiares. Se realiza una trasposición hacia la construcción de la concepción de la violencia teniendo presente la definición global de violencia de Galtung (1975), la violencia simbólica desde el encuadre estructural de Bourdieu (2000) y por último la perspectiva interaccionista

transaccional de Perrone & Nannini (1997). En la misma línea, incluyendo las construcciones realizadas a partir de las diferentes miradas, se engarza el constructo de *violencia(s) en las familia(s)* y se especifican sus modalidades. Desde esta contextualización, se desprende la especificidad del MNA como una modalidad de las Violencia(s) en las familias(s). A partir de esta aclaración, nos introducimos en los diferentes determinantes de la violencia a partir del esquema realizado por Barnett, Manly, & Cicchetti (1993).

⊕ El segundo capítulo titulado: “Modelos explicativos y de intervención en MNA” se realiza un recorrido orientado por 4 ejes. En primer lugar se presentan los modelos etiológicos del MNA, donde se exponen tanto los modelos unicausales como la presentación del modelo ecológico-ecosistémico. En segundo lugar se presentan los modelos disciplinares de intervención en MNA, en el que se utilizó bibliografía editada e inédita sobre procedimientos de intervención de disciplinas como: medicina, psicología y trabajo social. En tercer lugar se realiza un debate sobre la Interdisciplina, colocándose a la misma como requisito primordial en la intervención en MNA. Y por último, en cuarto lugar se trabajó sobre los diferentes atravesamientos del abordaje del MNA, llevando al lector hacia replanteos de los algunos ejes de la intervención.

El segundo Bloque tendrá su eje en el desarrollo metodológico. Para la presente tesina se utilizará el enfoque cualitativo (Denzin & Lincoln, 1994; Martínez Miguelez, 2006; Morse, 2006; Taylor & Bogdan, 1994; Vasilachis de Gialdino, 2011; 2006; 1992; Hernández Sampieri, Fernández Collado & Baptista Lucio, 2006) el cual determinará el tratamiento del corpus de datos y los procedimientos que decantarán en el capítulo de resultados. En la discusión de los resultados los bloques se integrarán con el fin de obtener algunas aproximaciones de sentido, y por último se elaboran las conclusiones de este trabajo.

MARCO TEÓRICO REFERENCIAL

CAPÍTULO 1: LO(S) MALTRATO(S) A LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA

“La violencia hoy configura un cuadro barroco, de encrucijadas y ambigüedades: escaleras que bajan y suben, pozos, calles estrechas, plazas, túneles, demonios que coexisten con ángeles, puertas semiabiertas en las que se ocultan y asoman figuras indeterminadas.

El barroco no es un arte frontal sino circular, ¿no es el barroco un arte de desplazamientos, que exige el movimiento del espectador para ser visto y, lo más importante para verse a sí mismo?” (Reguillo, 1996)

1. La(s) Familia(s)

La familia como concepción ha sido definida desde múltiples campos: disciplinares, políticos, religiosos e incluso económicos. Cada concepción es divergente entre sí (teniendo en cuenta que son diferentes campos) y a su vez, divergente intra sí (teniendo presente las diferentes concepciones ancladas en paradigmas que atraviesan los campos). Estas divergencias se anclan en concepciones paradigmáticas de las que los múltiples campos no son ajenos. A su vez estas modalidades conceptuales implican una descripción que se traduce en una definición operativa acerca de cómo “debe ser” la familia. Por ejemplo: la autora Elizabeth Jelin (2007) explica que en 1976, los militares que tomaron el poder en Argentina, usaron (y abusaron) de la referencia a la familia. La familia como “célula básica”⁴ de la sociedad y la nación -entendida como “gran familia”-, que fue parte

⁴ Concepto compartido por la religión católica apostólica romana expresada en el Catecismo de la Iglesia Católica art. 2207 que expresa: La familia es la célula original de la vida social. Es la sociedad natural en que el hombre y la mujer son llamados al don de sí en el amor y en el don de la vida. La autoridad, la estabilidad y la vida de relación en el seno de la familia constituyen los fundamentos de la libertad, de la seguridad, de la fraternidad en el seno de la sociedad. La familia es la comunidad en la

de una imagen leída de maneras diferentes e incluso contradictorias. Los militares fueron mucho más allá de la apelación a la metáfora y al discurso; intervinieron violentamente en la privacidad y la intimidad de la vida familiar argentina (Jelin, 2007). Es decir, que según el paradigma desde el que se ancle lo que se entiende por familia, será la modalidad de intervención en lo familiar.

Con el objeto de comenzar a pensar lo paradigmático en la concepción sobre la familia, Eva Giberti denota cómo lo ideológico se expresa, a partir de los artículos que acompañan al componente familiar; la misma expresa: “es necesario empezar a hablar de “lo familia” como una alternativa que permita neutralizar el mensaje monádico, unitario, hegemónico que prescribe el artículo “la”, indicativo de un modelo incanjeable, cristalizado, inamovible, intolerable” (Giberti, 1994). Haciendo una relectura de Giberti, Velázquez (2012) agrega que: ésta concepción cuestiona los paradigmas que imponen el modelo tradicional como única forma inmodificable de vida familiar⁵, ya que sin este cambio conceptual, “se corre el riesgo de cristalizar pautas y alternativas que limiten toda transformación personal y social de cada uno de los miembros de una familia” (Velázquez, 2012).

Retomando la crítica a la paradigma tradicional sobre lo que se entiende por familia, Jelin (1998 citada por Robles & Di Leso, 2012, Perez Chaca, Mollo & Giunchi, 2008) sostiene que las tres dimensiones que conforman la definición clásica de familia (sexualidad, procreación y convivencia) han sufrido enormes transformaciones, evolucionando en direcciones divergentes. Es en este sentido que tales categorías resultan insuficientes a los efectos de conceptualizar las familias. La autora comprende a la familia como: “una institución social anclada en necesidades humanas universales de base biológica: la sexualidad, la reproducción y la subsistencia cotidiana. Sus miembros comparten un espacio social definido en términos de relaciones de parentesco, conyugalidad y pater/maternalidad. Se trata de una organización social, un microcosmos de

que, desde la infancia, se pueden aprender los valores morales, se comienza a honrar a Dios y a usar bien de la libertad. La vida de familia es iniciación a la vida en sociedad.

⁵ El modelo tradicional familiar entendido como la familia nuclear, se regulaba a través de tres dimensiones: la regulación del orden sexual –monogamia-, estructura de poder interno –patriarcado y poder familiar- y los resultados en cuanto a hijos y fecundidad. El matrimonio (y su indisolubilidad religiosa, en algunos casos) ha sido la institución por excelencia que ha reforzado aquella idea tradicional de familia, erguida sobre los pilares del parentesco, la convivencia y la sexualidad (heterosexual) (Robles & Di Leso, 2012).

relaciones de producción, reproducción y distribución, con su propia estructura de poder y fuertes componentes ideológicos y afectivos, pero donde también hay bases estructurales de conflicto y lucha. Existen en ella tareas e intereses colectivos, pero sus miembros también poseen intereses propios diferenciados, enraizados en su ubicación en los procesos de producción y reproducción” (Jelin, 1998).

Acompañando esta definición precisaremos que esos componentes ideológicos y las tareas e intereses colectivos e individuales están “regulados por la estructura interna que es la que moldea el tipo de intercambio, además de la particular significación de la experiencia de éstos llevada a todo el grupo tanto pasada como presente y por último la experiencia actual e histórica de sus miembros” (Valgañón, 2001). Es decir que la familia tendría un modo particular de intercambio con el entorno social y político de acuerdo a la historia y experiencia familiar, determinando una impronta identitaria familiar que reproduce una continuidad en sus miembros.

Teniendo en cuenta los hechos societales actuales, la estructura interna de poder, los atravesamientos socio-políticos y la estructura histórico familiar particular, Velazquez (2012) propone: que se podría denominar lo que se conoce como “la familia” por el plural “las familias”, ya que la primera noción como modelo único, no representa las variadas prácticas familiares que existen en la actualidad⁶ (Velázquez, 2012). Esta apreciación entiende a “las familias” no como un punto de partida, como realidad manifiesta, sino como una resultante móvil, como una forma incierta, cuya inteligibilidad se logra si se estudia el sistema de relaciones que mantiene en el nivel socio-político (Donzelot, 1979; Jelin, 1984) y la estructura particular e histórica de los miembros (Valgañón, 2001).

⁶ Diferentes hechos societales han operado transformadoramente en las familias podemos mencionar: la defensa de los derechos de las minorías sexuales; la lucha de las mujeres por la igualdad de género; los movimientos feministas; la adopción; el derecho al aborto; el divorcio; la incorporación sostenida de la mujer al ámbito productivo; la tenencia compartida; la inseminación artificial; la unión civil de parejas del mismo sexo; el derecho a morir; la donación de semen; el alquiler de vientres; la disminución de matrimonios; el aumento de parejas convivenciales; el matrimonio igualitario; los cambios en los roles parentales, sólo para citar algunos. (Robles & Di Leso, 2012).

Estos hechos pueden traducirse en tres palabras: complejidad, contingencia y contradicción, en cuanto a la formación de las familias. Complejidad, en el sentido de la coexistencia y entrelazamiento de las formas familiares; contingencia de relaciones, debido a las opciones y accidentes que siguen al debilitamiento de la regulación institucional; y contradicción entre preferencias, situaciones y recursos (Therborn, 2007).

2. Las violencias en las familias.

Jelin (1998) plantea la familia como un espacio paradójico: es el lugar del afecto y la intimidad, pero es también el lugar privilegiado para el ejercicio de la violencia. (Robles & Di Leso, 2012). Es por ello que para introducirnos en el constructo “violencia familiar”, es necesario que vinculemos estas dos palabras que componen el constructo: Violencia y lo familiar. En antecedente se ha podido orientar una visión sobre lo familiar, la cual acompaña y cualifica el sustantivo “Violencia”. Para explicitar el lugar otorgado al concepto violencia en el constructo violencia familiar, es necesario que avancemos en una reflexión y demostración conceptual de lo que se entiende por Violencia a partir del recorrido por diferentes autores.

2.1. La violencia según Johan Galtung

Johan Galtung (1975) citado por García Mendez (1991) define a la violencia como: “situaciones en las cuales el desarrollo efectivo de una persona en términos físicos y espirituales resulta inferior a su posible desarrollo potencial” (Galtung, 1975), agrega “de este modo, la violencia es definida como la causa de la diferencia entre realidad y potencialidad”. Y por último, García Méndez (1991) ejemplifica expresando que: en una determinada época en que existen los medios potenciales para combatir una cierta enfermedad o para alimentar una población, la muerte por inanición o por una enfermedad evitable representa un claro indicador de violencia (García Mendez, 1991).

Galtung diferencia tres tipos de violencia:

a. La violencia directa, la cual es visible, se concreta con comportamientos y responde a actos de violencia.

b. La violencia estructural, (la peor de las tres), que se centra en el conjunto de estructuras que no permiten la satisfacción de las necesidades y se concreta, precisamente, en la negación de las necesidades.

c. La violencia cultural, la cual crea un marco legitimador de la violencia y se concreta en actitudes. Educar en el conflicto supone actuar en los tres tipos de violencia.

Galtung (2004) explica que: *Los efectos visibles de la violencia directa son conocidos: los muertos, los heridos, los desplazados, los daños materiales; todo ello afectando cada vez más a los civiles. Pero es posible que los efectos invisibles sean aún más viciosos ya que: la violencia directa es producida por las culturas y estructuras violentas, entonces dichas culturas y estructuras también reproducen violencia directa. Para esquematizar esta visión transcribe el siguiente gráfico:*

Gráfico N° 1**Triángulo de Galtung sobre la distribución de tipologías de violencias.**

Rf. (Galtung, 2004)

Esta visión amplia sobre la conceptualización de la violencia expresada en la diferencia entre realidad y la potencialidad, propone tipologías que proporcionan una complejización del concepto a través de interacción entre ellas. Haciendo eje específicamente en la violencia estructural y cultural como potenciadora de violencia directa.

2.2. Violencia desde la perspectiva interaccionista transaccional.

Reynaldo Perrone y Martine Nannini (1997) en su obra "Violencia y abusos sexuales en la familia: un abordaje sistémico y comunicacional" al acercarse al concepto de violencia lo discrimina de la agresividad, al referirse a ella como algo constitutivo y estructural, ya que *sirve para definir el territorio de cada uno y hacer valer "su derecho"*; en cambio la violencia, explica: *rompe los límites del propio territorio y los del otro, invade la relación y los vuelve confusos* agrega además que "es una fuerza destructora de sí mismo y del otro". Puede además explicitar que el acto violento es: "todo atentado a la integridad física y psíquica del individuo, acompañado por un sentimiento de coerción y de peligro" (Perrone & Nannini, 1997).

A partir de esta diferenciación (Perrone & Nannini, 1997), ahonda en su conceptualización a través del establecimiento de cuatro premisas básicas:

Primera: *la violencia no es un fenómeno individual sino la manifestación de un fenómeno interaccional.* No puede explicarse tan sólo en la esfera de lo intrapsíquico sino en un contexto relacional, puesto que es el resultado de un proceso de comunicación particular entre dos o mas personal.

Segunda: *Todos cuanto participan en una interacción se hayan implicados y son, por lo tanto, responsables (aquí la palabra “responsable” hace referencia a una responsabilidad interaccional no legal).* De hecho, quien provoca asume la responsabilidad que quien responde la provocación aun cuando la ley no castigue sino al que pasa al acto. Señalamos que hemos podido observar una participación activa y muy precoz de los niños en la interacción violenta. Al comportarse de determinado modo se vuelven actores responsables de la aparición de la violencia.

El hecho de considerar que un niño participa en la aparición de la violencia desde un punto de vista psicológico, no impide que el adulto, implicado de un punto de vista moral y legal, deba rendir cuenta de su acto.

Tercera: en principio debe darse por sentado, que *todo individuo adulto, con capacidad suficiente para vivir de modo autónomo es el garante de su propia seguridad.* Sino asume esta responsabilidad estimula los aspectos incontrolados y violentos de la otra persona, con lo que organiza y alimenta una interacción de carácter violento. Esta idea nos permite concebir las relaciones humanas desde un punto de vista transaccional, donde cada individuo debe realizar operaciones tendientes a garantizar su seguridad personal. Si la persona no efectúa tales operaciones, las transacciones se realizan de modo tal que se vuelve posible la aparición de la violencia.

El hecho de ser víctima (o de ponerse en tal posición) mas que en la de verdugo, no cambia en nada el grado de responsabilidad de cada uno. Ésta, obviamente consiste en no ser ni víctima ni verdugo.

Cuarta: *cualquier individuo puede llegar a ser violento con diferentes modalidades o manifestaciones.* La violencia y la no violencia más que en estados opuestos y excluyentes, corresponden a una situación de equilibrio inestable en un mismo individuo. Este no es de por sí violento pero en determinado contexto o en determinada interacción puede manifestar violencia.

Esta perspectiva, a diferencia de las otras visiones o tradiciones conceptuales, hace hincapié en el aspecto relacional en la trama violenta, responsabilizando a los implicados ya que son garantes de su propia seguridad, y estableciendo que el contexto puede “provocar” al sujeto y manifestar violencia. La violencia como concepto en sí, es entendida como un avance sobre los derechos propios y ajenos, y territorio propio y del otro, atentando contra la

integridad (psicofísica) del individuo, acompañado por sentimiento de coerción y en situación de peligro (Perrone & Nannini, 1997).

2.3. Violencia simbólica según Pierre Bourdieu

Pierre Bourdieu a través del concepto de violencia simbólica, engloba e interpela a las otras formas de violencia. En su trama discursiva las relaciones de dominación –dominados/as y dominadores/as- reproducida a través de la estructura social son centrales y explica esta particular referencia:

El orden establecido, con sus relaciones de dominación, sus derechos y sus atropellos, sus privilegios y sus injusticias, se perpetúa, en definitiva, con tanta facilidad, dejando a un lado algunos incidentes históricos, y las condiciones de existencia más intolerables puedan aparecer tan a menudo como aceptables por no decir naturales. Y siempre he visto en la dominación masculina, y en la manera como se ha impuesto y soportado, el mejor ejemplo de aquella sumisión paradójica, consecuencia de lo que llamo la violencia simbólica, violencia amortiguada, insensible, e invisible para sus propias víctimas, que se ejerce esencialmente a través de los caminos puramente simbólicos de la comunicación y del conocimiento o, más exactamente, del desconocimiento, del reconocimiento o, en último término, del sentimiento. Esta relación social extraordinariamente común ofrece por tanto una ocasión privilegiada de entender la lógica de la dominación ejercida en nombre de un principio simbólico conocido y admitido tanto por el dominador como por el dominado, un idioma (o una manera de modularlo), un estilo de vida (o una manera de pensar, de hablar o de comportarse) y, más habitualmente, una característica distintiva, emblema o estigma, cuya mayor eficacia simbólica es la característica corporal absolutamente arbitraria e imprevisible, o sea el color de la piel. (Bourdieu, 2000, pág. 12).

A partir de lo expuesto puntualiza sobre lo simbólico en relación a la violencia física como una de las formas de efectivizarse, respondiendo:

Al tomar «simbólico» en uno de sus sentidos más comunes, se supone a veces que hacer hincapié en la violencia simbólica es minimizar el papel de la violencia física y (hacer) olvidar que existen mujeres golpeadas, violadas, explotadas, o, peor aún, querer disculpar a los hombres de tal forma de violencia. Cosa que, evidentemente, no es cierta. Al entender «simbólico» como opuesto a real y a efectivo, suponemos que la violencia simbólica sería una violencia puramente «espiritual» y, en definitiva, sin efectos reales (Bourdieu, 2000, pág. 50).

Este autor puntúa sobre cómo se expresa la violencia simbólica en referencia al cuerpo expresando: “están duraderamente inscritos en lo más íntimo de los cuerpos bajo forma de

disposiciones, adoptan a menudo la forma de emociones corporales -vergüenza, humillación, timidez, ansiedad, culpabilidad- o de pasiones y de sentimientos -amor, admiración, respeto-; emociones a veces aún más dolorosas cuando se traducen en unas manifestaciones visibles, como el rubor, la confusión verbal, la torpeza, el temblor, la ira o la rabia impotente, maneras todas ellas de someterse, aunque sea a pesar de uno mismo y como de malagana, a la opinión dominante, y manera también de experimentar, a veces en el conflicto interior y el desacuerdo con uno mismo”, “se trata de la complicidad subterránea que un cuerpo que rehúye las directrices de la conciencia y de la voluntad mantiene con las censuras inherentes a las estructuras sociales” (Bourdieu, 2000, pág. 56).

Esta estructura social que retoma el autor, son *históricas, son el producto de un trabajo continuado de reproducción al que contribuyen unos agentes singulares (entre los que están los hombres, con unas armas como la violencia física y la violencia simbólica) y unas instituciones: Familia, Iglesia, Escuela, Estado. Así pues, las inclinaciones (habitus) son inseparables de las estructuras (habitudes, en el sentido de Leibnitz) que las producen y las reproducen, tanto en el caso de los hombres como en el de las mujeres, y en especial de toda la estructura de las actividades técnico-rituales, que encuentra su fundamento último en la estructura del mercado de los bienes simbólicos (Bourdieu, 2000, pág. 50). Y agrega que la violencia simbólica no reside en las conciencias engañadas que bastaría con iluminar, sino en unas inclinaciones modeladas por las estructuras de dominación que las producen, llevando a los dominados a adoptar sobre los dominadores y sobre ellos mismos un punto de vista idéntico al de los dominadores.*

El punto de vista bourdieuno nos introduce en la conceptualización de violencia, desde el paradigma estructuralista, en tanto sujeto-estructura internaliza, naturaliza y reproducen relaciones de dominación e incluso establecen parámetros para el análisis de esta forma de violencia. Agrega que la reproducción se debe a agentes singulares inseparables de sus instituciones: Familia, Iglesia, Escuela y Estado.

2.4. De violencia familiar a las violencias en las familias.

La violencia no es una, es múltiple y diversificada. Sin embargo para orientar una significación desde esta multiplicidad es necesario problematizar el concepto, bucearlo y describirlo desde distintas miradas. Ya que la violencia, -aun cuando se conceptualiza-, es una palabra frente a la cual no podemos permanecer neutrales, nos implica en significados tanto racional como emocionalmente (Hernandez, 2002). Es necesario puntualizar que “la violencia” entendida como una escena particular, donde existen protagonistas estereotipados, y con un

guión pre-armado, no tienen lugar en este análisis. Es por la diversidad de sujetos y situaciones, así como las formas de percibir de los sujetos sobre estas situaciones, que nos llevarían a observar la pertinencia de expresar la(s) violencia(s) en lugar de LA VIOLENCIA.

El constructo la Violencia familiar otorga una manifestación totalizadora de esta situación vívida en un momento particular por la familia (Perrone & Nannini, 1997)⁷; es necesario tener en cuenta, que las situaciones o sucesos en ámbito particular/doméstica/familiar son “inseparables” de las estructuras a las que pertenecen (Bourdieu, 2000; Galtung, 1975). Estas estructura nos permiten observar que: “no toda violencia ejercida llega a ser denunciada, no todo maltrato físico representa una vida de maltrato, y no toda maltrato llega al sistema público (Arruabarrena Madariaga, 2009)⁸. Además existen formas de violencia encubiertas en la misma intervención o abordaje con las familias, ejercida por profesionales que trabajan específicamente o no en el área de la violencia y predominan las creencias y valores acerca de cómo debe ser una familia y la relación entre sus miembros, los hechos narrados por las víctimas pueden dar lugar a situaciones de desconfianza, descreimiento y sospecha, dilatando así la atención adecuada. Representando francos malos tratos en el espacio de la consulta (Velázquez, 2012, pág. 31).

“Las violencias en las familias” en lugar de la violencia familiar, propone un acercamiento a la diversidad familiar, la intersección de violencia como un atravesamiento en la situación de las familias y las violencias como modalidad el abordaje y posicionamiento técnico, *en donde dependiendo del episodio familiar, alguno de los miembros podrá actuar violentamente provocando una escalada de crisis violenta* (Guzmán Leighton, Luconi, & Lucero, 2011), y teniendo en cuenta el contexto social, político y cultural, será cómo la violencia de irrumpirá en la dinámica familiar.

2.5. Modalidad de violencias en las familias

Existen dos modalidades:

1. Violencia intrafamiliar: se trata de violencias surgidas entre los miembros de la familiar que conviven.
2. Violencia extrafamiliar: se trata de violencias ejercidas por miembros de la familia que no conviven entre sí.

⁷ Esta aclaración se fundamenta en la cuarta premisa expresa por (Perrone & Nannini, 1997).

⁸ Por ejemplo: La invisibilidad de las acciones violentas que ocultan sus consecuencias en ámbitos privados de la salud, sin dejar lugar a la intervención oportuna. (Lucero, Guillot, Guevara, & Martín, 2012)

3. Lo(s) Maltrato(s) a la Niñez y Adolescencia.

Una de las manifestaciones de las violencias en las familias es el Maltrato a La Niñez y Adolescencia⁹ (en adelante MNA) (Morelato, Giménez, & Colombo, 2001). Para introducirnos en el presente subtema tendremos en cuenta: definición/es sobre MNA, tipologías y sus determinantes.

3.1. ¿Qué es MNA?

El maltrato a los/as niños/as es un problema universal que ha existido desde tiempos remotos; sin embargo en el siglo XX con la Declaración de los Derechos del Niño (O.N.U. 1959)

⁹ Se retoma a la maltrato a la niñez y adolescencia en deferendum con maltrato infantil, teniendo en cuenta la distintas concepciones teóricas y paradigmas sobre niñez actuales. Para ello se tendrá en cuenta lo que se entiende por: infancia, menor y niñez y adolescencia.

1.- Infancia: *El término "infantia" que se refiere literalmente a una ausencia del habla, es decir, es un concepto utilizado para denominar a personas con carencias en la comunicación verbal, pero no es un término que representará a la "infancia". De hecho, en los estudios históricos sobre Roma antigua, se observa que las consideraciones que hacen referencia a la niñez, derivan sólo de la preocupación de los adultos por temas como la Fecundidad, la patria potestad, normativas respecto a educación y la institucionalidad social. Esta situación de casi negación de la infancia, es consistente con la práctica extendida y aceptada en la antigüedad respecto del infanticidio y sacrificio de niños(as) en diversos rituales.*

Durante la época medieval, en Europa, tampoco existe una representación socialmente significativa sobre la "infancia". Como lo demuestran diversas pinturas y relatos costumbristas de esa época, lo que hoy llamamos infancia estaba limitado a la definición de un período muy breve en la vida de las personas, donde los niños(as) desde muy pequeños, una vez que pasaban el estricto y breve período de dependencia materna, se integran totalmente al mundo de los adultos, vistiendo igual que ellos y realizando las mismas actividades u oficios.

Así, La sociedad de principios de la Edad Media sólo ve en el niño(a) una persona pequeña o, mejor dicho, "un hombre incompleto que pronto se haría, o debería hacerse, un hombre completo", Asimismo, en aquel duro ambiente de guerreros, propio de la Edad Media, la debilidad que simboliza el niño(a) no se aprecia como agradable ni gentil" (Ariés, 1960).

2.- Cambio paradigmático entre la nominación menor y niñez: Emilio García Méndez (1991) establece una relación entre las dos concepciones anteriores: *"Las diferencias que se establecen al interior del universo infancia, entre los sectores incluidos en la cobertura de las políticas sociales básicas (educación y salud) y los sectores excluidos es tan enorme, que un concepto único no podrá abarcarlos. Los incluidos, se transformarán en niños y adolescentes, los excluidos se transformarán en "menores". Los incluidos serían los niños y adolescentes que se encontraban en la institución escolar y lo excluidos serían aquellos menores sin recursos puestos a disponibilidad del Estado y encerrados en los patronatos.*

A partir del derecho de los niños a tener derechos humanos en la cancha internacional:

*(1924) Declaración de Ginebra sobre los Derechos del Niño.

*(1959) Declaración de los Derechos del Niño. Naciones Unidas.

*(1989) Convención sobre los Derechos del Niño de Naciones Unidas (en vigor a partir del 2-11-1990). (Casas, 2006)

Se produjo un salto cualitativo que implicó un cambio de posicionamiento, donde el niño deja de ser objeto del derecho para asumirse como sujeto de derechos, esta concepción es acompañada por el desplazamiento del Juez como el padre protector (patronato) que podía intervenir con la suprema potestad sobre la vida de un menor, a partir de que se evaluara que se encontraba en peligro material o moral. Actualmente se ha creado organismos que permitan administrar recursos con el objeto de preservar, restituir o reparar las consecuencias derechos del niño que han sido vulnerados (Ley Nacional Nº 26061 "DE PROTECCION INTEGRAL DE LOS DERECHOS DE LAS NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES", 2005).

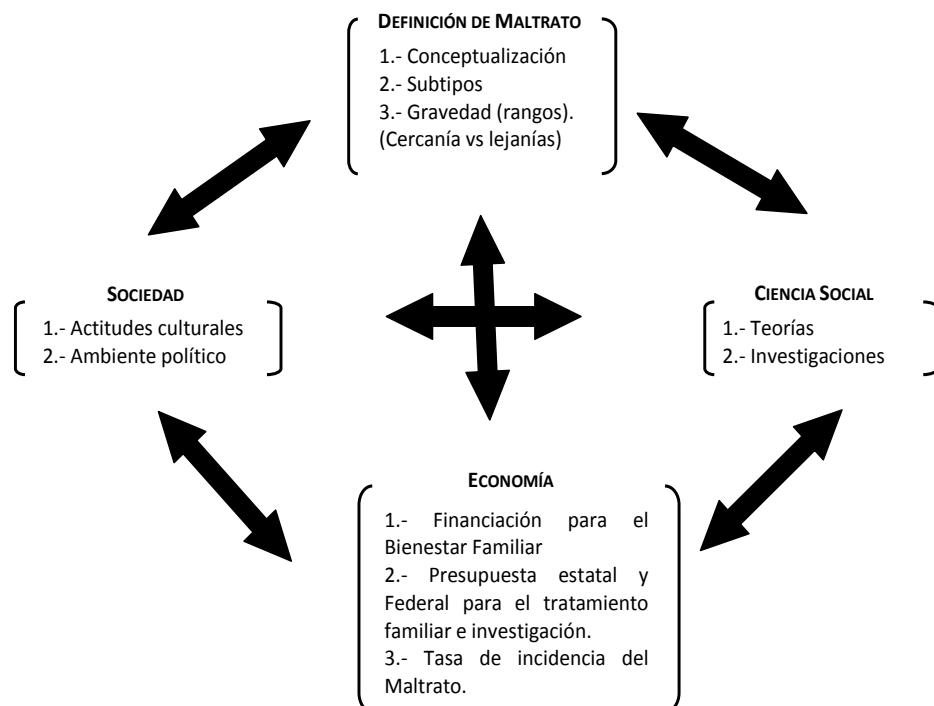
es cuando se le considera como un delito y un problema de profundas repercusiones psicológicas, sociales, éticas, legales y médicas. La investigación norteamericana sitúa el comienzo de la sensibilización mundial cuando investigadores como Kempe, Silverman, Steele y otros, en 1962 etiquetaron el llamado Síndrome del Niño Maltratado¹⁰ (Gimenez & Caballero, 2008; Casas, 2006; Kempe, 1962).

Existen diferentes dimensiones que determinan la definición del MNA, proponiendo una visión sobre las multiplicidad de campos que pueden concurrir en: qué se define el MNA, cuáles son las representaciones sociales acerca del MNA, cuál es la inversión en programas que permitan la prevención de la problemática y cuál es el estado de la ciencia e investigación sobre el abordaje, prevención y detección. Barnett, Manly, & Cicchetti (1993) describen los determinantes a través del siguiente esquema:

Cuadro Nº 1:

Los determinantes de la definición de maltrato a la niñez y adolescencia

(Barnett, Manly, & Cicchetti, 1993)¹¹



¹⁰ Entendemos por síndrome del niño maltratado: un conjunto de actitudes lesivas llevadas a cabo en contra de menores, por parte de padres naturales o adoptivos. El síndrome incluye desde el daño físico al psíquico y puede manifestarse en distintas formas (Kempe, 1962).

¹¹ Traducción personal del cuadro presentado en Barnett, Manly, & Cicchetti (1993).

A partir del esquema anterior profundizaremos en cada determinante a través de la descripción de la realidad local mendocina y algunas investigaciones realizadas sobre la problemática del MNA tanto nacionales como internacionales.

En el año 1997 en la provincia de Mendoza, se sancionó la Ley 6551, la cual crea al Programa de Prevención al Maltrato a la Infantil (en adelante PPMI), e incluye los siguientes objetivos de gestión: recepcionar denuncias que provengan de hospitales, unidades de apoyo comunitario, centros de salud y la Línea telefónica 102; efectuar la detección, atención, tratamiento y rehabilitación del niño y adolescente y su familia; propender a la reinserción sana y productiva de la víctima de maltrato en el seno familiar; realizar seguimiento y control de los casos; trabajar en coordinación con otros organismos de competencia; articular recursos con los programas existentes en el ministerio de desarrollo social y salud; elaborar un registro provincial de datos emergentes de los efectores propios y los que surjan de la información de los organismos judiciales; centralizar información para la elaboración de programas específicos y para la aplicación de otros programas de apoyo existentes en diferentes áreas de gobierno; capacitar profesionales y personal del área de salud; y finalmente fomentar la prevención del maltrato en sus diferentes modalidades, incluidas las que provengan de causas sociales o institucionales.

Iniciaremos el cruce de datos locales con los determinantes a partir de lo que se entiende por definición de MNA:

3.1.1. Conceptualización

“Entiéndase por maltrato a la Niñez y Adolescencia todo acto intencional realizado en contra de un niño o un adolescente y que ponga en riesgo su integridad física y emocional. Considérense todas las modalidades que lo configuran: maltrato físico, psicológico, abuso sexual, negligencia o abandono.” (Ley N° 6551, art. 2). A su vez, a través de la experiencia en el funcionamiento del PPMI se ha logrado incluir mayor complejidad a esta definición aportando el tipo de relación, el tipo de hecho, y declara a quien produce el mismo intencionalidad y responsable sobre lo cometido: “se entiende por maltrato infanto-juvenil como aquellas situaciones que por acción u omisión no accidental produce un daño (bio-psico y/o social) en el niño o adolescente vulnerando sus derechos, desde el uso de poder –económico, afectivo, físico, psicológico, etc.- por parte de un otro (por ejemplo adulto) a partir de una relación asimétrica, por lo cual reviste un carácter de intencionalidad y responsabilidad por parte de quien lo ejecuta” (Mollo, Martín, & Stagni, 2009).

3.1.2. Subtipos de MNA:

Ruth y Henry Kempe (1985) cuando comenzaban a describir el fenómeno del MNA, distinguieron cuatro categorías de MNA, a las cuales adhieren la mayoría de los autores que hablan acerca del tema. Las modalidades que lo configuran son: Maltrato físico, Maltrato emocional o psicológico, Negligencia y Abandono y Abuso sexual Infantil. Es frecuente encontrar que un niño víctima de malos tratos sufra más de un tipo de MI y que los casos puros de un determinado tipo de maltrato sean una excepción (Milling Kinard, 1998). Por lo tanto, la mayoría de los casos detectados por los servicios de atención familiar se refieren a casos que incluyen la co-ocurrencia de varios tipos de maltrato (Muela Aparicio, 2008).

1. El maltrato físico (5.1.)

Es el uso intencional de la fuerza física por parte de la madre, padre o tercero conviviente, con el objeto de castigar y/o lastimar al niño, niña o adolescente. Este tipo de maltrato abarca una serie de actos perpetrados utilizando la fuerza física de modo inapropiado y excesivo. Es decir, es aquel conjunto de acciones no accidentales ocasionadas por adultos (padres, tutores u otros familiares), que originan en el niño un daño físico o enfermedad manifiesta. Aquí se incluyen entre otros a golpes, arañazos, fracturas, pinchazos, quemaduras, mordeduras y sacudidas violentas.

2. El maltrato Psicológico (5.2.)

Está constituido por conductas de padre, madre o cuidador, tales como insultos, amenazas, desprecios, humillaciones, críticas, burlas o aislamientos, que causen o puedan causar deterioro en el desarrollo emocional, social o intelectual del niño/a o adolescente. Es aquel conjunto de manifestaciones crónicas, persistentes y muy destructivas que amenazan el normal desarrollo psicológico del niño/a. Estas conductas comprenden además toda otra clase de hostilidad verbal hacia el niño. Este tipo de maltrato, ocasiona que en los primeros años del niño/a, no pueda desarrollar adecuadamente el apego, y en los años posteriores se sienta excluido del ambiente familiar y social, afectando su autoestima y sus habilidades sociales.

3. La negligencia (5.3.)

Es la falta de atención adecuada de las necesidades básicas del niño, por parte de un adulto responsable del grupo conviviente. Estas necesidades pueden ser alimentación, higiene, seguridad, atención médica, educación y otras. Se entiende que en ningún caso configura maltrato si ésta desatención tiene que ver con pobreza extrema y/o falta de recursos propios. La negligencia es una falta de responsabilidad parental que ocasiona una omisión ante aquellas necesidades para su supervivencia y que no son satisfechas temporal o permanentemente por

los padres, cuidadores o tutores. Comprende una vigilancia deficiente, descuido, privación de alimentos, incumplimiento de tratamiento médico e impedimento a la educación.

4. El abuso sexual (5.4.)

El abuso sexual infantil (ASI) es definido como “toda aquella situación en que un adulto utiliza su interrelación con un menor en relación de sometimiento, para obtener una satisfacción sexual en condiciones tales en que el niño o niña son sujetos pasivos de tales actos y pierden la propiedad de sus propios cuerpos” (Grosman, Mesterman, 1992). Es importante mencionar en este punto que la definición de abuso sexual en salud difiere de la establecida para su configuración como tipo penal, la cual exige necesariamente contacto físico. Por otra parte, es uno de los tipos de maltrato que implica mayores dificultades a la hora de producir un diagnóstico. Consiste en aquellas relaciones sexuales, que mantiene un niño o una niña (menor de 18 años) con un adulto o con un niño de más edad, para las que no está preparado evolutivamente y en las cuales se establece una relación de sometimiento, poder y autoridad sobre la víctima. Las formas más comunes de abuso sexual son: el incesto, la violación, la vejación y la explotación sexual. También incluye la solicitud indecente sin contacto físico o seducción verbal explícita, la realización de acto sexual o masturbación en presencia de un niño, la exposición de órganos sexuales a un niño o su exposición a material pornográfico, películas, material gráfico entre otros” (Martín, Mollo y Stagni, 2008).

5- Síndrome de Münchausen By Proxy (5.5.)

Este síndrome se expresa a través de la simulación o “fabricación” de síntomas por parte del padre, madre o tutor que conllevan a exploraciones invasivas, provocando sufrimiento innecesario y confusión en el diagnóstico, ocasionando daños irreparables, pudiendo llegar hasta la misma muerte del niño. Si bien este tipo de maltrato no es común, no obstante en Mendoza se han detectado varios casos. En él se observa que el/la niño/a presenta síntomas referidos por el/la progenitor/a que no admiten explicaciones (hemorragias, síntomas neurológicos, alteraciones en los exámenes complementarios), además de una recurrencia inexplicable de enfermedades. En este caso, los supuestos síntomas no se evidencian en ausencia del progenitor, el cual estaría excesivamente atento y difícilmente se separa del hijo (Martín, Mollo, Stagni, 2008).

3.1.3. Severidad y Gravedad del MNA.

En cuanto a este aspecto específicamente la severidad y cronicidad del caso es evaluado por los profesionales en ámbito de trabajo, a partir de ello determina el tratamiento, las medidas de protección y articulación interinstitucional si fuere necesario. Los equipos de

trabajo están compuestos por un Médico (Pediatra o Médico de Familia), Psicóloga/o y Trabajador Social o Lic en Niñez, Adolescencia y Familia y la atención se realiza en Centros de Salud y/u Hospitales Regionales.

En cuanto al ámbito de investigación la Dra. Gabriela Morelato (2009) ha realizado una clasificación donde puede combinar la tipología con la cronicidad y gravedad. El artículo es una adaptación al plano local de la clasificación de Barnett, Manly, & Cicchetti (1993), la revisión de Cicchetti, Rogosch, Manly & Lynch, M. (2005) y los trabajos de Arruabuarrena y De Paúl (2001). Debido a la extensión del mismo se colocará en el apartado de anexos.

3.1.4. En cuanto a lo Económico:

1.- Financiación: La financiación otorgada al PPMI se realiza por medio del Instituto de Juegos y Casinos. Han existido propuestas a fin de mejorar la partida presupuestaria pero no han reunido el consenso necesario en el ámbito legislativo provincial.

2.- Tasa de incidencia: Si bien las estadísticas del PPMI no ofrece tasa de incidencia se puede establecer que: “en el período 2010-2011 el programa ha ido aumentando progresivamente la cantidad de efectores en los que se presta servicio, llegando a 27 efectores con 141 profesionales. De este modo, el programa ha atendido a 45.995 personas en situación de violencia intrafamiliar y brindado una cantidad estimativa de 143.367 prestaciones” (Area Estadísticas y Epidemiología - PPMI, 2012).

3.1.5. En cuanto al Ciencias Sociales

Teorías e Investigaciones: Existen múltiples modelos teóricos explicativos (Moreno Manso, 2006) de las causas posibles de ésta problemática, sin embargo éstos aportes resultan *imprecisos* para ser utilizados en Programas de Protección de la Infancia ya que no son lo suficientemente potentes -como cuerpo teórico- para apoyar tales soluciones (Moreno Manso, 2006); además es importante tener en cuenta que “la falta de claridad y ambigüedad en las definiciones ha sido la mayor dificultad en investigaciones sobre Maltrato Infantil (Korbin, 1980, citado en Gelles & Lancaster, 1987; Starr, Dubowitz & Bush, 1990; Newberger, Moore & Hamton, 1983; Howing, Wodarski, Kurtz & Gaudin, 1989; Shaw, 1986; Haugaard & Emery, 1989; Besharov, 1981; Gelles, 1987 citados en Aracena, Balladares, Roman, & Weiss, 2002) Es pues, esta falta de conceptualización y operacionalización clara acerca del Maltrato Infantil, que dificulta la tarea de crear programas de intervención adecuados que permitan alcanzar un objetivo último de proteger al niño de la violencia (Valentine & col. 1984 citado por Aracena, Balladares, Roman, & Weiss, 2002). Estas dificultades teóricas e imprecisiones conceptuales afectan este abordaje.

3.1.6. En cuanto a Sociedad:

Actitudes culturales y ambiente política: Para abordar este determinante tendremos en cuenta a los medios de comunicación (en adelante MMC) como expendedores de opinión. Es importante aclarar que los Medios masivos de comunicación no representan el único medio por el cual la sociedad se comunica o se manifiesta, sin embargo debido a su masividad contribuyen a crear y captar la opinión de la población en general. Se tomará un caso y desarrollará la crónica del mismo a fin de obtener algún tipo de descripción de la noticia. Se ha tomado dos medios que representan diferentes empresas dedicados a la comunicación.

El 10 de octubre del 2012 se aprehende a un hombre de 40 años por una situación de Abuso Sexual a una adolescente. La Adolescente de 12 años era obligada por su madre a mantener relaciones sexuales con este hombre, el cual era pareja de la progenitora. Mientras ésta situación sucedía era filmada por la progenitora. Transcribo algunos recortes de notas:

· Fuente: Diario digital MDZOL

“Culpa, silencio, miedo, vergüenza, duda, sumisión, tristeza, aislamiento, fuga, droga, violencia. Algunos, sólo algunos, de los infinitos modos a través de los cuales la criatura o el adolescente, puede expresar el dolor de haber sido -y ser- ultrajado sexualmente” (Catalá & Yacante, 2012).¹²

“Un ex rugbier y actual seguridad privada que ya se encuentra en el módulo para abusadores sexuales de Almafuerde. Una madre malévola, también jugadora de rugby y pareja de un hombre casado. En el medio, la niña violada” (Azcurra, 2012)

· Fuente: Diario digital e impreso “EL SOL”

“La historia no deja de sorprender. No hay manera de entender un caso así. Es tal la perversión, que la única pregunta que cabe es determinar cuál puede ser el límite de la maldad. Mendoza es testigo de un hecho policial que ha trascendido las fronteras.

Una mujer entregó a su hija para que abusaran sexualmente de ella. Y no sólo eso, sino que, como si fuese un juego y en complicidad con el violador, ha registrado un video de todo el episodio. Nadie en su sano juicio puede comprender qué pasa por la cabeza de una persona que pueda llegar a planificar y a ejecutar algo semejante.

Ya va más allá de la perversión; es odio, son ganas de destruir una vida. A todo eso se agrega la doble moral, tanto de la madre entregadora como del abusador. Son delincuentes que se mueven entre nosotros y simulan ser padres de familia o madres ejemplares.

¹² Fuente: Diario digital Mdzol

Se trata de devoradores. Por eso es necesario estar atentos siempre a la mínima señal. No se trata de vivir bajo un estado de paranoia, sino de no perder la capacidad de sorpresa y saber que siempre puede pasar algo peor. “ (Editorial, 2012).

Crónica de noticias sobre el caso el periódico “El Sol”.

- 15 de octubre del 2012: Los estudios físicos confirman que abusaron de la niña de 13 años. "lesiones en sus partes íntimas provocadas por un ataque sexual"
- 16 de octubre del 2012: No se encontraron los videos para ser objetos de pericia. El abogado solicita el arresto domiciliario.
- 17 de octubre del 2012: Se otorga la prisión domiciliaria a la pareja de la progenitora debido a la falta de pruebas.
- 05 de noviembre del 2012: Le otorgan prisión domiciliaria a la madre por **contradicciones de la chica en cámara gesell**. La abuela dice: "es mentira eso que dicen de que mi nieta inventó los hechos. La misma doctora que la atendió me dijo a mí que fue abusada".
- 06 de noviembre del 2012: Se libera a la madre y el fiscal espera más pericias.

Esta crónica nos ofrece una mirada de la opinión pública o de los expendedores de opinión sobre el los diferentes estadíos episódicos sobre el caso. Acompañando estas noticias, en el mismo día y por este medio, se puede observar otra noticia con las mismas características que denota el caso en cuestión: el padrastro abusaba de la hijastra, le suministraba drogas y luego era objeto de abuso. Los puntos principales de la misma explican:

06 de noviembre del 2012: Una persona de 42 años se acepta culpable de haber violado a su hijastra. Los relatos de la niña en cámara gesell **fueron contundentes. Los psicólogos** que escucharon su relato **determinaron que no fabulaba**.

A diferencia del caso anterior, el autor del hecho se declara culpable, se encuentran un video realizado por el mismo, los relatos de la niña se declaran “contundentes” a las palabras del periodista, debido a que los psicólogos declararon que “no existían fábulas en el relato”.

Si bien existía pruebas periciales así como el relato de culpabilidad que favorecían la condena de este sujeto, es sobre éste última frase en la que sería importante preguntarnos: ¿es posible que un psicólogo forense, formado en peritaje de abuso sexual infantil determine si hay fábula o no en un relato ASI?

Atento a ésta pregunta y a la luz de la teoría sobre el abuso sexual, Summit (1985 citado en Intebi, 1998) hace referencia al Síndrome de Acomodación al Abuso Sexual Infantil,

el cual, implica una serie de comportamientos en el niño/a víctima de abuso. Comprende 5 patrones conductuales:

1. El secreto: es una de las precondiciones del abuso. El ofensor lo necesita para seguir manteniendo el contacto con la víctima. La coacciona de forma física y emocionalmente, convirtiendo el temor en una promesa de seguridad: si calla, todo saldrá bien.

2. La desprotección: es la razón por la que los niños se someten fácilmente al adulto en un vínculo autoritario. Cuando el abuso se produce en la propia cama, el niño atina sólo a hacerse el dormido, cambiar de posición o cubrirse con las sábanas.

La ausencia de autodefensa y el silencio no significan que la víctima acepte o disfrute del contacto sexual. Resulta ser el mecanismo de acomodación, el mecanismo de defensa más común frente al trauma: creer que la propia percepción dolorosa es equivocada o negarla por completo.

3. El atrapamiento y la acomodación: cuando la situación abusiva se convierte en algo crónico, repitiéndose sin que le niño pueda protegerse, comienza la fase en que queda atrapado porque comenzarán a funcionar los mecanismos adaptativos para acomodarse no sólo a las demandas sexuales crecientes sino al descubrimiento de la traición, inocultable ya, por parte de alguien a quien normalmente se idealiza como una figura parental, altruista y amable.

4. La revelación tardía, conflictiva y poco convincente: el secreto del abuso raramente se devela, fuera del grupo familiar a veces, de manera espontánea. Cuando sale a la luz se debe al estallido de un conflicto familiar, al descubrimiento accidental por parte de un tercero o a la detección por parte de personal especializado.

El relato de los adolescentes se torna poco creíble y suena como una venganza frente al castigo o una excusa a sus desobediencias.

5. La retractación. Junto con la rabia y el despecho que motivó la confesión subyacen sentimientos de culpa por acusar a un familiar y por no cumplir con la obligación de mantener unida a la familia¹³.

Esto hace que los niños se arrepientan de haber develado el secreto. Puede suceder que nadie le crea al niño, o que la madre enojada, se vaya de la casa con sus hijos o mande a la víctima fuera de su casa. Si se produce la retractación, las madres ya no tendrán que tomar

¹³ Ésta última fase descrita por Summit es un aspecto bien conocido y temido por los especialistas porque se transforma en otro punto de descrédito para la criatura. (Intebi & Ochotorena, 1998)

decisiones drásticas que tanto pánico les producían. De esta manera se restaura el precario equilibrio familiar (Delgado, 2012).

Esta teoría explica claramente sobre los pasos que se observan en el abuso, entre ellos la RETRACTACIÓN. Intebi (1998) explica: “Ésta última fase descrita por Summit es un aspecto bien conocido y temido¹⁴ por los **especialistas** porque se transforma en otro punto de descrédito para la criatura”. Es preciso aclarar que la retractación no debería ser “temida” por los especialistas, sino tomada como parte de la manifestación de este fenómeno del ASI.

En línea con lo anterior, reflexionando sobre la frase ¿fabula o no fabula? Es posible que puede ser atribuida con mayor probabilidad a la lectura de una editorial que capta noticias a partir de fuentes, que pueden o no ser expertas, e incluso pueden ser filtradas de acuerdo a ciertos errores producto de la falta de información o contenido sobre un tema específico¹⁵, o incluso debido a cómo el sentimiento social le narra al periodista la nota. Es posible, de acuerdo a lo expresado por esta nota, que como decía un testimonio de una paciente de Intebi & Ochotorena (1998): *Ahora, despues de todo lo que pasé, me pregunto: ¿Por qué resulta mas fácil encontrar razones para no creer?*

El objeto de este determinante, impulsa a indagar sobre la opinión del ciudadano medio sobre esta problemática. Es decir, sería oportuno preguntar cuál es el impacto de la opinión pública, sobre esta problemática. Los MMC expresaron algunos sentimientos-afecciones al redactar sus notas, por ejemplo: “Culpa, silencio, miedo, vergüenza, duda,

¹⁴ Este último aspecto que define detalladamente Summit, no debería ser “temido” por los especialistas, si todos los profesionales intervinientes médicos, psicólogos, trabajadores sociales, etc; principalmente abogados y jueces conocieran dicho síndrome. (fijate en que lugar del párrafo anterior puede ir esto)

¹⁵ Del análisis se desprende que los problemas más comunes en el abordaje periodístico radican en:

1. Uso equivocado de datos, términos y conceptos
2. Amarillismo/Sensacionalismo
3. Enfoque en la enfermedad, no en la prevención
4. Falta de comprensión de las causas de la epidemia (sociales, económicas etcétera)

Otros obstáculos que podemos agregar son:

1. Poco interés de los editores o dueños de medios en el tema.
2. Obstáculos para abordar temas de alta sensibilidad social y cultural.
3. Prejuicios personales de los periodistas.
4. Puesta en agenda de estudios que aún no han sido debidamente corroborados, o no han alcanzado la fase correspondiente para tener una difusión masiva.
5. Falta de herramientas para manejar conflictos éticos.
6. La injerencia de temas publicitarios en los contenidos periodísticos (Miguez, 2012).

sumisión, tristeza, aislamiento, fuga, droga, violencia”, “siempre puede pasar algo peor”, “son devoradores”, “son ganas de destruir una vida”, “se mueven entre nosotros y simulan ser padres de familia o madres ejemplares”, “como si fuese un juego y en complicidad con el violador”, “Es tal la perversión”, “cuál puede ser el límite de la maldad”.

Este pequeño recorrido realizado a través de fuentes periodísticas, intenta llevar a la reflexión acerca de cómo se exponen ciertos datos en un reporte periodístico y cómo la información puede ser multiplicada en la población. Esta multiplicación puede representar “otro agente provocador de violencia” (Chahla, Maggi, & Bertolotti, 2005) en relación a las imágenes culturales prejuiciosas acerca del fenómeno del MNA en general.

Estas afirmaciones forman parte de los prejuicios respecto del ASI e incluso del MNA forman parte de las representaciones sociales que motivan una forma de opinar y concebir la niñez y adolescencia. Para ello recurrimos a (Casas, 2006) en su artículo “Representaciones Sociales e Infancia” donde concluye con la siguiente tipología:

- *Representaciones sociales sobre la infancia:* La idea nuclear es que este grupo de población está formado por seres humanos fundamentalmente distintos e inferiores a los adultos, los aún-no. Colectivamente no es pensable que puedan ser «iguales a los adultos» en muchas cosas, por tanto, que puedan tener los mismos derechos. Buena parte del valor social de la infancia está en el futuro: son los futuros adultos, los futuros ciudadanos, nuestra sociedad del futuro (moratoria social). No resulta, pues, fácil, pensarlos como ciudadanos del presente. El presente de la infancia pertenece a la vida privada, y no debe involucrar intervenciones públicas más que en casos extremos. Nuestros niños y niñas se entiende que son los de nuestro entorno privado, no los de nuestra sociedad.

- *Representaciones sociales sobre qué necesidades y problemas de la infancia son sociales:* Las necesidades y problemas de la infancia son fundamentalmente privados: de sus padres; a lo sumo, también de sus maestros y de sus pediatras. No hay sentimiento de responsabilidad ampliamente compartida sobre los problemas del conjunto de nuestra población de menor edad, salvo en los casos extremos de abandono, maltrato o sufrimiento infantil. Hay alto consenso sobre los derechos de los niños y niñas, pero baja intensidad a la hora de actuar: siempre debe haber alguna otra instancia a quien le toca hacer algo cuando los derechos de los niños/as

son conculcados. Las políticas de infancia nunca son políticas prioritarias... pueden esperar; tarde o temprano llegarán a adultos. A determinados niveles políticos está claro que para que la sociedad visibilice menos problemas, la información sobre problemas o necesidades no debe circular; de ahí el fenómeno que algunos autores denominaron a finales del siglo XX invisibilidad estadística de la infancia. Aún hoy, en muchos de nuestros países, es muy difícil conseguir estadísticas actualizadas y fiables sobre los problemas sociales que afectan al conjunto de la población infantil del territorio.

- *Representaciones sobre las formas óptimas de intervenir para mejorar la situación de la población infantil (y superar sus necesidades y problemas sociales):* Conceptualmente, el paradigma de la especialización, que ha imperado a lo largo de casi toda la historia de las políticas sociales, está superado. Sin embargo se observa una gran fractura entre la teoría y la práctica: El paradigma de la especialización sigue existiendo por el simple hecho de que su aplicación a veces es más barata. La dimensión presupuestaria suele ser de alto peso político en el mundo economicista en que vivimos, aunque ello vaya en perjuicio de los usuarios. En la práctica, los tres paradigmas históricos se pueden observar entremezclados en muchos de los programas de protección social a la infancia, formando un totum revolutum. Las últimas décadas, sumergidos en lo que algunos han denominado una sociedad aceleradamente cambiante (Casas, 1998) hemos visto emerger con fuerza las denominadas nuevas culturas infantiles y adolescentes. Las nuevas tecnologías de la información y la comunicación tienen mucho que ver con estas culturas: nuevos lenguajes utilizados en el móvil o en Internet, distintas expectativas de valor de cara al futuro personal, nuevas formas de relación, nuevas habilidades y competencias, más independencia del mundo adulto, menos contraste de valores entre generaciones, etc... Cada vez está más claro que la infancia que podemos observar a nuestro alrededor es «otra cosa» que la infancia tal como nos la representamos. Se va observando una fractura de comunicación entre generaciones que ya no queda restringida a una «crisis de la adolescencia»: Cada vez son mayores los porcentajes de adolescentes que no contrastan los

valores interiorizados a través de las tecnologías audiovisuales con ningún adulto, haciéndolo sólo con sus iguales (Casas et al., 2000).

En síntesis, esta revisión teórica acerca de una aproximación conceptual sobre la problemática del MNA, nos plantea una reflexión crítica acerca de lo que se entiende por Violencia(s), por familia(s) y por niños/as y adolescentes. Esta reflexión crítica resulta de integrar campos disciplinares como lo social, lo histórico, lo psicológico y la actual situación del conocimiento a través de avances en investigación sobre ésta temática.

CAPÍTULO 2: MODELOS EXPLICATIVOS Y DE INTERVENCIÓN EN MALTRATO A LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA

Los problemas no se presentan como objetos, sino como demandas complejas y difusas que dan lugar a prácticas sociales inervadas de contradicciones e imbricadas con cuerpos conceptuales diversos. Tal es el caso de Salud o Educación, abordadas además en este caleidoscópico territorio cultural de América Latina (Stolkiner, 1987).

Cuando hablamos de modelo hacemos referencia a una representación o construcción intelectual simplificada y esquemática de una clase de fenómenos, contenidos o procesos a los que se pretende comprender a pesar de su complejidad. En la construcción de un modelo se selecciona los elementos relevantes y sus interrelaciones, que se sustituyen con representaciones isomórficas que facilitan la comprensión e investigación de un aspecto de la realidad (Ander-Egg, 1995).

Los modelos constituyen auxiliares efectivos y útiles para hacer avanzar el pensamiento con una estrategia cognitiva más segura y precisa. Orienta las estrategias de acción a fin de actuar sobre la realidad. Sin embargo es preciso tener en cuenta que todos los

modelos ofrecen una visión simplificada de la realidad, por lo tanto incompleta (Ander-Egg, 1995).

Es por ello que definiremos los modelos explicativos e intervención o abordaje¹⁶ como: representación o construcción intelectual simplificada y esquemática de una clase de fenómenos, contenidos o procesos sobre los que se pretende actuar y comprender a pesar de su complejidad y que produce expectativas y consecuencias en esa realidad actuada (Carballeda A. J., 2006; Ander-Egg, 1995). Es importante tener presente que la presente definición tanto a los modelos de abordaje o intervención como a los modelos explicativos como una unidad ya que el interés se encuentra en la retroalimentación observada entre sí. Ya que, si bien, los modelos de abordajes se centran en la producción de acciones y los modelos explicativos aportan directrices teóricas acerca de la comprensión del MNA, la acción produce teoría y la teoría se desarrolla para la acción (Bringiotti M. I., 2006; Stolkiner, 1999).

A continuación se exponen los modelos explicativos y de abordaje en las situaciones de Maltrato a la Niñez y Adolescencia. Con este objetivo se tuvo presente: 1.- Los Modelos etiológicos del MNA, 2.- Los Modelos disciplinares de intervención en MNA, 3. La Interdisciplina, y por último, 4.- Diferentes atravesamientos del abordaje del MNA.

1. Modelo etiológicos del MNA.

Cuando hablamos de etiología hacemos referencia al estudio de las causas. Este estudio de las causas ha permitido explicar el porqué de la producción y reproducción del MNA. La Dra. María Inés Bringiotti (1999) en su investigación “Maltrato infantil: Factores de riesgo para el maltrato físico en la población infantil que concurre a las escuelas dependientes del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires”, realiza un recorrido teórico donde explica que existen dos tipos de modelos explicativos o etiológicos: 1. Modelos unicausales y 2.-Modelos ecológicos-ecosistémicos.

1.1. Los modelos unicausales

Los modelos unicausales explica la aparición del maltrato a través la hegemonía de ciertas causas que tenía su eje campos teóricos, disciplinares y por asociación de disciplinas. A continuación se presentan los principales.

El modelo psicopatológico: fue el primer plateo teórico acerca de las causas de los malos tratos. Desde estas perspectiva se considera que las características de personalidad y los desordenes psicopatológicos de los padres eran los principales factores explicativos. Sin

¹⁶ En cuanto a intervención o abordaje, en el presente capítulo no se realizará diferenciación alguna, aunque la posea.

embargo, estudios posteriores mostraron que sólo alrededor del 10 % de los padres maltratadores presentaban desórdenes mentales o psicopatologías graves (Gelles, 1973; Wolfe, 1985 citada en Bringiotti, 1999). Gracia Fuster (1997 citado en Bringiotti, 1999) señala que, a pesar de las evidencias científicas en contra, este modelo goza aún de mucha popularidad por tres motivos. El primero es que frente a la situación de malos tratos, resulta difícil encontrar un motivos; es mas fácil aceptar que se debe a abelrraciones o anormalidades. En segundo lugar, la adjudicación del rótulo de enermos permite establecer una “saludable” distantaica entre ellos y nosotros –los sanos y los enfermos-. Por último, esta conceptualización permite liberar a la sociedad de responsabilidades en el tema.

El modelo sociológico o sociocultural tuvo su origen a comienzos de la década del setenta como reacción al modelo psicopatológico, planteando la importancia del contexto social y cultural en que tienen lugar los malos tratos. De acuerdo con este modelo etiológico, los numerosos factores de estrés que generan las condiciones sociales y que deterioran el funcionamiento familiar, así como la naturaleza violenta de nuestra sociedad con valores y prácticas culturales que alientan el uso de medio violentos para la resolución de conflictos, son los principales responsables del maltrato infantil (Belsky y Vondra, 1989; Gracia Fuster, 1997 citados en en Bringiotti, 1999). Los padres son víctimas de fuerzas sociales como el desempleo, facotres socioeconómicos o el aislamiento social (Gil, 1970 citados en Bringiotti, 1999).

El modelo cultural considera que el maltrato infantil se encuentra enraizado con el conjunto de valores, actitudes y creencias acerca de la infancia, la familia y la paternidad tales com la aprobación cultural del uso del castigo corporal y la agresión verbal como práctica de disciplina de los niños, la idea profundamente arraigada de la privaticidad de la vida familiar, y la creencia de que los niños son una propiedad que puede ser majenada de acuerdo con la libre elección de los padres (Gracia Fuster, 1997 citado en Bringiotti, 1999).

Ambos modelos (el psicopatológicos y sociológico) asumen que las relaciones paterno-filiales son unidireccionales.

El modelo socio-interaccional sitúa el énfasis en los procesos interaccionales que tienen lugar entre padres e hijos, tanto en el contexto familiar como social, así como en los antecedentes que puedan precipitar el maltrato, y en los factores que pueden mantener el uso excesivo del castigo físico (Parke y Collmer, 1975; Burgess, 1979; Gracia Fuster, 1997 citados en Bringiotti, 1999). Este modelo reconocer la naturaleza multidimensional del maltrato infantil; su atención se centra en los patrones disfuncioanles de interacción entre padres e hijos. Por lo tanto incluye las características del niño en el modelo centrado en la

vulnerabilidad del niño, que considera que ciertas características físicas o conductas del niño en relación con la competencia social y habilidad parental, así como altos niveles de estrés en la familia, precipitan la situación de maltrato.

1.2. Modelo ecológico-ecosistémico

Bringiotti (1999) explica que la investigación desarrollada en el área del maltrato infantil ha demostrado que ninguno de los modelos anteriores tiene suficiente poder explicativo, y que en cualquier episodio de malos tratos son múltiples los factores que actúan simultáneamente. Es así que surge el modelo ecológico, cuyos principales representantes son Garbarino (1977) y Belsky (1980) que se apoyan en el modelo ecológico del desarrollo humano por Bronfenbrenner (1977, 1979; citados en Bringiotti, 1999)

Belsky plantea las principales propuestas teóricas del modelo ecológico:

a) El maltrato infantil está múltiplemente determinado por fuerzas que actúan en el individuo, en la familia, en la comunidad y en la cultura en la que el individuo y la familia están inmersos.

b) Estos determinantes múltiples están ecológicamente anclados uno dentro del otro y en forma consecutiva;

c) Gran parte de los conflictos que han caracterizado al maltrato infantil, y que han obstaculizado el progreso en la investigación, son más aparentes que reales.

El modelo formulado por Belsky integra la conceptualización de los contextos donde tiene lugar el desarrollo propuesto por Bronfenbrenner en su modelo ecológico del desarrollo humano y el análisis del desarrollo ontogenético propuesto por Tinbergen (1951 citado en Bringiotti, 1999) . La división del espacio ecológico propuesta por Bronfenbrenner en micro-macro y exosistemas, junto con el análisis del desarrollo de la conducta de Tinbergen, proporcionan un esquema útil para integrar y considerar simultáneamente los distintos contextos implicados en el maltrato infantil, así como las diferencias individuales de los padres que tienen lugar como resultado de las historias personales en el desarrollo.

2. Modelos disciplinares de intervención en MNA.

El abordaje del MNA ha sido heterogéneo. En cada lectura de libros o artículos científicos, se observan cómo los campos disciplinares intentan demarcar las funciones de sí en el encuadre de intervención en MNA y retoman modelos explicativos propios de sus disciplinas. Aunque destacan el trabajo interdisciplinario como la modalidad ideal. Los modelos disciplinares elegidos responden a las disciplinas tradicionales: medicina, psicología y trabajo social.

A continuación se presenta los modelos disciplinares de intervención:

2.1. Modelo disciplinar médico.

La medicina, específicamente la especialidad pediátrica, fue la disciplina que advirtió con mayor liderazgo sobre la necesidad de la intervención en MNA en el ámbito local. Los documentos consultados ofrecen, no solo los procedimientos de intervención sino, algunos “consejos” surgidos de la experiencia clínica, a fin de entrenar el ojo médico ante las posibles manifestaciones de la problemática.

A continuación brindamos el modelo intervención desde pediatría social¹⁷. A su vez, realizaremos un engarce con lo desarrollado a través de la cátedra de Derechos del niño en un sociedad violenta, por el Dr. Eduardo Chahla quien fue el creador del Grupo de Alto Riesgo (GAR)¹⁸ y promotor de la intervención en MNA en la provincia de Mendoza.

2.1.1. Detección y Diagnóstico

Este modelo comienza con la detección poniendo énfasis en que el MNA “puede presentarse bajo el aspecto de una consulta rutinaria, [y] el médico debe mantener un alto índice de sospecha” (Chahla, 2005), para ello cuando un niño tiene un cuadro clínico compatible con: traumatismos, quemaduras, descuido en los cuidados, problemas de salud, etc. que no tienen una causa evidente, se debe plantear como diagnóstico diferencial (Mollo S. A., 2007).

El diagnóstico se basa en la reunión de varias fuentes de datos, como la anamnesis, la observación de los padres, los datos sociales, el examen físico y los exámenes complementarios oportunos. Además, es importante tener en cuenta una serie de factores de riesgo que suelen ser frecuentes en los casos confirmados de maltrato infantil.

La anamnesis es, sin duda uno de los pilares más importantes para valorar el posible maltrato. Se deben obtener los antecedentes necesarios del niño y de quienes lo cuidan. La entrevista con los padres se realizará en privado asegurando la confidencialidad, con calma, en un lenguaje comprensible y con objetividad, sin dirigir las respuestas ni juzgar. En los casos

¹⁷ Este aporte ha sido descubierto en el marco teórico de un trabajo práctico sobre “Detección precoz de Maltrato Infante juvenil en niños menores de 5 años” (Mollo S. A., 2007).

¹⁸ El GAR es el programa desde cual se inició la intervención en la problemática del MNA en la provincia de Mendoza. Esta modalidad de planificación o programa surgió a partir de la Ley provincial 6551, y tenía 8 códigos denominados “tipos de maltrato”. Estos tipos de maltrato eran: 5.1 Maltrato físico, 5.2. Negligencia y abandono, 5.3. Maltrato emocional, 5.4 Abuso sexual, 5.5 Síndrome de Munchäusen by proxy, 5.6 Reingresos recurrentes al Hospital, 5.7 Desnutrición en segundo y tercer grado, 5.8. Maltrato institucional (Mollo S. A., 2007).

concretos de abuso sexual puede ser la única prueba¹⁹ a nuestro alcance y debe realizarla la persona con más experiencia, procurando no duplicar entrevistas. Se debe establecer un clima de confianza con el niño para que pueda explicar lo ocurrido libremente, con actitud de escucha y procurando transcribir literalmente las palabras utilizadas por el niño. Asimismo en la entrevista es aconsejable tener en cuenta una serie de características de conducta que suelen ser frecuentes en los casos confirmados de maltrato infantil.

En cuanto al relato, el Dr. Eduardo Chahla (2005) a través de su cátedra de “Derechos del niño en un sociedad violenta”, detalla lo que se debe cotejar:

a) *Narrador*: identidad, naturaleza de sus intervención, presentación, interacción con el niño.

b) *Narrativa*: flujo, detalle, consistencia, evolución, participación del narrador.

c) *Historia del incidente*:

– ¿qué? El incidente, eventos precedentes, actividad de cada participante, objetos de la escena, causa del incidente, usual o inusual conducta frente al hecho.

– ¿quién? Personas presentes.

– ¿cuándo? Tiempo, secuencia, asociación de hechos.

– ¿dónde?

– ¿cómo? Mecanismos del evento, ubicación objetos y personas.

– ¿Por qué? Opinión sobre el evento.

A partir del narrador, la narrativa y la historia del incidente, el profesional de la salud debe alertarse si constata:

✘ Existencia de discrepancia entre el relato y las características del daño físico,

✘ Modificación del relato en distintas oportunidades y con distintos profesionales,

✘ Prolongación del tiempo entre la ocurrencia de la injuria y la consulta,

✘ Historia de traumatismos o accidentes frecuentes, infecciones o intoxicaciones reiteradas sin causa aparente,

¹⁹ En la actualidad este programa asistencial no es vinculante las entrevistas o examen realizados con la pericia fiscal.

- ❑ Desaparición de hallazgos semiológicos durante la internación y/o ausencia del cuidador,
- ❑ Inadecuada higiene, alimentación, vestido (en contraste con recursos familiares) y atención médica,
- ❑ Respuesta inadecuada de padres o cuidadores a las indicaciones o requerimientos del niño,
- ❑ Paciente cuya conducta y afecto no son los esperados en la circunstancia de la consulta (Chahla, 2005).

En cuanto al diagnóstico de abuso sexual se basa, casi siempre, en el relato del niño. Es necesario tener presente que las manifestaciones clínicas pueden deberse a un hecho aislado o a una forma de abuso reiterado, dependiente de la edad del niño y de su madurez. Es por ello que la exploración física debe ser realizada en el marco de una exploración general, en un ambiente tranquilo, incluyendo la región anogenital y la orofaringe, evitando, en la medida de lo posible, exploraciones repetidas. En ocasiones, si la exploración pudiera resultar muy traumática para el niño, por lo cual sería suficiente una historia clara y detallada. Cuando el abuso alegado ha ocurrido en los últimos tres días, el examen debe realizarse inmediatamente.

2.1.2. Examen físico y solitud de exámenes complementarios²⁰.

La exploración física, explica Mollo (2007), ha de ser completa y cuidadosa. Como en todos los exámenes pediátricos se deben incluir los parámetros de crecimiento, sobre todo en aquellos casos en los que se sospeche abandono, dado la frecuencia de fallo de medro²¹ en estos casos. Se deben buscar lesiones en la piel, mucosas y también, sobre todo en los casos de sospecha de abuso sexual, en los genitales y el ano. Es recomendable hacer una descripción lo mas precisa posible de las lesiones observadas.

La realización de exámenes complementarios nos permitirá descartar otras patologías que nos expliquen los hallazgos clínicos, establecer una prueba diagnóstica y prevenir patología posterior. En los casos concretos de sospecha de abuso sexual debe tener en cuenta una lesión accidental, un problema médico de otra etiología o incluso una falsa alegación, a veces inventada por la madre o por los padres (Mollo S. A., 2007).

2.1.3. Actuaciones.

²⁰ Si bien la exploración física es parte del diagnóstico merece un apartado debido a su especificidad.

²¹ El término “fallo de medro” (FM) es un concepto pediátrico sin terminología comparable en la edad adulta. Utilizado en principio para describir un síndrome con retraso de crecimiento y desarrollo por privación materna, actualmente, incluye también, como factor causal, un componente de tipo nutricional (Olivares López, 2005)

Las actuaciones sería la articulación institucional que se debe realizar en caso de confirmación de situaciones de MNA. Mollo (2007) explica que ante la complejidad de este problema, las soluciones no pueden ser abordadas desde un solo ámbito de actuación. Por ello, es necesaria la implicación de todas las instituciones y de los profesionales que atienden desde una y otra área a la infancia y a la familia, para coordinar esfuerzos tanto en su atención como en su prevención. Sin duda, la prevención del maltrato infantil es la intervención más eficaz que podemos realizar y afecta a toda la sociedad, siendo múltiples las acciones que se pueden seguir. En el caso concreto de abuso sexual infantil se debe actuar en tres fuentes: 1.- proporcionar al niño atención médica adecuada; 2.- denunciar ante el Juzgado correspondiente y 3. Asegurar los servicios de salud mental al niño y a su familia.

La especificidad del médico y su modalidad de abordaje se circunscribe a: examen físico, descripción de lesiones y estudios complementarios o eventuales (Chahla, 2005). Ante la constatación de lesiones u otras afecciones físicas compatibles con situaciones de maltrato se debe denunciar en organismo correspondiente y derivar o articular con las otras disciplinas.

2.2. Modelo disciplinar psicológico.

La psicología como disciplina ha desarrollado su abordaje en MNA desde múltiples y corrientes psicológicas, ya que experimenta su abordaje debe ser diferente al realizado en el ámbito del consultorio. Es el encuadre institucional su nivel de anclaje a través de las incumbencias propias que le ofrecía este ámbito (Fiorini, 2002).

En la actualidad se está trabajando desde el abordaje psicoterapéutico focalizado creado por el Dr. Héctor Fiorini. A continuación presentaremos el diseño de abordaje a través de un trabajo presentado por las profesionales Silvina Gimenez y Silvina Caballero²² (2008), titulado: “Una modalidad de intervención focalizada en maltrato infantil: psicoterapia psicoanalítica focalizada”, el cual engarza la teoría con la prevención específica del MNA.

Gimenez y Caballero (2008) explican que Fiorini (2006) plantea en su libro “Estructuras y Abordajes en psicoterapias psicoanalíticas”, la importancia de tener un panorama amplio de la situación clínica a través de la inclusión de diferentes niveles diagnósticos. En lo que respecta al maltrato infantil, resulta imprescindible tener esta visión ya que existen varios factores que influyen en su aparición, por lo tanto la perspectiva debe ser multidimensional (Gimenez & Caballero, 2008).

²² Es importante mencionar que las profesionales citadas son integrantes del PPMI, es decir que el trabajo ha surgido de la experiencia clínica en la intervención del MNA.

El diseño de abordaje focalizado en MNA, presenta sus etapas a través de preguntas a ser resueltas en el proceso de intervención. Éstas etapas son: el diagnóstico ¿De dónde parto?, los objetivos estratégicos ¿a dónde voy?, los recursos técnicos ¿con qué cuento?, los recursos tácticos ¿cuándo los aplico?, y por último, los cambios ¿qué efectos produce? A continuación presentamos cada una de las ellas.

2.2.1. Diagnóstico de situación ¿De dónde parto?

Los diferentes diagnósticos reflejan el hecho de que toda persona y todo grupo humano expresan a la vez su inserción en diferentes planos de interacciones sociales, de modo que sus procesos psíquicos responden a diferentes sistemas de leyes, mecanismos y modos de transformación. Las series diagnósticas son diferentes fenómenos que hablan de una misma situación.

A fin de realizar una aproximación clínica fecunda, es importante indagar los diferentes niveles diagnósticos, que se pueden agrupar en diez categorías.

-diagnóstico clínico: comprendemos aquí las categorías de la clínica psiquiátrica (neurosis, psicosis, psicopatías, alteraciones por enfermedades orgánicas, trastornos Psicósomáticos, etc.). Es de suma importancia este diagnóstico porque de acá se desprenden algunas opciones estratégicas como por ejemplo: medicación, internación, medidas de continencia ambiental, elección de técnica psicoterapéutica, criterios diagnósticos.

-diagnóstico psicopatológico psicodinámico: acá se identifican diversos tipos de conflictos, de ansiedades, de mecanismos defensivos, de identificaciones, que subyacen a un determinado motivo de consulta. En este nivel se hace posible la comprensión dinámica de un síntoma, rasgo de carácter.

-diagnóstico evolutivo: Fiorini (2002 citado en Gimenez & Caballero, 2008) toma los modelos de Erik Erikson (1974 citado en Gimenez & Caballero, 2008), quien plantea la evolución de la libido y la relaciona con el desarrollo evolutivo de la persona y el entorno social. Cada etapa de vida supone tareas que le son propias (por ejemplo: adquirir la confianza básica, la independencia, el desarrollo de las funciones yoicas, la identidad sexual y vocacional, la elección de pareja, la conformación de la familia, la procreación, la síntesis de vida).

-diagnóstico adaptativo y prospectivo: se trata de evaluar cuál es el estado de las funciones yoicas, qué relación guarda el estado de esas funciones con las exigencias que se trata de enfrentar. Evaluar si la persona tiene un proyecto y la cualidad del mismo junto con la viabilidad.

-diagnóstico grupal: evaluar las dinámicas grupales en las cuales el paciente está inserto con su conflictiva. Considerar mitos, creencias, estilos comunicacionales, emergente grupal, ideologías, recursos sociales. Incluir la conceptualización del síntoma en cuanto al emergente grupal, los roles estereotipados, los fenómenos de depositación en determinados miembros, los mecanismos de homeostasis grupal frente a la crisis, la inclusión del trastorno individual en las redes constituidas como historia del grupo.

-diagnóstico psicosocial: comprende reconocimientos sobre los sistemas de valor que constituyen una ideología, en sus dimensiones conscientes e inconscientes, sobre la problemática que afecta al paciente. Asimismo comprende la consideración de las inserciones institucionales, en cuanto portadoras de sistemas y prácticas ideológicas, ejercen su poder de influencia sobre los conflictos, ansiedades, defensas del paciente.

-diagnóstico comunicacional: comprende identificación de los sistemas de mensajes que manejan individuo, grupo, instituciones. Modalidades y distorsiones en la emisión y recepción de los mensajes. Estilo comunicacional propio de la estructura de personalidad. Diagnóstico de códigos verbales y de acción.

-diagnóstico de potenciales de salud: comprende la evaluación del estado de las funciones yóicas, de sus condiciones de eficacia en lo adaptativo, creativo y elaborativo. El manejo de la ansiedad que permiten esas funciones, el estado del juicio de realidad, la capacidad de demora, rodeo, control de los impulsos, regulaciones de ensayo y error, utilización de la experiencia, flexibilidad para el enfrentamiento de condiciones nuevas, uso del pensamiento y lenguaje, discriminación, anticipación, evaluación de la propia conducta, capacidad de asociación, de insight, de elaboración. Estas evaluaciones son de suma importancia para la planificación estratégica.

-diagnóstico de la problemática del cuerpo: comprende diferentes aspectos como el esquema corporal, la autoimagen, ansiedades hipocondríacas, somatizaciones, significaciones otorgadas a las disfunciones o lesiones, fenómenos de conversión. Áreas de intervención médica, psicológica y de trabajo interdisciplinario.

-diagnóstico del vínculo terapéutico: considerar la capacidad de establecer la alianza terapéutica (conciencia de enfermedad, capacidad de establecer y mantener un contrato y su tarea, capacidad de esperar cambios positivos, capacidad de colaborar para generar esos cambios). Asimismo comprende la identificación de fenómenos trasferenciales y contratransferenciales.

2.2.2. Evaluar el nivel de riesgo.

A partir de la evaluación que se realiza de las series diagnósticas, se detecta el nivel de riesgo en el cual el niño se encuentra inmerso. Se advierte la serie más afectada, y se focaliza en ella para intervenir. Considerando que el psiquismo funciona en red, es posible lograr cambios favorables interviniendo desde las áreas más sanas o libres de conflicto ya que una mejora en estas series, se irradia a otras áreas.

Un indicador importante para evaluar el riesgo, es la presencia de algunos indicadores:

- Que los padres puedan detectar el nivel de vulnerabilidad del niño y/o adolescente, es decir considerar la etapa evolutiva,
- Que el equipo evalúe el tipo de daño que ha sufrido el niño.
- Que los padres puedan activar mecanismos de protección hacia el niño a partir de las intervenciones efectuadas desde el equipo.

A partir de ellos se desprenden otros indicadores como: adultos con la capacidad de reconocer el conflicto en ellos mismos, adultos con capacidad de ensayar conductas nuevas, y tener motivación para el tratamiento.

En la situación de crisis, cuando un paciente ingresa al hospital, generalmente el área más afectada es el cuerpo, por ello es imprescindible valorar el riesgo físico. Aquí se debe recordar que uno de los sostenes del psiquismo es el cuerpo, por lo tanto en la crisis lo primero es cuidar el cuerpo. En ese caso todo supuesto de intelectualismo debería relativizarse, porque la crisis no se intelectualiza. Dentro del riesgo hay que considerar los aspectos clínicos tanto individuales como familiares. A la vez evaluar los factores de vulnerabilidad y de protección en todas sus dimensiones (individual, familiar, social, contexto). Existe menor riesgo cuando los malos tratos son reconocidos por uno de los miembros con capacidad de proteger al niño. Y el riesgo aumenta cuando hay negación, ocultamiento de la situación, lo cual requerirá de la intervención judicial para la protección del niño.

Otro aspecto importante es la toma de decisiones necesarias para garantizar el bienestar bio-psico-social del niño. Es decir, se atenderá a la seguridad del niño en relación al nivel de riesgo, lo cual va a determinar las acciones a seguir, los objetivos del diagnóstico y la metodología del tratamiento. Se evaluará si es necesaria la internación y en qué institución, la separación del núcleo familiar, la consideración de la red social familiar, si requieren derivación a otra institución, judicialización, etc. Tales decisiones tendrán en cuenta la protección del niño, cortando con la situación de maltrato y a la vez atender la trama compleja de los vínculos

familiares. Existen tres sistemas para la protección del niño, los cuales son la familia, el equipo de salud y la justicia.

2.2.3. Objetivos Estratégicos ¿a dónde voy?

Los objetivos estratégicos son específicos de cada caso en particular. Sin embargo es posible definir objetivos generales tales como:

- Protección Integral del niño y/o adolescente: el psiquismo cuenta con una red de apoyos (cuerpo, sí mismo, función materna y el grupo) que al romperse uno de ellos el psiquismo entra en crisis.
- Disminuir los factores de vulnerabilidad y reforzar los de protección.
- Que el paciente tome contacto con los referentes identificadorios, esto le permite cohesionar su sí mismo, ya que en situaciones de crisis el yo tiende a desorganizarse, confundirse, etc.
- Ayudar al paciente a que pueda unir la vivencia emocional con el hecho fáctico.

Es importante señalar que tales objetivos se comienzan a trabajar desde las áreas más sanas del sujeto. En los momentos de crisis suelen fallar todas las funciones, por lo cual se comienza a trabajar con las funciones básicas del yo y los recursos sociales con que cuenta el paciente.

2.2.4. Elaboración Estratégica

En la elaboración estratégica es importante definir, según el diagnóstico y los objetivos, el tipo de psicoterapia. Existen dos tipos y entre ambas hay diferencias significativas: las terapias de insight y las terapias de sostén o continencia. Para la intervención en crisis resulta conveniente la psicoterapia de sostén o continencia, debido a que se trabaja con la situación de crisis actual, se tiende a la supresión o alivio de síntomas, y al fortalecimiento de los aspectos sanos del yo.

Las características de la psicoterapia de sostén o continencia son:

- comprensión psicodinámica de los determinantes actuales de la crisis.
- Participación activa del terapeuta.
- Apoyo en los aspectos sanos del paciente
- Arsenal terapéutico multidimensional (trabajo en equipo, técnicas Verbales, en espejo, psicodramáticas)

- ▣ Se trabaja con la alianza de Trabajo (terapeuta como persona real).
- ▣ Se ejecuta una Focalización.
- ▣ Se realiza una Planificación propuesta por el terapeuta y se acuerda en conjunto con el paciente.
- ▣ Encuadre: -la regresión está limitada por el número de sesiones (no más de dos semanales), el tiempo está limitado, es una relación cara a cara, se interpreta la transferencia como hace resistencia al tratamiento, se apoya en los aspectos sanos del paciente, el terapeuta es flexible.
- ▣ Regulación de la intensidad de las ansiedades.
- ▣ Se estimula las funciones inherentes a la capacidad de discriminación (mundo interno-mundo externo; lo posible- lo imposible; lo público- lo privado).

Es posible afirmar que existen ciertos fenómenos-ejes que desempeñan el papel de organizadores dentro de un proceso. Desde esta perspectiva, es posible definir los ejes del proceso en psicoterapia de la siguiente manera: producir en el paciente una activación de sus funciones yoicas, mediante las cuales se hace posible elaborar de modo focalizado la problemática inserta en una situación vital, vivido en una relación de trabajo personificada con el terapeuta. Es aquí donde comienza el proceso psicoterapéutico apoyado sobre un trípode que le da sustento a dicho proceso: el Foco, la relación de trabajo personificada y la activación de las funciones yoicas.

a. El foco: El trabajo psicoterapéutico se orienta siempre hacia la delimitación de un eje o punto nodal de la problemática del paciente. La modalidad asumida por la tarea en sesión es la de una "focalización", pero ¿qué significa focalizar? Focalizar es recortar un material que el paciente aporta, delimitando así una zona de trabajo, centrándose en ciertos puntos de la problemática del paciente. La Focalización está guiada por la motivación que jerarquiza tareas en función de resolver ciertos problemas vividos como prioritarios. Es así que el motivo de consulta se transforma en eje motivacional de la tarea a la vez que la facilita y se refuerza la alianza terapéutica. El foco tiene una estructura. Por un lado, tiene un eje central que es el *motivo de consulta* (síntomas, situación de crisis, amenazas de descompensación, fracasos adaptativos) y ligado íntimamente a este, se localiza cierto *conflicto nuclear exacerbado*. El eje dado por el motivo de consulta y el conflicto nuclear subyacente se inserta

en una *específica situación grupal* que condensa un conjunto de determinaciones. Es posible entonces, deslindar una zona de componentes de la situación tales como:

-*aspectos caracterológicos del paciente* (dinamismos interpersonales activados en esa situación, modalidades defensivas, etapas no resueltas del desarrollo infantil, actualizadas por la estructura de la situación).

-*aspectos históricos-genéticos* individuales y grupales reactivados.

-*momento evolutivo* individual y grupal (tareas que se desprenden de las necesidades de ese momento evolutivo y la prospectiva global que comporta esa etapa).

-*determinantes del contexto social más amplio* (la serie de componentes de la situación tiene que ser puesta en relación a un conjunto de condiciones económicas, laborales, culturales, ideológicas).

b. La Relación de Trabajo Personificada: ésta relación se apoya sobre las áreas sanas o libres de conflicto tanto individuales, familiares y sociales. La Alianza de Trabajo es una parte del vínculo psicoterapéutico y este puede ser definido de la siguiente manera: dos interlocutores sostienen un diálogo con ritmo, gestos, posturas, mímica verbal habituales, comparten una tarea en una relación igualitaria, aunque sus roles son distintos. Uno de ellos es experto sobre cierto nivel de la problemática humana, el otro aporta elementos de esa problemática singular. Se produce un encuentro especial donde se recrea un espacio conector entre paciente y terapeuta. El funcionamiento de esta relación dependerá de varias condiciones del paciente (tipo de problemática, momento vital, nivel cultural, estructura caracterológica, inserción grupal) y también de las actitudes del terapeuta, de su capacidad para realizar aportes al vínculo.

Winnicott (1999 citado en Gimenez & Caballero, 2008) habla de ese espacio transicional donde se entreteje algo del paciente (demanda, deseo de cura) y del terapeuta (historia, conocimientos, teorías, técnicas) que conforman el espacio transicional, y en este espacio se juega la alianza. En este espacio interactúan los fenómenos repetitivos (transferenciales) y los no repetitivos (creativos). Se comienza a trabajar la alianza desde un comienzo, con los aspectos transferenciales y contratransferenciales. Se conforma el contrato de trabajo con aquellos aspectos conscientes del paciente. En las crisis patológicas el tiempo está pautado dentro de ese contrato, ya que se va a trabajar con el foco que es el emergente más importante de la crisis. Cabe describir un conjunto de rasgos que definen el perfil del terapeuta en psicoterapia: contacto empático manifiesto, calidez, espontaneidad, iniciativa, y actitud docente.

c. La activación de las Funciones Yoicas: el estudio de las mismas permite una comprensión dinámica de la conducta y entender los mecanismos de acción de las influencias correctoras sobre esa conducta. Es importante diferenciar: la *función* propiamente dicha (percepción, planificación, coordinación), los *efectos* del ejercicio de esas funciones (control de los impulsos, integración, adaptación) y las *cualidades* asignables a esas funciones en base a sus rendimientos objetivos, verificables según la calidad de aquellos efectos (fuerza vs. debilidad, plasticidad vs. Rigidez, cohesión vs dispersión). Es necesario realizar diferenciaciones jerárquicas en tres órdenes de funciones:

-funciones yoicas básicas: dirigidas al mundo externo, a los otros y a los aspectos de sí mismo (percepción, atención, memoria, pensamiento, anticipación, exploración, ejecución, control y regulación de la acción). Estas funciones aparecen dotadas de un cierto potencial de autonomía. Este potencial de acción “libre de conflictos” es relativo, reversible, móvil en cuanto a su amplitud.

-funciones defensivas: dirigidas a neutralizar ansiedades mediante diversas modalidades de manejo de los conflictos creados entre condiciones de realidad, impulsos y prohibiciones (disociación, negación, evitación). Las funciones defensivas actúan simultáneamente con las básicas, las cabalgan, y a menudo las interfieren.

-funciones integradoras, sintéticas, y organizadoras: constituyendo un funcionamiento superpuesto jerárquicamente a las anteriores. Permiten mantener una cohesión, una organización, un predominio de los sinergismos sobre los antagonismos funcionales. La fuerza de estas funciones integradoras se pone a prueba cuando frente a cambios en la situación debe el sujeto reorganizar sus relaciones con el mundo. Se revela en la posibilidad de coordinar metas “racionalmente elegidas”. La síntesis consiste, por ejemplo, en articular eficazmente el contacto con el propio deseo y las condiciones reales de satisfacción del deseo. Estas funciones operan tendiendo a un centramiento de la persona, se expresan también en un nivel de intencionalidad. El trabajo en psicoterapia dirigido a reforzar funciones yoicas debe partir de respetar los efectos exitosos de estas funciones así como señalar los fracasos y explorar los motivos de esos fracasos.

Los efectos de las funciones yoicas comprenden. Adaptación a la realidad, sentido y prueba de la realidad, control de los impulsos, regulación homeostática del nivel de ansiedad, mayor tolerancia a la ansiedad y a la frustración con capacidad de demora, productividad, capacidad sublimatoria, integración y coherencia de diversas facetas.

Retomando el punto donde se hacía referencia al diagnóstico de situación, cabe recordar la serie diagnóstica adaptativa y prospectiva, donde es posible inferir que en la situación de crisis aparecen fallas tanto en las funciones básicas, defensivas y en las integradoras. En un primer momento, las básicas deben ser apuntaladas por el equipo con el objeto de restablecer su funcionamiento. Las defensivas se intenta mantenerlas intactas ya que son el modo que el paciente encontró para hacer frente a la situación crítica. En un tercer momento, se puede trabajar con las funciones integradoras con una psicoterapia de sostén pero nunca en la emergencia y en la urgencia.

2.2.5. Recursos Técnicos ¿con qué cuento?

En los recursos técnicos resulta importante considerar el arsenal terapéutico multidimensional, como el equipo interdisciplinario, las técnicas verbales, el trabajo en red con otras personas, grupos o instituciones.

Dentro de las intervenciones verbales del terapeuta que son herramientas en las psicoterapias encontramos: interrogar al paciente, informar, confirmar o rectificar enunciados del paciente, clarificaciones, recapitulaciones, señalamientos, interpretaciones, sugerencias, intervenciones directivas, operaciones de encuadre y meta-intervenciones.

Resulta pertinente aclarar que en la intervención en crisis, no se apelarán a todos los recursos verbales que arriba se mencionan. Aunque resulta de importancia interrogar, dar información, clarificar, sugerir y en algunos momentos realizar intervenciones directivas, ya que nos encontramos con un paciente en situación de crisis.

2.2.6. Recursos Tácticos ¿cuándo los aplico?:

En esta etapa es importante tener en cuenta el *timing* del paciente y la evaluación de la situación en la que se encuentra. No es lo mismo si hablamos de una emergencia, urgencia o una situación de crisis patológica. Cada categoría va a necesitar por parte del terapeuta una personalidad, un entrenamiento y una formación específica.

Resulta oportuno tomar los conceptos de Benyacar (2006 citado en Gimenez & Caballero, 2008), quien define lo disruptivo como todo evento con capacidad de irrumpir en el psiquismo y alterar la capacidad integradora y de elaboración. Es inesperado, amenazador, interrumpe el equilibrio, mina el sentimiento de confianza, posee rasgos novedosos no codificables. Dentro de lo que se considera evento disruptivo, encontramos el evento fáctico (mundo externo), la vivencia (mundo interno) y la experiencia (articulación entre mundo externo- mundo interno).

2.2.7. Cambios ¿qué efectos produce?

Para ello, se pueden tener presentes los agentes de cambio con los que el terapeuta va a trabajar:

-Experiencia Emocional Correctiva: Alexander Lowen (2001 citado en Gimenez & Caballero, 2008) plantea que en la relación terapéutica el dominio de un conflicto irresuelto se hace posible no solo debido a que el conflicto trasferencial es menos intenso que el original, sino que el terapeuta adopta una actitud distinta de la asumida por el progenitor hacia el niño en la situación conflictiva original.

-Reconstrucción Cognitiva: Se intenta producir en el paciente una activación de las funciones yoicas, mediante las cuales se hace posible elaborar de modo focalizado la problemática inserta en una situación vital, vivido en una relación de trabajo personalizada con el terapeuta.

-Insight²³ y modificaciones de las relaciones interpersonales: Las intervenciones verbales apuntarán a producir insight y evoluciones en las relaciones interpersonales.

-Modificaciones de la Relaciones Personales.

Acá se evaluarán los objetivos definidos en la elaboración estratégica. Una vez que se alcanzaron los objetivos, se realiza una evaluación del seguimiento del paciente para testear si el paciente sigue en tratamiento o lo abandonó, o si se quedó instalado en la crisis patológica o si salió de la misma.

2.3. Modelo disciplinar del Trabajo Social

El Trabajo Social, según Perez Chaca, Mollo & Giunchi (2008) “ha ido evolucionando a través del tiempo a partir de procesos sociales y científicos que han llevado a repensar las problemáticas y los esquemas teóricos de análisis e intervención. Así, comenzando de la mano del modelo médico centrado en el individuo y su patología (física, mental), pasando por el psicosocial que tomaba en cuenta fundamentalmente las interacciones del sujeto con su medio, y el sociológico que ponía el énfasis en el medio social como causante de los problemas del sujeto; hoy nos encontramos con un enfoque ecológico que aporta un análisis integral e interrelacionado de la situación social en estudio” (Perez Chaca et al., 2008).

Teniendo en cuenta que el trabajo social se encuadra en este modelo ya desarrollado al principio en los modelos etiológicos del MNA, es importante mencionar que se especificará a continuación la mirada disciplinar específica que convoca este subtítulo. Para ello, se tomará

²³ No hace referencia a la terapia de insight sino a posibilidad de reflexión observado en el paciente.

como eje el artículo presentado por Valeria Pérez Chaca, Silvina A. Mollo y Verónica Giunchi (2008), titulado: "Familia(s) y maltrato infanto-juvenil: una mirada desde el campo social". A su vez se realizaran algunas intervenciones teóricas a fin de realizar aportes que expliciten la modalidad de intervención en MNA desde el campo social.

Desde el Trabajo Social y teniendo en cuenta la articulación institucional, resulta necesario conocer el encuadre desde el cual se opera. Se llama encuadre de intervención a la delimitación del espacio institucional, rol profesional-disciplinar, modalidad de abordaje o técnica y variables temporo-espacial (Fiorini, 2002; Carballeda A. J., 2006; Bleger, 1967). La intervención desde lo social incluye el diagnóstico social, las técnicas de intervención, la metodología de abordaje y las estrategias de intervención.

2.3.1. El diagnóstico en el abordaje Social y Maltrato Infanto-Juvenil

El diagnóstico social es el momento analítico/explicativo del proceso de intervención social, constituido como el nexo o bisagra entre la investigación y la programación. Su realización se basa en el principio metódico/operativo de la necesidad de "conocer para actuar". Pero un diagnóstico no se hace sólo para "saber cómo actuar"; se elabora también con dos propósitos bien definidos, orientados a servir directamente para la acción: primero: ofrece una información básica que sirve para programar acciones concretas. Esta información será más o menos amplia según la elaboración de la intervención; y segundo se trata de proporcionar un cuadro de situación que sirva para la elaboración de estrategias de actuación (Ander-Egg, 1995).

Para Silvia Baeza (2002 citado en Pérez Chaca et al., 2008), la familia se constituye como "aula primordial" para el diagnóstico social, ya que "...en su seno se instaura el proceso de socialización del hombre. Allí se tejen los lazos afectivos primarios, los modos de expresar el afecto, la vivencia del tiempo y, del espacio, las distancias corporales, el lenguaje, la historia de la familia grande, extensa, que comprende a las distintas generaciones que nos precedieron; es decir, todas las dimensiones humanas más significativas se plasman y transmiten en la cotidianeidad de la vida en familia. Esta es por excelencia el campo de las relaciones afectivas más profundas y constituye, por lo tanto, uno de los pilares de la identidad de una persona..." "...El modelo familiar es un modelo cultural en pequeño. A partir de ese modelo cada familia elabora su propia variante, en general, a través de mitos, tradiciones y valores. Se incorpora el qué –los contenidos de la cultura- y también el cómo, es decir, los modos de hacer, de proceder, de aprender...". Esto reviste especial importancia si tenemos en cuenta la problemática de la violencia intrafamiliar y en particular el maltrato infanto-juvenil. Cuando un

niño incorpora en su familia modelos de relación basados en el maltrato físico [existe una alta probabilidad de que] los reproduzca en forma natural en el medio social en el que convive (hermanos, familia extensa, pares). Desde el campo social es importante arribar a un conocimiento claro de las funciones que tienen los miembros de las familias abordadas. Esto permitirá conocer las fortalezas y debilidades de las mismas, el modo de relación entre sus miembros y la forma en que circula la violencia (Perez Chaca et all., 2008).

En la especificidad de situación de maltrato es importante tener en cuenta la detección de factores protectores y factores de riesgo. Se considera como factores de riesgo a aquellas situaciones, características o hechos propios el niño o adolescentes, o de su entorno que aumentan o favorecen la posibilidad de desarrollar desajustes bio-psico sociales que pueden propender a la aparición de situaciones de violencia o maltrato; y factores protectores a las condiciones, recursos y potencialidades existentes tanto en el sujeto como en la familia, grupos, comunidades e instituciones que favorecen la disminución de la probabilidad de que se genere o profundice el maltrato, ya sea aminorando o modificando la influencia de los factores de riesgo (Bringiotti M. I., 1999; Morelato G. , 2011; Perez Chaca et all., 2008).

Resulta de relevancia destacar que los diagnósticos no son estáticos sino que cambian o se modifican en la medida que el sujeto interactúa, se moviliza, y el medio social recibe y devuelve la presión ejercida por la persona modificando también sus condiciones primarias. Los diagnósticos son evolutivos y sitúan el acento en la interrelación y mutua influencia persona-sociedad. (Martín Muñoz, 2003 citado en Pérez Chaca et all, 2008).

2.3.2. Técnicas de Intervención

El abordaje social de situaciones de maltrato a niños y adolescentes se realiza a través de diferentes técnicas de intervención, algunas utilizadas también por otras profesiones, las cuales básicamente son:

▣ La entrevista: que es un encuentro que establece una relación intencionada de ayuda en la que existen roles asimétricos y diferenciados entre el/los que demandan la atención y el que la brinda, estableciéndose así una relación profesional (Kisnerman, 1968). Entre los tipos de entrevistas utilizados encontramos:

- Entrevista Interdisciplinaria: se realiza en forma conjunta con los profesionales de las distintas áreas que participan.
- Entrevistas Institucionales: individuales o familiares, con los miembros en forma simultánea o en forma alternada.

- Desde el área social también se utiliza la entrevista social domiciliaria, la cual tiene por objeto: realizar una evaluación de la situación familiar en el espacio natural de desarrollo de ésta; realizar una evaluación socio-ambiental (no sólo de las condiciones habitacionales, sino también del medio social, barrial, relaciones vecinales, etc.); entrevistar a miembros de la familia que por distintas razones no puedan ser entrevistados en la institución; recaptar a familias que por diversos motivos hayan abandonado el tratamiento o tengan dificultades para su continuidad.

- **Observación:** Es el procedimiento que utilizamos en nuestra vida cotidiana para adquirir conocimientos; observando, hemos adquirido buena parte de lo que sabemos. La observación desde la ciencia experimental, consiste en utilizar los propios sentidos del profesional para observar los hechos y realidades sociales presentes, y a la gente en el contexto real en donde desarrolla normalmente sus actividades (Ander-Egg, 1995).

- **Genograma o familiograma:** técnica gráfica que permite visualizar las relaciones biológicas y legales de la familia como así también el grupo familiar conviviente de los niños y/o adolescentes con los cuales nos hallamos trabajando.

2.3.3. Metodología de Abordaje

A partir de lo antes expuesto, la metodología de abordaje del maltrato infanto-juvenil apropiada, al igual que todas las prácticas de salud mental, es la *Interdisciplina*. La Interdisciplina según Pérez Chaca et al. (2008) no es una sumatoria de saberes, sino el aporte de diferentes miradas para el abordaje de un mismo caso, lo cual requiere capacidad de trabajo en equipo, respeto y valorización de las disciplinas que participan, apertura para aceptar las distintas posiciones, definir previamente los roles dentro del grupo de trabajo para lo cual cada integrante o profesional debe tener claro el saber particular que aporta (la especificidad), teniendo a su vez permeabilidad hacia los saberes de otros, lo cual no significa una metamorfosis o mimetización de la práctica profesional específica. Una de las ventajas del abordaje interdisciplinario es que permite, por un lado, tener una visión integral de la problemática, y por otro, realizar el diagnóstico y la toma de decisiones en forma conjunta, compartiendo las responsabilidades que devienen del trabajo complejo y tensionante que implica esta temática (Perez Chaca V. , 2001).

2.3.4. Estrategias de intervención

La intervención es: un procedimiento que actúa y hace actuar, que produce expectativas y consecuencias. Así, la intervención implica una inscripción en ese otro sobre el cual se interviene, quien a su vez genera una “marca” en la institución y desencadena una serie de dispositivos e instrumentos en ésta (Carballeda A. J., 2006). Las estrategias de intervención se pueden definir como el conjunto de acciones y de procedimientos mediante los cuales se procura hacer efectiva cada etapa de un programa o proyecto, con el fin de que este pueda realizarse de tal manera que todo se oriente hacia el logro de los objetivos propuestos (Ander Egg, 2000 citado en Calabro, 2012).

La elaboración de estrategias no solo requiere de la elaboración de un diagnóstico sino también de tomar decisiones en equipo, es decir que, al diagnosticar la situación, se afronta y se toman decisiones que en ese momento se consideran oportunas para orientar el proceso en una determinada dirección, teniendo en cuenta cambios, innovaciones y retrocesos (Ander Egg, 2000 citado en Calabro, 2012).

Las estrategias de intervención se definen teniendo presente la EXISTENCIA, TIPO y GRAVEDAD de la situación, para lo cual se tendrán en cuenta tres componentes:

a)- Información confirmatoria de maltrato: generalmente detectada por personas relacionadas directamente con el niño (padre, vecinos, familiares, docentes, etc.)

b)- Determinación del tipo y gravedad del maltrato.

c)- Caracterización del riesgo del niño: este es uno de los aspectos más relevantes ya que es a partir de lo cual se determinan las estrategias a seguir. Los parámetros que se evalúan para determinar el riesgo son: probabilidad de repeticiones o agravamiento de la conducta abusiva; vulnerabilidad de la víctima (por su edad, desarrollo, fortaleza, etc.); factores predisponentes o desencadenantes de la familia o su entorno; existencia o no de factores protectores; reconocimiento del maltrato por parte del/los agresores; motivación para el cambio, entre otros.

Algunas de las estrategias presentadas por Perez Chaca et al (2008) son:

- Articulación y coordinación con las instituciones (red socio-comunitaria e institucional): juzgados; guarderías; municipios; educación (escuelas, salud escolar); salud (efectores / programas especiales); seguridad (policía, penitenciaría); Dirección de Familia; O.S.C., etc.
- Coordinación con referentes comunitarios.

- Seguimiento de casos: domiciliario y/o institucional.
- Articulación de recursos a través de la red social, familiar y/o institucional, apuntando a generar procesos de autogestión en los sujetos.
- Descubrir, potenciar y/o fortalecer las redes sociales de contención de los niños y/o adolescentes víctimas de maltrato: redes familiares, comunitarias, institucionales.

En situaciones referidas a la violencia doméstica hay que ser prudente en el abordaje de la problemática, ya que así como una familia puede tomar conciencia del problema y activar mecanismos de protección hacia sus miembros, otra puede generar acciones de mantenimiento y agudización de esta problemática impidiendo y obstruyendo los caminos destinados a revertir la situación vivida; por lo que exige pensar y coordinar otras formas que garanticen la protección e integridad socio-bio-psicológica de los niños y/o adolescentes involucrados.

Así, a la hora de definir alternativas a seguir en el proceso de trabajo se ha observado la importancia de que dicho proceso se realice a partir de una propuesta de trabajo junto con la familia, -como mencionamos en el subtítulo 2.3.1.-, lo cual además de darle un rol protagónico a la misma favorece el logro de los objetivos planteados disminuyendo el margen de fracaso de las soluciones intentadas o la deserción al seguimiento.

Es importante destacar que como última instancia, y luego de que se hayan agotado los recursos institucionales y familiares, hay que llevar a la práctica la alternativa de que el niño o adolescente sea apartado de su familia y/o ser internado o institucionalizado. Siempre se buscará su contención y protección en un ámbito familiar, para lo cual es necesario que al intervenir en situaciones en que un niño y/o adolescente resulte víctima de maltrato, prevalezca el *interés superior de los mismos* como bien lo define la Convención de los Derechos del Niño apoyada en la doctrina de la “protección integral”.

3. La Interdisciplina

En la actualidad se registra una variada cantidad de referencias escritas y orales respecto del término Interdisciplina. Se encuentra en boga su mención sin embargo, representa un desafío en su actuación. Para la autora Alicia Stolkiner la Interdisciplina son “Campos conceptuales articulados en prácticas sociales alrededor de situaciones problemáticas” (Stolkiner, De interdisciplinas e indisciplinas, 1987). A su vez agrega que: en el caso de los equipos asistenciales el producto esperado desde lo interdisciplinario es: la

producción de acciones (Stolkiner, 1999), y establece ciertos niveles en los cuales plantea el análisis y la polémica sobre lo interdisciplinario:

- Un primer nivel epistemológico y de historia del conocimiento: el simple planteo de la interdisciplina implica un cuestionamiento a los criterios de causalidad, básicamente a los de causalidad lineal, y atenta contra la posibilidad de fragmentación de los fenómenos a abordar. Implica también el reconocimiento de que los campos disciplinares no son un «reflejo» de distintos objetos reales sino una construcción históricamente determinada de objetos teóricos y métodos.

- Un segundo nivel metodológico: tanto en el campo de la investigación, como en el de la asistencia, pensar en un desarrollo interdisciplinario es programar cuidadosamente la forma y las condiciones en que el mismo se desenvuelve. Ya es sabido que la simple yuxtaposición de disciplinas o su encuentro casual no es interdisciplina. La construcción conceptual común del problema que implica un abordaje interdisciplinario, supone un marco de representaciones común entre disciplinas y una cuidadosa delimitación de los distintos niveles de análisis del mismo y su interacción. Para que pueda funcionar como tal, un equipo asistencial interdisciplinario requiere la inclusión programada, dentro de las actividades, de los dispositivos necesarios. El tiempo dedicado a éstos -sean reuniones de discusión de casos, ateneos compartidos, reuniones de elaboración del modelo de historia clínica única, etc.- debe ser reconocido como parte del tiempo de trabajo. Sería bueno que los que programan acciones interdisciplinarias desde los niveles decisorios, tuvieran claro que para lograrlas se requiere algo más que un grupo heterogéneo de profesionales trabajando a destajo. Una diferencia entre equipos interdisciplinarios de investigación y equipos interdisciplinarios de asistencia, es que estos últimos se constituyen por distintas profesiones (y se da por supuesto que cada una representa una disciplina). Este deslizamiento (de disciplina a profesión) es un claro deslizamiento hacia el campo de prácticas (Stolkiner, 1999).

En cuanto al cómo se desarrolla lo interdisciplinario plantea que existe un nivel referente a lo subjetivo y otro a lo grupal: las disciplinas no existen sino por los sujetos que las portan, las reproducen, las transforman y son atravesados por ellas. Resulta necesario resaltar lo obvio: un equipo interdisciplinario es un grupo. Debe ser pensado con alguna lógica que contemple lo subjetivo y lo intersubjetivo. Lo primero, y más evidente, es que un saber disciplinario es una forma de poder y, por ende, las cuestiones de poder aparecerán

necesariamente. En lo individual, la participación en un equipo de esta índole implica numerosas renunciaciones, la primera es la renuncia a considerar que el saber de la propia disciplina es suficiente para dar cuenta del problema. Reconocer su incompletud (Stolkiner, 1999).

Desde la intervención interdisciplinaria en MNA, Pérez Chaca et al (2008) explican: *“Desde la experiencia se ha observado las ventajas del trabajo interdisciplinario, sobre todo para intervenir en situaciones de maltrato a niños y adolescentes y/o violencia en todas sus expresiones, como una forma superadora del trabajo individual y aislado que históricamente han realizado las distintas profesiones o disciplinas.*

Cuando hablamos de Interdisciplina lo hacemos teniendo en cuenta que es una herramienta metodológica que permite, por un lado, tener una visión integral de la problemática, y por otro, realizar el diagnóstico y la toma de decisiones en forma conjunta, compartiendo las responsabilidades que devienen del trabajo, muchas veces desgastante y tensionante (por su alto impacto emocional), que implica esta temática.

La interdisciplinariedad no es una sumatoria de saberes, sino el aporte de diferentes miradas para el abordaje de un mismo caso, lo cual requiere capacidad de trabajo en equipo, respeto y valorización de las disciplinas que participan, apertura para aceptar las distintas posiciones, definir previamente los roles dentro del grupo de trabajo para lo cual cada integrante o profesional debe tener claro el saber particular que aporta (la especificidad), teniendo a su vez permeabilidad hacia los saberes de otros, lo cual no significa una metamorfosis o mimetización de la práctica profesional específica.

Desde el Programa Provincial de Prevención y Atención del Maltrato a la Niñez y Adolescencia se utiliza esta modalidad de trabajo, como equipos de salud, priorizando el mayor protagonismo o desempeño de una u otra disciplina de acuerdo a cada situación particular o al momento del proceso en que se encuentre el abordaje”.

Sin embargo es necesario prestar atención a lo que Carballada (2000) advierte: *El trabajo en equipo se presenta como una posibilidad de construir algo diferente en la medida que pueda incorporar el concepto de diálogo por encima del de imposición. Una de las primeras cuestiones que aparece como compleja dentro de esta posibilidad se centra dentro de la necesidad de discutir marcos conceptuales generales acerca del proceso salud - enfermedad, en la búsqueda de acuerdos y consensos, alrededor de los derechos de los pacientes, la noción de salud, la visión de "problema social", etc., posiblemente desde allí sea factible la construcción de equipos de trabajo. Pero, a su vez, la conformación de un "equipo de trabajo" implica sostener los espacios de diálogo, donde lo convocante es aquello que interpela a la*

Intervención, donde cada integrante no pierde su singularidad, sino que aporta desde ella desde una relación horizontal (Carballeda A. , 2000).

4. Nuevos planteos y Atravesamientos del abordaje en MNA.

Los interrogantes actuales, los planteos surgidos a partir de la práctica del abordaje, los atravesamientos que exceden a las incumbencias propias de la institución pero que es necesario responder, y las nuevas perspectivas teóricas e investigativas; nos invitan a vincular conceptos favoreciendo al surgimiento de nuevos sujetos de intervención.

Es por ello que este subtítulo invita a repensar la teoría en favor de la práctica, y viceversa. A continuación presentamos algunas propuestas:

4.1. Procedimientos y criterios para la evaluación de la intervención en MNA.

Raúl Di Paolo (2011) en su libro sobre: “Planificación de proyectos sociales²⁴”, destaca que “el momento evaluativo está presente en todo proceso de la planificación” (Di Paolo, 2011). Es una actividad que tiene por objeto maximizar la eficacia en la obtención de fines, y eficiencia en la asignación de recurso. Es comparar, en un instante determinado, lo que se alcanzado mediante una acción con lo que se debería haber alcanzado de acuerdo a una programación previa (Di Paolo, 2011).

Para Di Paolo (2011) existen tres momentos evaluativos:

▣ *la evaluación “ex –antes”*: la cual determinar cuál es el “producto” del proyecto. Tiene por finalidad proporcionar criterios racionales para decidir si el proyecto debe o no implementarse en baso al análisis de: la evaluación del diseño del proyecto y evaluación de viabilidad o factibilidad.

▣ *la evaluación “durante” “procesos”, o “concomitante”*: la cual se realiza durante la ejecución de un proyecto, y sirve para verificar cómo se está produciendo y entregando el producto a la población destinataria. Responde a criterios de eficiencia y eficacia.

▣ *la evaluación “ex –post”*: se realiza finalizado el proyecto y sirve para verificar el/los efectos/s del producto del proyecto sobre los objetivos específicos (causas), e impacto de éstos últimos sobre el objetivo general (problema) del proyecto.

Arruabarrena Madariaga (2009) en su artículo “Procedimientos y criterios para la evaluación y la intervención con familias y menores en el ámbito de la protección infantil”,

²⁴ Si bien el abordaje en MNA no representa la planificación de un proyecto social, sirva la analogía para enriquecer la evaluación de un abordaje. Además tanto la planificación proyecto social como el abordaje comparten: diagnóstico, Intervención y evaluación o alta.

describe la situación de los programas de intervención en familias y menores en el España y señala algunos reflexiones que bien podrían aplicarse al plano local:

La pregunta es evidente: ¿existe un tipo de intervención, con su orientación teórica, recursos y técnicas propias, más eficaz que otros para la intervención con este tipo de familias²⁵? Las investigaciones realizadas a este respecto indican que probablemente no sea apropiado plantearse la pregunta en estos términos, ya que las familias donde se presentan situaciones de desprotección infantil no tienen las mismas dificultades ni por tanto las mismas necesidades de intervención. Aunque tienen ciertas características comunes, no constituyen un grupo homogéneo. De esta manera, la investigación debe dirigirse a conocer qué modelos de intervención (con sus recursos y técnicas correspondientes) son más eficaces para qué tipo de familias o problemas. Es decir, se busca la especificidad del tratamiento, desechando la idea de un único modelo o estrategia válidos para la multiplicidad de necesidades y problemas de este tipo de familias (Arruabarrena Madariaga, 2009).

Es decir, la pregunta inevitablemente nos lleva a señalar si existe un modelo de intervención que sea mas eficaz o que otro. Sin embargo también es necesario adecuarse a la heterogeneidad de la(s) familia(s), ya que no son las mismas dificultades aunque posean características comunes (Perez Chaca, Mollo, & Giunchi, 2008; Gimenez & Caballero, 2008; Arruabarrena Madariaga, 2009; Karsz, 2007; Giberti, 1994; Velázquez, 2012). Sin embargo, la eficacia como uno de los parámetros para la evaluación de un modelo de abordaje no es tomado como prioritario, ya que, como dice Arruabarrena Madariaga (2009): “no existe una cultura de evaluación. Hacer, “trabajar” con las familias, sin evaluar si lo que se hace es eficaz o no, es un mal endémico de los Servicios Sociales en nuestro país, al menos en el ámbito que nos ocupa. La evaluación es relegada a un lugar secundario en el quehacer profesional, y los psicólogos y psicólogas²⁶ hemos caído en esa dinámica. La capacitación profesional de los psicólogos y psicólogas no se restringe a la actividad diagnóstica y terapéutica, sino que también estamos o debemos estar preparados para evaluar nuestra propia intervención y los programas en los que participamos. La evaluación debe ser definida como parte integrante e inseparable de la intervención. Es una responsabilidad ética y profesional, máxime en un ámbito de trabajo como éste, donde las necesidades superan ampliamente los recursos disponibles” (Arruabarrena Madariaga, 2009).

²⁵ Hace referencia a familias en situación de violencia.

²⁶ Vale decir que no sólo el ámbito psi sino también los equipos y los niveles decisorios.

En cuanto a la especificidad de la intervención en MNA en la realidad Argentina, la Dra. María Inés Bringiotti (2006) advertía de la necesidad de indagar acerca de: *Evaluación de los diferentes programas de tratamiento*, y continuaba diciendo: *“habitualmente todo tratamiento individual o grupal se plantean una serie de objetivos que permiten al terapeuta medir el cambio producido y la posibilidad de alta del mismo. En este punto, sin embargo nos referimos a una evaluación sistemática pre y post tratamiento con medidas estandarizadas y guías estructuradas del contexto familiar para evaluar realmente los cambios producidos y el diagnóstico correspondiente* (Bringiotti M. I., 2006).

A partir de ambos exponentes – Arruabarrena Madariaga (2009) y Bringiotti (2006)- podemos aseverar la necesidad de realizar evaluaciones de las intervenciones, de los modelos que utilizamos, de los recursos en función de los objetivos, de la capacitación de los profesionales y la calidad de intervención, de la percepción de los sujetos respecto del abordaje realizado con ell@s, en ell@s y para ell@s.

4.2. Del caso a la situación

Al plantear categorías clínicas para ámbito del trabajo social²⁷, Saül Karsz (2007) plantea la diferenciación entre caso y situación: “en trabajo social el caso concierne siempre al otro y solamente al otro... Frente a ellos el trabajador social aparece en términos de profesional, experto, técnico que exterior al caso intentan ayudar a dichas personas a salir de su estado de casos. Casos que se refieren pues a personas que afrontan dificultades, inquietudes y problemas más o menos agudos, que las personas involucradas no logran, maneja, de ningún modo o en parte... La categoría de caso requiere situar a las personas en una posición de no-saber, de infans, es decir, en la posición de aquel que no tiene el uso de la palabra, de la palabra que produce efectos, de la palabra que significa. Por lo tanto el primer objetivo de la intervención social será el de inspirar un deseo adecuado, el de inculcar ambiciones razonables y proyectos realizables... Condición necesaria para que se despliegue la operación que consiste en hacerse cargo de las personas que está enfrente (Karsz, 2007).

En cambio, dice Karsz (2007), para que una situación sea posible tiene que participar tres componentes activos y activadores: el usuario, concebido de una cierta manera, el trabajador social, también él representado de una cierta manera, y por último, una relación particular para con la política social.

²⁷ Si bien el autor se especializa en el campo del trabajo social, este planteo puede extenderse a las otras disciplinas.

a. El usuario, es un individuo o un grupo. De entrada, la relación con él no es meramente interpersonal. Individuos y grupos son tomados como representantes singulares (únicos) de una manera colectiva de pensar y sentir, versiones hic et nunc de una modalidad de vivir-juntos común a una comunidad, un barrio, una categoría social, ilustraciones vivientes de lo que la formación económico-social actual hace con ciertos individuos y grupos que la componen.

b. Por su parte del trabajador social es un individuo tanto como un colectivo. Un individuo, porque trata de comprender algo personalmente, con los conocimientos y la habilidad de los que dispone, con las ignorancias que lo frenan, con los miedos que lo atenazan. Incluso cuando trabaja no está trabajando en solitario, puesto que sus esfuerzos personales son mitigados o amplificadas por una pléyade de intervinientes implícitos, como el equipo, las familias, la escuela, el empleador...

c. Cuando se trabaja con la categoría situación, la política social se reconoce a la vez por encima, por debajo y en el centro de la intervención. Pues ella determina los umbrales y los techos para que el recurso a la intervención social se torne concebible. Enmarca la intervención en términos de modalidad de existencia individual y colectiva que hay que alentar, de ideales que hay que preservar, de arreglos posibles y concesiones impensables... (Karsz, 2007)

Y esta diferencia manifestada por el autor se refleja en la intervención:

– *La intervención en casos* se centra en incapacidades y disfunciones, en problemas que es preciso conocerla a fin de liberar al individuo o al grupo. Se trata de obrar para el usuario. En estas condiciones, el principio clínico del uno por uno apunta a una individualización lo más extremada posible, a una atomización creciente de las personas y los grupos... Se trata de que los usuarios se hagan responsables, incluso de dimensiones y de causalidades sobre las que no tiene ningún impacto: responsabilizar no suele estar muy lejos de culpabilizar.

– *La intervención sobre situaciones* se centra en características y funcionamientos, en problemáticas que es preciso desplegar, en interrogaciones que importa descifrar. No tanto para resolverlas como para dejarlas señaladas y contribuir a su elaboración, junto con el usuario. No obrar para él, sino con él. No para salvarlos sino para acompañarlo con pasión y, a la vez, con distancia. No se trata entonces de imponerle que sea responsable, sino de proponerle que se las arregle para

responsabilizarse de lo que pueda, en el marco de imposiciones objetivas, de límites socio-políticos dados, en el seno de una formación económico social en la que no ha elegidos vivir pero que debe vivir. Responsables de una parte de su destino, de algún segmento de su vida individual y colectiva (Karsz, 2007) .

La propuesta presentada implica repensarse desde el trabajo cotidiano y observar las familias, comúnmente llamada “casos”, responde a esta visión diferenciadora que observa Karsz. Es interesante a partir de esta diferenciación al puntualizar acerca de quién es el otro sobre el que se interviene. Vasilachis de Gialdino (2006), expresa: “si el sujeto cognoscente (el investigador, el técnico) no reconoce en el sujeto conocido el componente idéntico que los hace iguales difícilmente podrá admitir su capacidad para conocer” (Vasilachis de Gialdino, 2006).

4.3. El diagnóstico basado en el riesgo: reflexión en torno a ello.

Este planteo es realizado teniendo en cuenta la historia institucional respecto de la cual sentó bases la intervención en MNA en la provincia de Mendoza. Como se mencionó anteriormente en la provincia de Mendoza se creó el PPMI con la intencionalidad de proteger los derechos del niño. Si nos remontamos al año 1998 se puede observar que los parámetros, códigos o tipos de maltrato, sobre los cuales se podía dar ingreso al programa de asistencia era a partir de: 1. Maltrato a la niñez y adolescencia físico y psicológico, 2. Desnutrición de segundo y tercer grado por negligencia y abandono, 3. Reingresos recurrentes, 4. Maltrato institucional, y por último, violación de los derechos del niño y el adolescente según la convención internacional, la ley nacional Nº 23849, ley provincial Nº 6354 y Ley provincial Nº 6551 (Programa provincial de prevención y atención del Maltrato infantil, 1999).

Después de algunos años y en referencia escrita a partir del 2007 se realizó una nueva codificación donde se incluían 8 códigos: 5.1 Maltrato físico, 5.2. Negligencia y abandono, 5.3. Maltrato emocional, 5.4 Abuso sexual, 5.5 Síndrome de Munchäusen by proxy, 5.6 Reingresos recurrentes al Hospital, 5.7 Desnutrición en segundo y tercer grado, 5.8. Maltrato institucional (Mollo S. A., 2007). Recién en el año 2009 se codifica nuevamente y se reducen a 5 códigos o parámetros: 5.1 Maltrato físico, 5.2. Negligencia y abandono, 5.3. Maltrato emocional, 5.4 Abuso sexual, 5.5 Síndrome de Munchäusen by proxy (Mollo, Martín, & Stagni, 2009).

La codificación representó el cambio de las perspectivas y el reordenamiento de incumbencias del PPMI. Sin embargo la visión de riesgo persiste en los equipos de trabajo, a través del código subyacente -aunque presente en las intervenciones- “niño y/o adolescente en riesgo”. La pregunta sería: ¿Por qué tipo de riesgo ingresa un niño/a y /o adolescente a la

atención? Si es por MNA ¿es posible aseverar que el MNA sea la única posibilidad por la cual existe un 4% de altas (Lucero, 2011) en el año 2010? Cuando se evalúa el riesgo ¿qué se evalúa? ¿Qué sujeto o forma de sujeto se engendra a partir de la postura del riesgo?

Debido a los interrogantes antes mencionados y ante la posibilidad de problematizar (Carballeda A. J., 2006) el paradigma del riesgo en la intervención del MNA, se presenta la posición crítica del equipo de investigación González, Sandra, & Costábile, (2008) y de la Dra. Carolina González (2011)

Carolina González (2011) explica que: la idea de “riesgo” se utiliza en sentidos diversos, en función de los intereses y objetivos que se persigan en los ámbitos especializados. La probabilidad de que un suceso –generalmente temible– ocurra se presenta mediante un planteo abstracto, que reduce el contenido a una fórmula matemática de cálculo en la que se sopesan indicadores de predisposición. De esta forma, en el empleo de la categoría del riesgo por los sistemas abstractos, se revelan sus características de pragmatismo y versatilidad que lo construyen como un dispositivo técnico de alta complejidad para su uso profano (Hayes, 1992; Mitjavila, 2002 citado en González, 2011).

Y prosigue: En el caso de la caracterización del riesgo social se observa una naturalización de imágenes culturales, en las que ciertas conductas individuales son puestas en tela de juicio por el experto. De apariencia neutral, estas representaciones sociales, que instruyen el deber ser de las conductas y actitudes de los sujetos analizados, están fuertemente connotadas desde el punto de vista político y moral (Gonzalez, 2011).

Esta concepción parte de suponer que todos los individuos tienen intrínsecamente la misma posibilidad de hacerse cargo de decisiones adoptadas libremente, aun en contextos de pobreza y exclusión social, como si esta situación no condicionara seriamente sus opciones de vida, sería caer en la ingenuidad de ignorar la producción social de las desigualdades en un sistema de clases. Es más, la consecuencia sería la desresponsabilización del Estado en sus funciones de protección social.

Este tipo de lectura microsocial, que centra su mirada en el individuo señalando dificultades y potencialidades en la movilización de recursos propios y sociales para la obtención de metas de bienestar social aceptadas, coloca en los factores individuales la explicación del fenómeno de la pobreza.

Es por ello que resulta necesario “fijar la mirada en el evaluador de riesgos sociales” (Luhmann, 1992 citado en González, Sandra, & Costábile, 2008). La mirada sobre el observador de segundo orden en la atribución del riesgo a las decisiones de los sujetos sobre los que se

investiga constituye una perspectiva que interesa deconstruir observando al observador. De esta forma, la construcción del riesgo en los diversos escenarios de aplicación de conocimiento experto se transforma en objeto de estudio (Gonzalez, 2011). Agrega citando a Castel (1986): Esta distancia intercultural que supone la relación con el otro que se pretende conocer, no se establece a partir de un espacio igualitario en el que ambos sujetos tienen el control de la situación y establecen pretensiones de validez que el otro tiene posibilidad de aceptar o rebatir. En el caso del diagnóstico es el técnico quien conoce, evalúa y emite opinión experta, y deja al otro en situación de subordinación (Castel, 1986 citado en Gonzalez, 2011)).

Teniendo en cuenta este desarrollo teórico afirma junto a Foucault (1991) que “las prácticas sociales del diagnóstico y la observación se construyen socialmente como dominios de saber específicos, que engendran nuevas formas de sujetos y nuevos sujetos de conocimiento” (Foucault, 1991 citado en González, 2011).

4.4. De la doctrina de protección integral

Emilio García Méndez (1991) establece una relación entre las dos concepciones: *“Las diferencias que se establecen al interior del universo infancia, entre los sectores incluidos en la cobertura de las políticas sociales básicas (educación y salud) y los sectores excluidos es tan enorme, que un concepto único no podrá abarcarlos. Los incluidos, se transformarán en niños y adolescentes, los excluidos se transformarán en “menores”*. Los incluidos serían los niños y adolescentes que se encontraban en la institución escolar y lo excluidos serían aquellos menores sin recursos puestos a disponibilidad del Estado y encerrados en los patronatos.

A partir del reconocimiento de los derechos de los niños a tener derechos humanos se sanciona internacionalmente las siguientes declaraciones y convenciones:

*(1924) Declaración de Ginebra sobre los Derechos del Niño.

*(1959) Declaración de los Derechos del Niño. Naciones Unidas.

*(1989) Convención sobre los Derechos del Niño de Naciones Unidas (en vigor a partir del 2-11-1990) (Casas, 2006).

A partir de esta legislación precedente, se produjo un salto cualitativo que implicó un cambio de posicionamiento, donde el niño deja de ser objeto del derecho para asumirse como sujeto de derechos, esta concepción es acompañada por el desplazamiento del Juez como el padre protector (patronato) que podía intervenir con la suprema potestad sobre la vida de un menor, a partir de que se evaluara que se encontraba en peligro material o moral. Actualmente se ha creado organismos que permitan administrar recursos con el objeto de preservar, restituir o reparar las consecuencias derechos del niño que han sido vulnerados.

A partir del año 2005 se sanciona en Argentina la Ley 26061 de "Protección integral de los derechos de niñas, niños y adolescentes". Ésta ley llama a conformar el Sistema de Protección Integral de Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes. Este Sistema se constituye por: "todos aquellos organismos, entidades y servicios que diseñan, planifican, coordinan, orientan, ejecutan y supervisan las políticas públicas, de gestión estatal o privadas, en el ámbito nacional, provincial y municipal, destinados a la promoción, prevención, asistencia, protección, resguardo y restablecimiento de los derechos de las niñas, niños y adolescentes". Además crea Organo Administrativo dependiente del Poder Ejecutivo, desplazando de esta manera al Juzgado de Familia en diversas facultades atribuidas por la Ley 10.903²⁸. A su vez dota de medidas tanto de protección como de excepción para preservar, restituir o reparar consecuencias por vulneración o violación de derechos de la ley 26061.

En la especificidad de la intervención en la problemática del MNA, Perez Chaca, Mollo, & Giunchi, (2008) especifican que: "a la hora de definir alternativas a seguir en el proceso de trabajo se ha observado la importancia de que dicho proceso se realice a partir de una propuesta de trabajo junto con la familia, lo cual además de darle un rol protagónico a la misma favorece el logro de los objetivos planteados disminuyendo el margen de fracaso de las soluciones intentadas o la deserción al seguimiento. Es importante destacar que como última instancia, y luego de que se hayan agotado los recursos institucionales y familiares, hay que llevar a la práctica la alternativa de que el niño o adolescente sea apartado de su familia y/o ser internado o institucionalizado. Siempre se buscará su contención y protección en un

²⁸ Emilio García Mendez (1991) explica acerca de la Ley en referencia: "El tristemente célebre art. 21 de la ley argentina 10903 (Ley Agote) ha demostrado un asombroso vigor legislativo y una enorme capacidad de penetración en todo el continente. Este artículo establecía: "A los efectos de los artículos anteriores, se entenderá por abandono material o moral o peligro moral, la incitación por los padres, tutores o guardadores a la ejecución por el menor de actos perjudiciales a su salud física o moral, la mendicidad o la vagancia por parte del menor, su frecuencia a sitios inmorales o de juego o con ladrones o gente viciosa o del mal vivir, o que no habiendo cumplido 18 años de edad, vendan periódicos, publicaciones u objetos de cualquier naturaleza que fueren, en las calles o lugares públicos o cuando en estos sitios ejerzan oficios lejos de la vigilancia de sus padres o guardadores o cuando sean ocupados en oficios o empleos perjudiciales a la moral o a la salud".

Pero la propia discrecionalidad ilimitada de esta ley, se demostró insuficiente frente aquellos casos en que el sobreseimiento definitivo impedía continuar legitimando la acción estatal a través del sistema judicial, por eso, las leyes de reformas sucesivas que tratan del régimen penal de la minoridad (ley 22278), se ocupan de especificar que: "Cualquiera fuese el resultado de la causa, si de los estudios realizados apareciera que el menor se halla abandonado, falto de asistencia, en peligro material o moral o presenta problemas de conducta, el juez dispondrá definitivamente del mismo por auto fundado, previa audiencia de los padres, tutor o guardador". Claramente se observa la discrecionalidad ilimitada del Juez sobre el Niño llamado menor a través de esta ley.

ámbito familiar (con su familia nuclear o en la familia extensa); para lo cual es necesario que al intervenir en situaciones en que un niño y/o adolescente resulte víctima de maltrato prevalezca el interés superior de los mismos como bien lo define la Convención de los Derechos del Niño apoyada en la doctrina de la “protección integral” en la que el niño es considerado sujeto pleno de derechos o no objeto de dominación y tutela por parte de los adultos y del Estado”.

Sin embargo Bringiotti (2006) explica que es necesario advertir respecto al componente ideológico, a las concepciones arraigadas, sobre todo en el campo jurídico, respecto al menor y no al niño; a lo que se considera “familia” en cuanto a su forma y función; en los prejuicios que operan frente a situaciones de violencia ó abuso – “lo provocó”; “se queda por algo será”, “dejemos al padre en la casa, sino de qué van a vivir” ó “abusó, pero es el padre...”. Ejemplos de estas situaciones las vemos a diario desde la asociación a la que pertenezco, y la bibliografía al respecto, basada en trabajos de campo han señalado reiteradamente los riesgos de tales decisiones en el psiquismo del niño y en el peligro de una nueva victimización. Acá nos enfrentamos con la cruel realidad que los datos no modifican por si mismos, los paradigmas y concepciones subyacentes, que son las más difíciles de modificar porque se expresan de manera indirecta – no explícita – en las decisiones tomadas y las justificaciones de las mismas. Muchas veces cambia algo, para que todo siga igual, como alguien dijo, ó se adoptan formas novedosas en los discursos y acciones, pero medularmente los sectores excluidos, siguen siendo los mismos ya que los cambios no son de fondo (Bringiotti M. I., 2006).

A fin de profundizar acerca de este paradigma es necesario tener en cuenta que los programas de asistencia deben posicionarse desde los derechos que les incumbe proteger. Ya que la protección total de los derechos un sujeto no es posible por ninguna institución, es por ello que teniendo presente los derechos a proteger como función específica, la tendencia será articular para efectivizar la malla de derechos a partir de la coordinación interinstitucional. Sin embargo los canales de comunicación y articulación aun están en plena construcción y requiere de los actores sociales el compromiso y la paciencia necesaria para acompañar la implementación de este nuevo paradigma. Estas vicisitudes acompañan las prácticas cotidianas de los equipos y programas asistenciales.

A modo de conclusión de este segundo capítulo, se puede decir que hemos realizado un recorrido teórico-referencia a través de: los modelos explicativos de la producción y

reproducción del MNA, las formas o modelos de abordaje disciplinares y por último la finalización en la Interdisciplina como necesario requisito para el trabajo en la intervención en MNA. Al mismo tiempo, se han planteado ciertos interrogantes a través de planteos que atraviesa la intervención en la problemática del MNA.

OBJETIVOS

OBJETIVOS

1. Objetivo General

Explorar los criterios de Alta en el ámbito del maltrato infantil a partir del análisis de historias clínicas y de las opiniones de los profesionales intervinientes.

2. Objetivos Específicos

1) Indagar las conceptualizaciones teóricas acerca del Alta utilizadas por los profesionales especialistas en el en el abordaje de casos de maltrato infantil.

2) Evaluar los indicadores diagnósticos y estrategias de intervención presentes en los casos que recibieron el Alta a través de los equipos de Salud.

MARCO METODOLÓGICO



ASPECTOS METODOLÓGICOS: PROCEDIMIENTOS, CONSTITUCIÓN Y ANÁLISIS DE LOS DATOS CUALITATIVOS

Si el sujeto cognocente no reconoce en el sujeto conocido el componente identico común que los hace iguales, difícilmente podrá admitir su capacidad para conocer. (Vasilachis de Gialdino, 2006)

1. Enfoque

El presente trabajo de tesis utiliza con prevalencia el enfoque cualitativo entendiéndose como el estudio, uso y recolección de una variedad de materiales empíricos que describen momentos habituales y problemáticos y los significados en la vida de los individuos (Vasilachis de Gialdino, 2006). Agrega la autora que la Investigación cualitativa es: multimetódica, naturalista e interpretativa, ya que los investigadores/as cualitativas indagan en situaciones naturales, intentando dar sentido o interpretar los fenómenos en los términos del significado que las personas les otorgan (Denzin & Lincoln, 1994 citada en Vasilachis de Gialdino, 2006).

Teniendo en cuenta que se trata de un trabajo de investigación en el cual no existe un precedente teórico específico que acompañe el proceso de exploración, la investigación cualitativa tiene una particular solidez, que yace en el conocimiento que proporciona acerca de la dinámica de: procesos sociales, del cambio y del contexto social y en su habilidad para contestar preguntas acerca de: ¿cómo? y ¿por qué? (Vasilachis de Gialdino, 2006).

Es importante mencionar que este estudio se ubica en el paradigma interpretativo cuyo supuesto básico es la necesidad de comprender el sentido de la acción social en el contexto del mundo de la vida y desde la perspectiva de los participantes (Vasilachis de Gialdino, 1992, 2006, 2011). En cuanto al lugar de la teoría en esta investigación se ha utilizado el proceso de investigación inductivo (Hernández Sampieri, Fernández Collado, & Baptista

Lucio, 2006; Reguera, 2008; Vasilachis de Gialdino, 1992, 2006, 2011) ya que lo buscado es una teoría que explique los datos emergentes (Becker, 1958 citado en Goetz & Le Compte, 1988).

2. Aspectos generales

La presente tesina surge a partir del trabajo realizado en el proyecto de investigación denominado: “Criterios de alta clínica en la atención de casos de maltrato infantil en el ámbito público: un enfoque exploratorio”, dirigido por la Dra. Gabriela Morelato²⁹ y financiado por el Consejo de Investigación de la Universidad del Aconcagua (CIUDA), cuyo objetivo fue explorar los criterios de alta clínica adoptados por los profesionales que intervienen en la atención de casos de maltrato infantil. En este marco, este trabajo se propone ampliar y profundizar la investigación acerca de los criterios de Alta en el ámbito del maltrato infantil, a partir del análisis de historias clínicas y de las opiniones de los profesionales intervinientes. Es importante aclarar que debido a la sensibilidad de la temática, se observó necesario someter el proceso metodológico a la triangulación de datos³⁰ y triangulación metodológica³¹ (Denzin & Lincoln, 1994; Vallejo & Finol de Franco, 2010) ambas expresadas en las técnicas aplicadas que permiten recabar la información (entrevistas y análisis de contenido de historias clínicas) y en la estrategia metodológica de implementación de una de ellas (criterio de jueces). Con esta finalidad, las acciones, sentimientos, significados, valores, interpretaciones y evaluaciones, se tergiversaron lo menos posible (Vasilachis de Gialdino, 2006; Morse, 2006).

Con el objeto de cumplir con la normativa vigente y teniendo en cuenta el tratamiento de los datos, los procedimientos metodológicos tuvieron en cuenta los aspectos éticos narrados a continuación:

- El proyecto de investigación desde el que se enmarca la presente tesis, exigió como requisito previo para la presentación en concurso, la celebración de convenio de entre ambas instituciones (Universidad del Aconcagua y PPMI), expresado en una carta de intención interinstitucional

²⁹ Investigadora asistente, Psicología Evolutiva y Educacional, INCIHUSA - CONICET - CCT Mendoza, y Prof. Adjunta Psicología del Desarrollo I de la Fac. de Psicología de la Universidad del Aconcagua.

³⁰ Según Arias (2000 citado en Vallejo & Finol de Franco, 2010) en esta tipología se considera como el uso de múltiples fuentes de datos para obtener diversas visiones acerca de un tópico para el propósito de validación.

³¹ Por otra parte, Arias (2000 citado en Vallejo & Finol de Franco, 2010) señala que la triangulación metodológica puede ser dentro de métodos y entre métodos. Se trata simplemente del uso de dos o más métodos de investigación y puede ocurrir en el nivel del diseño o en la recolección de datos.

- El proyecto de investigación y el anteproyecto de tesina fueron cotejados, observados y autorizados por la jefatura y el equipo de profesionales del Área Técnica y Jurídica del Programa de Provincial de prevención y asistencia al maltrato a la niñez y adolescencia.

- El tratamiento de las historias clínicas se encuentra de acuerdo a lo normado por la Ley N° 25326, de protección de datos personales de salud, la cual narra en el artículo 11º que no debe exigirse el consentimiento cuando: 1) Así lo disponga una ley; 2) La cesión se realice entre dependencias de los órganos del Estado en forma directa, en la medida del cumplimiento de sus respectivas competencias; 3) Se trate de datos personales relativos a la salud, y sea necesario por razones de salud pública, de emergencia o para la realización de estudios epidemiológicos, en tanto se preserve la identidad de los titulares de los datos mediante mecanismos de disociación adecuados y por último; 4) Se hubiera aplicado un procedimiento de disociación de la información, de modo que los titulares de los datos sean inidentificables. A tal fin, y de acuerdo a lo que establece el párrafo cuarto del artículo 11º del Decreto 1558/2001, la Dirección Nacional de Protección de Datos Personales deberá fijar los estándares de seguridad aplicables a los mecanismos de disociación de datos.

3. Corpus

El corpus de esta investigación según la etapa se conforma por:

- Primera etapa: 67 entrevistas realizadas a profesionales especialistas en el abordaje de la problemática del Maltrato a la Niñez y Adolescencia, de las cuales se seleccionaron dos preguntas para ser analizadas de acuerdo a los objetivos específicos.

- Segunda etapa: 5 historias clínicas facilitadas por tres efectores diferentes del PPMI.

4. Instrumentos o técnicas de recolección de los datos.

4.1. Entrevista semidirigida.

Se utilizó este instrumento ad hoc con el propósito de recabar datos acerca de los criterios que utilizan o no utilizan los profesionales especialistas en la problemática maltrato infantil para otorgar altas. Las mismas son administradas a los profesionales en su ámbito de acción, llamados Unidades Especializadas Departamentales que se encuentran en Hospital regional o Centro de Salud. Este instrumento pretende obtener mayor riqueza, profundidad y calidad de información (Hernández Sampieri, et all., 2006 citado en Morelato et all., 2012). La entrevista constó de dos partes: la primera recaba datos demográficos (género, edad, lugar de

trabajo, profesión, tiempo laboral, formación académica, entre otras) y la segunda parte se introduce en el tema sobre criterios de Alta indagando acerca de: conceptualización profesional sobre el alta, altas en los últimos dos años, predominancia del criterio disciplinario o interdisciplinario, tiempo de duración de un caso en el programa, criterios de alta a nivel disciplinar y por último, existencia o no de norma pre-establecida respecto del alta.

Posteriormente la misma fue sometida a criterio interjueces para evaluar el grado de acuerdo respecto de la pertinencia de las preguntas al objetivo de trabajo (ver anexos al final del informe). Tres jueces expertos en la temática evaluaron las preguntas. Se obtuvo un índice de concordancia de .50 $p < 0.045$, considerado moderado y aceptable (Prieto, Lamarca, Casado; 1998; Mandeville, 2005). Por otra parte todos los jueces (100%) coincidieron en que la precisión y la claridad eran adecuadas o medianamente adecuadas. No obstante, se incorporaron sus sugerencias respecto de estos apartados y se realizó la primera toma a modo de prueba (Morelato et al., 2012).

Cuadro Nº 2

Coefficiente de correlación interclase para el acuerdo entre jueces respecto de la pertinencia de las preguntas al objetivo de trabajo

	Intraclass Correlation ^a	95% Confidence Interval		F Test with True Value 0			
		Lower Bound	Upper Bound	Value	df1	df2	Sig
Single Measures	.500 ^b	-.075	.921	4.000	4	8	.045
Average Measures	.750 ^c	-.263	.972	4.000	4	8	.045

Ref. (Morelato et al., 2012)

De la presente entrevista a los fines de profundizar el análisis, se seleccionaron dos preguntas pertenecientes al segundo apartado. Tal selección se basó en los objetivos específicos de la presente tesis. Las preguntas seleccionadas son:

- *Preg. 1 En su trabajo profesional ¿qué es para Ud. un “alta”?*
- *Preg. 5 ¿Podría identificar conforme a su profesión qué criterios aplica para determinar el alta?*

4.2. Historias Clínicas.

Las historias clínicas son entendidas como: relatos patográficos o expedientes clínicos complejos (Huertas, 2001); representan un documento donde debe constar la sucesión de actos practicados sobre la salud del paciente (Luján López, 2012). Ésta recolección ordenada consta de: datos de identidad, síntomas, signos y otros elementos que permitan al médico plantear un diagnóstico clínico sindrómico y nosológico, que puede ser provisional en su

primera etapa, y se afirmará o negará con el análisis del resultado de las investigaciones de laboratorio clínico, radiográficas, endoscópicas o de otro tipo (LLanio, 1992 citado en Barreto Perinié, 2000). De igual forma, considera la historia clínica como el documento básico en todas las etapas del paradigma de la atención médica y debe ser apreciada como una guía metodológica para la identificación integral de los problemas de salud de cada persona que establece todas sus necesidades; también se emplea para el planeamiento, ejecución y control de las acciones destinadas al fomento, recuperación y rehabilitación de la salud (Barreto Perinié, 2000). Conformar una herramienta útil para determinar, eventualmente con qué calidad se han prestado dichos servicios (Luján López, 2012).

5. Descripción de los procedimientos para la constitución, análisis y teorización de los datos.

Cabello Garza (2012) a través de su cátedra de Metodología de Investigación de Universidad de Nuevo Leon, propone un esquema sobre los distintos procedimientos realizados en el análisis de datos cualitativos. A continuación se presenta el esquema:

<i>Cuadro N°3</i>			
<i>Perspectiva según autores sobre el análisis de datos cualitativos.</i>			
Constitución de los datos Deslauriers (1991)	Fases del Análisis de Datos Taylor y Bogdan (1996)	Análisis cualitativo de los datos Hernández Sampieri, et all (2003)	Proceso de Teorización Martínez, Miguel (2004)
Reducción de datos: -Toma de notas (Notas metodológicas, teóricas, descriptivas). -La transcripción de las observaciones y de las entrevistas (transcripción de memoria) -Codificación de datos (Elaboración de un sistema de codificación) -Tipos de codificación (artesanal y en computadora)	-Descubrimiento -Codificación de datos y refinamiento de la comprensión del tema de estudio -Relativización de los datos	1era. parte Revisar el material Establecer un plan de trabajo Codificar los datos en un primer nivel o plano Codificar los datos en un segundo nivel o plano Interpretar los datos Describir contextos Asegurar la confiabilidad y validez de los resultados Retroalimentar, corregir y regresar al campo 2da. parte Planteamiento del problema 3era. parte Programas Computacionales	-Categorización -Estructuración -Contrastación -Teorización Evaluación de las Teorías formuladas Procesos que refuerzan la Validez y la Confiabilidad.
Ref. (Cabello Garza, 2012)			

Con el objeto de ser acompañado por el camino metodológico adecuado a los objetivos específicos, los instrumentos con los que se realizó la recolección de datos y la especificidad del presente trabajo, se eligieron dos de los modelos presentados: Las fases de análisis de datos de Taylor y Bogdan (1996) y el proceso de Teorización de Miguel Martínez Miguelez (2004).

6. Aplicación de los modelos metodológicos seleccionados al trabajo realizado en la presente tesis.

A partir de la presentación acotada de los modelos, se toma como referencial teórico metodológico el modelo de Miguel Martínez Miguelez y se utilizará como referencial operativo metodológico, los pasos propuestos por Taylor y Bogdan. En cuanto a la elección, se remiten a:

- *Referencial teórico metodológico* ya que la postura respecto de las perspectivas paradigmáticas acerca de la metodología de investigación cualitativa, en Martínez Miguelez (2004) responden al paradigma interpretativo con mayor claridad, y en su proceso de estructuración toma como parte de sí, a: los resultados, discusión de resultados y la conclusión.
- *Referencial operativo metodológico*: se tomo a Taylor et al., (1996) debido a la minuciosidad con la cual detalla el proceso del análisis de los datos cualitativos.

Los procedimientos tuvieron como eje los instrumentos de medición a fin de describir con mayor claridad los pasos realizados. Por lo tanto existen dos etapas: la primera vinculada a la entrevista semidirigida, y la segunda relacionada al procedimiento realizado con las historias clínicas.

6.1. Primera Etapa: entrevistas

6.1.1. Las preguntas seleccionadas fueron:

- *Preg. 1 En su trabajo profesional ¿qué es para Ud. un “alta”?*
- *Preg. 5 ¿Podría identificar conforme a su profesión qué criterios aplica para determinar el alta?*

Descubrimiento

a) Digitalización de las respuestas: la administración de las entrevistas a los profesionales no se realizó en forma digitalizada por lo tanto cada respuesta se digitalizó en matrices de Excel.

b) Lectura y relectura del corpus: a partir de la lectura de las categorías, se anotaron las ideas surgidas. Estas ideas fueron formando parte de listado tentativo, y se

supervisaron junto la Dirección de la presente tesina. También se realizó relectura del corpus junto a otras personas pertenecientes al equipo de investigación a fin de obtener otras ideas, intuiciones o reflexiones.

c) Sometimiento del corpus al software textstat: a fin de ubicar las palabras con mayor grado frecuencia en el corpus, se ocupó el software textstat. Este software organiza al texto en palabras y ofrece un listado de frecuencia de aparición en el texto. Además las palabras pueden ser contextualizadas al instante, en la parte del texto donde aparecen. Este programa ofrece frecuencia de aparición de palabras para después ser codificadas y categorizadas. Este software constituyó un primer acercamiento a la categorización de los datos. A partir de esta primera organización y sistematización de los datos, se realizó la codificación y categorización sin utilizar otros programas de análisis.

Codificación, categorización y reestructuración de categorías.

d) Codificación y categorización: Se realizó la codificación de las respuestas asignando a cada parte del relato un número. Se empleó un listado tentativo de categorías las cuales fueron aproximadamente 80, tal como se mencionó previamente. Este listado se sometió a discusión con especialistas a partir de lo cual se realizó reemplazamientos, supresión, jerarquización e integración de categorías. Luego se asignó a cada recorte de dato codificado, las categorías que se observaron pertinentes.

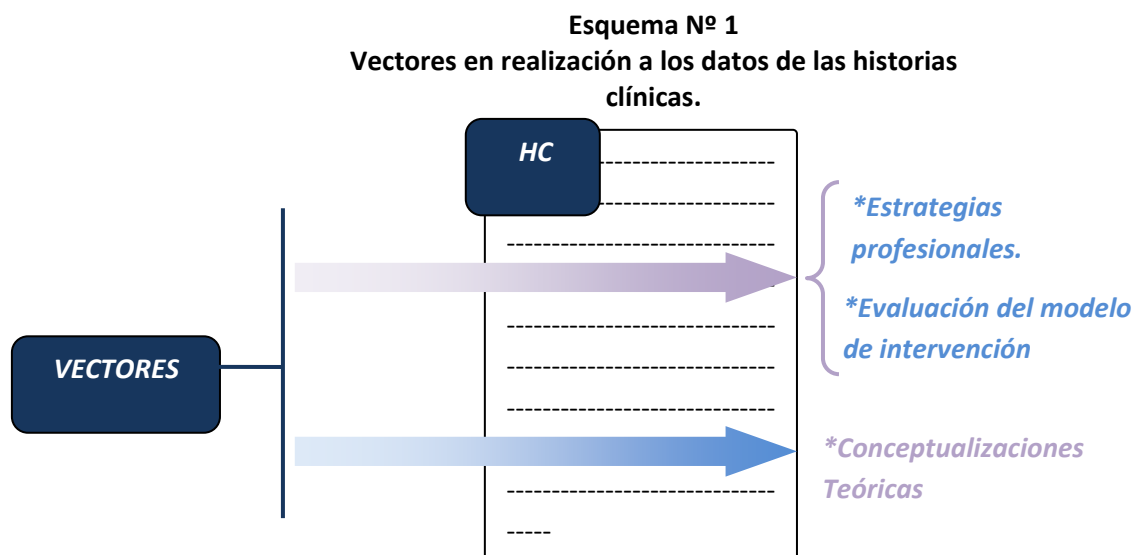
e) Consulta a la bibliografía: Se recurrió con frecuencia a bibliografía para acompañar el proceso de estructuración (Martínez Miguelez, 2006). Es importante mencionar que tanto la bibliografía como los datos produjeron nuevas modificaciones en el esquema de categorías.

f) Finalmente se redefinieron los datos sobrantes, contradicciones y casos negativos. Algunos de estos datos formaron parte de las categorías y otros datos no han sido forzados a la reubicación en alguna categoría (Taylor & Bogdan, 1994).

6.2. Segunda Etapa: historias clínicas.

Para esta fase, se utilizan los principales resultados del análisis realizado en la primera etapa a modo de **Vectores**. Se llama vector a todo segmento orientado. La adaptación de éste concepto en ciencias sociales la establece Coffey (1999), Atkinson, Coffey y Delamont (1999) citados por (Denzin & Lincoln, 1994) al considerar pertinente hablar de vector como la direccionalidad de fuerzas en el campo intelectual, en lugar de hablar términos que encubran tensiones y diferencias en el campo de la etnografía. Los vectores marcarán una direccionalidad que orientará la recolección de datos en las Historias clínicas basados

específicamente en las conceptualizaciones teóricas extraídas de las respuestas de la entrevista. A continuación, se presenta un esquema, que representa cómo será la modalidad en que los vectores interpelaran a los datos de las historias clínicas.



Los vectores marcarán una direccionalidad que orientará la recolección de datos en las Historias clínicas (HC). Los vectores se basarán específicamente en:

- *las conceptualizaciones teóricas* extraídas de las respuestas a la primera pregunta de la entrevista,
- *las estrategias profesionales y evaluación del modelo de intervención* los cuales fueron extraídos de las respuestas a la segunda pregunta de la entrevista.

Procedimientos realizados

1.- A partir de los vectores previamente expuestos se realizó una grilla para analizar la cantidad de 5 historias clínicas de dos efectores o UED³² del PPMI. A continuación se presentan la grilla, la cual se trabajó junto a la dirección de la presente tesina:

³² UED la abreviatura hace referencia Unidades Especializadas departamentales que son a los Equipos de atención del MNA en la provincia de Mendoza

Cuadro Nº4		
Grilla de análisis de HC		
<i>Categorías</i> <i>Generales</i>	<i>Subcategorías</i>	
a. Diagnóstico de Situación	a.1. Modalidad de Ingreso	
	a.2. Tipología de MNA, severidad-cronicidad, particularidad de la situación familiar y Duración del tratamiento	
b. Estrategias de intervención	b.1 Interdisciplina y Protección integral del Niño/a y sus derechos	
	b.2. Disminución de F. de riesgo y potenciación de F. protectores.	Fortalecimiento de funciones parentales Fortalecimiento de recursos personales, familiares y contextuales.
	b.3. Técnicas de intervención y monitoreo	
c. Evaluación de la intervención o abordaje		

2.- Luego de tener la grilla. Se organizan las historias clínicas de acuerdo a la fecha de cada procedimiento y se numera cada hoja. Y se realiza la primera lectura general de la Historia.

3.- Junto a la grilla se realiza una relectura analítica donde codifican los enunciados que se verifican como contenidos de la grilla previamente realizada. Se sustraen estos contenidos y se colocan en una planilla de Excel.

4.- Se realiza una relectura final con el objetivo de observar los datos que pudieran servir para completar la información.

RESULTADO

El análisis que se presentará a continuación presenta dos ejes que se traman a la luz de los objetivos específicos expresados anteriormente. Estos ejes son: 1.- Análisis de las preguntas de la entrevista ad hoc realizada en el proyecto de investigación y, 2.- Análisis de las historias clínicas a partir de los ejes orientadores expresados anteriormente. Ambos ejes se engarzan dialécticamente en la tesis, a partir de una retroalimentación mutua.

1. Primera Etapa

La entrevista a profesionales administrada a partir del encuadre del proyecto de investigación mencionado anteriormente, presenta un corpus de datos que se dirigen a explorar los objetivos propuestos en el mismo proyecto. Sin embargo para la presente tesis se puede realizar un análisis horizontal de dos preguntas seleccionadas a priori de acuerdo a los objetivos específicos del presente trabajo. Las preguntas pertenecen al segundo apartado de la entrevista denominado: Preguntas sobre criterios de alta, y las preguntas seleccionadas son:

- ⊕ Preg. 1 En su trabajo profesional ¿qué es para Ud. un “alta”?
- ⊕ Preg. 5 ¿Podría identificar conforme a su profesión qué criterios aplica para determinar el alta?

A continuación presentaremos el trabajo realizado con cada una de ellas.

Análisis de la pregunta 1: En su trabajo profesional ¿qué es para Ud. un “alta”?

Las categorías seleccionadas previamente se reclasificaron, jerarquizaron y esquematizaron a partir de la información otorgada por los observables, resultando tres categorías englobadoras: nominaciones, conceptualizaciones de las nominaciones y vinculaciones relacionadas con el Alta. Las que se presentan en el cuadro matricial a continuación.

1.1. Macro categoría: Nominaciones.

Las nominaciones hacen referencia a las formas de signar un nombre específico o constructo a aquello que consideran Alta. Para describir la macro categorías realizamos tres tipologías de nominaciones: 1.- aquellas vinculadas a la medicina, 2.- aquellas vinculadas a otras áreas o relacionadas con la temática de MNA y por último, incluimos 3.- los rechazos a algunas nominaciones presentadas de acuerdo al argumento instruido como oposición.

Cuadro Nº 5
Nominaciones

Nominaciones	Subcategorías
	Nominación vinculada a la medicina (lo unidisciplinar)
	Nominaciones vinculadas a otras áreas o relacionadas con la temática de MNA.
	Rechazo del concepto de alta.

1.1.1. Nominaciones de alta vinculadas a la medicina.

Esta subcategoría está compuesta por formas de nombrar traídas desde el campo de la medicina. Las nominaciones halladas son: Alta definitiva, Alta absoluta, alta médica y alta hospitalaria.

⊕ Alta definitiva: *“el alta definitiva es cuando el paciente superó la enfermedad que lo afectaba”.*

⊕ Alta absoluta: *“El alta absoluta no existe, porque habría que pensar en términos absolutos en relación a alcanzar la "salud Mental"...”*

⊕ Alta médica: *“...que el paciente no necesita controles periódicos”.*

⊕ Alta Hospitalaria: *“...no necesita seguir internado pero sí en seguimiento”.*

⊕ Nominaciones vinculadas a otras áreas o relacionadas con la temática de MNA

En esta tipología existe la mención en algunas nominaciones, que no se corresponden con el ámbito médico exclusivamente, e incluso se expresa formas de nombrar la finalización de un tratamiento sin decir alta específicamente. A continuación se presentan.

⊕ Alta provisoria: *“...Todavía no encuentro el termino que conceptualice el tipo de alta en el GAR, ya que podríamos decir que es un "alta provisoria", o un alta "en paréntesis", una "alta en período latente"...”.*

⊕ Alta entre paréntesis: ídem anterior.

⊕ Alta en período latente: ídem anterior.

⊕ Pre-alta (alta temporal): *“...puede dar un alta temporal (pre-alta)...”*

⊕ Alta relativa: *“...lo que yo pienso que se trata de determinar objetivos terapéuticos, lo cuales se evalúan para ver si se han cumplido en*

determinado tiempo, y allí hablaríamos de alta "relativa" o temporaria hasta que aparezca una nueva demanda".

⊕ Cese de intervención: *"En Trabajo Social no se habla de "alta" sino de cese de la intervención"*

⊕ Cierre de abordaje: *"El cierre de un abordaje significa el cierre de un abordaje interdisciplinario..." "...El proceso y su dinámica ha podido precipitar al alta o un cierre de abordaje..."*

⊕ Cierre de proceso de tratamiento: *"...Al hablar de "alta" en salud, hacemos referencia al cierre de un proceso de tratamiento..."*

1.1.2. Rechazo explícitos a ciertas nominaciones y fundamentos.

También se observaron rechazos explícitos a ciertas nominaciones debido a: la terminología "alta", a ciertos tipos de alta vinculadas al ámbito médico y otras interacciones interdisciplinarias.

⊕ Al término Alta: *"Es una palabra que epistemológicamente corresponde a la medicina", "Alta en psicología se relacionaría con la salud, cuando una persona está sana o ha sido tratada. Considero que en término se pueden establecer y usar cuando se trabaja desde lo individual, y sólo con algunas patologías. En la temática del Maltrato considero que el término "alta" no es el adecuado..."*

⊕ A la nominación Alta Absoluta: *"El alta absoluta no existe, porque habría que pensar en términos absolutos en relación a alcanzar la "salud Mental", lo que yo pienso que se trata de determinar objetivos terapéuticos lo que yo pienso que se trata de determinar objetivos terapéuticos, los cuales se evalúan para ver si se han cumplido en determinado tiempo, y allí hablaríamos de alta "relativa" o temporaria hasta que aparezca una nueva demanda".*

⊕ Por cuestión disciplinar: *"En Trabajo Social no se habla de "alta" sino de cese de la intervención..."", "Desde la disciplina no se considera el alta como culminación de un proceso, es mas desde lo social, una persona puede ser dada del alta cuando comienza a percibir una prestación y de baja cuando cesa esa prestación..."*

1.2. Macro categoría: Conceptualizaciones.

Las conceptualizaciones hacen referencia a: las definiciones construidas por los participantes acerca de la temática del Alta. Las conceptualizaciones se subdividen en: a. Alta como remisión de signos y síntomas (binomio salud-enfermedad); b. Alta entendida como establecimiento provisorio de un corte; y por último, c. Evaluación diagnóstica sin necesidad de tratamiento entendida como alta.

Cuadro Nº 6

Conceptualizaciones

Conceptualización	Subcategorías	
	Alta entendida como remisión de signos y síntomas (binomio salud-enfermedad).	
	Alta entendida como establecimiento provisorio de un corte.	Sin necesidad de seguimiento del Equipo
		Con posibilidad de reingreso
Alta como evaluación diagnóstica en la cual no se detectó riesgo.		

1.2.1. Alta entendida como remisión de signos y síntomas (binomio salud-enfermedad).

Esta conceptualización utiliza un malla conceptual vinculada a términos contextualizados en el ámbito médico, en donde el MNA se compara con el tratamiento de una enfermedad, es por ello que ante la remisión o desaparición de aquellos signos y síntomas traídos al consultorio no se necesita más controles periódicos (Chahla, 2005; Mollo, 2007). A continuación se presentan los observables:

“...desde mi profesión el alta es la descomplejización del paciente, es decir, que el mismo no requiera de elementos hospitalarios (por ej. Oxígeno, hidratación parenteral, etc.) y, el alta definitiva es cuando el paciente superó la enfermedad que lo afectaba”.

“Al cesar las causas que dieron origen y no se evidencian traumas reactivo a la situación vivida”

“Alta Médica: que el paciente no necesita controles periódicos. Alta hospitalaria: que no necesita seguir internado pero sí en seguimiento”.

“Creo y considero que es cuando remite la sintomatología aguda y la crisis y el niño ya no se encuentra en riesgo social, médico y psicológico”.

1.2.2. Alta entendida como establecimiento provisorio de un corte.

Desde esta conceptualización se hace referencia a una multiplicidad de alternativas a la conceptualización anterior. Es por ello que a modo de discriminación provisoriosa se

distinguen dos subtipos: b.1 Sin necesidad de seguimiento y b. 2 con posibilidad de reingreso. El primer subtipo hace referencia a la suspensión de cualquier intervención debido a que se ha observado que no existen factores o indicadores de riesgo, y el segundo subtipo retoma algunas categorías donde se observa una visión del MNA que se emparenta con la crisis y por lo tanto puede resurgir, se complejiza la visión sobre el sujeto a través de la controversia (Carballeda A. J., 2006; Gimenez & Caballero, 2008; Karsz, 2007).

b.1 Sin necesidad de seguimiento

“Cerrar una intervención con un abordaje exitoso...”

“Alta es el levantamiento o suspensión de un tratamiento o abordaje...”

“La culminación de una etapa de trabajo...”

“...ya no existe el "problema" por el que se inició el mismo, quedando resuelto...”

“Cese condición/problema de intervención”

“Alta: condición del paciente en la cual deja de estar expuesto a la situación que motiva el ingreso luego del trabajo interdisciplinario a partir del cual en todo su contexto bio-psi-socio cultural, no se repita la situación (muy ideal)”

“Lograr que el paciente no concurra mas al tratamiento por haber logrado modificar su conducta...”

“Es una instancia del proceso, donde se acuerda con el equipo, si el paciente y su grupo familiar, han cumplido con los requerimientos, que se explicitan en las primeras entrevistas informales que ya no es necesario seguimiento...”

“El alta sería el fin de un proceso que se ha realizado con el paciente...”

“establecimiento provisorio del fin del tratamiento”

b. 2 con posibilidad de reingreso.

“Alta en psicología se relacionaría con la salud, cuando una persona está sana o ha sido tratada. Considero que en término se pueden establecer y usar cuando se trabaja desde lo individual, y sólo con algunas patologías. En la temática del Maltrato considero que el término "alta" no es el adecuado, ya que sabemos que la problemática de la violencia se presente a través de las crisis, entendiendo que éstas pueden volver a resurgir. Entonces ¿cuándo una persona esta curada de la violencia? Creo además, que la agresividad es constitutiva del ser humano y que frente a determinadas situaciones una persona puede responder a través violencia”.

“En Trabajo Social no se habla de "alta" sino de cese de la intervención en función de los objetivos de la misma. Esos objetivos se construyen con el paciente”

“...Con respecto al "alta" en la temática del MI, se complejiza por la dinámica familiar interviniente en el Maltrato. Muchas veces hacemos referencia a procesos crónicos, de larga data que hacen a la modalidad de funcionamiento familiar. Es por ello que el PMI debería considerar el alta como un cierre de un proceso, que posiblemente (generalmente) pueda reingresar...”

“La posibilidad de un cierre, sobre una situación puntual acordada...”

“El cierre de un abordaje significa el cierre de un abordaje interdisciplinario, y una vez que fue se han establecido las estrategias resolutorias, del mismos teniendo en cuenta los factores protectores específicamente saludables para un niño. Cabe decir que para otorga el alta, los progenitores y el niño deben haber respondido en tiempo-forma y el encuadre institucional, aquellos pautas sugeridas con lo orientadas por los componentes de la especialidades del equipo”.

1.3. Alta como evaluación diagnóstica en la cual no se detectó riesgo.

En esta categoría se observa que se conceptualiza al alta como resultado de una evaluación diagnóstica donde no se observaron factores o indicadores de maltrato, o en donde el profesional no tiene incumbencia debido a la negativa de los pacientes. Los observadores a continuación:

“O bien cuando luego de recibir una denuncia y realizar la evaluación pertinente no se detectan parámetros o indicadores de maltrato”.

“Alta es el levantamiento o suspensión de un tratamiento o abordaje o por negativa de los pacientes”.

“Alta cuando del diagnóstico no aparecieron indicadores de maltrato”

“Hace referencia a una instancia del abordaje donde no se visualizan parámetros de maltrato”.

“...Cuando se realizaron las derivaciones pertinentes armando una red de contención y acompañamiento...”

1.4. Macro categoría: vinculaciones.

Las vinculaciones son: aquellos nexos con los cuales se relaciona, directa o indirectamente, el constructo que define alta o sus similares. Las vinculaciones se agruparon en dos categorías: alta vinculada a objetivos, y alta vinculada al encuadre de trabajo.

Cuadro Nº 7
Vinculaciones

	Subcategorías	Intracategorías
Vinculaciones	Alta vinculada a Objetivos	a.1. Terapéuticos
		a.2. Explícitos – Implícitos
		a.3. Co-construidos – Del Equipo
	Alta vinculada al encuadre de trabajo.	b.1. Posibilidad de egreso con seguimiento.
		b.2. Posibilidad de egreso sin seguimiento.
		b.3. Posibilidad de egreso con opción de reingreso, o surgimiento de nueva demanda al término del tratamiento.
		b.4. Sin indicadores en la actualidad actuales de riesgo

1.5. Alta vinculada a Objetivos

Explicitar los objetivos es responder a la pregunta para qué se hace un proyecto o intervención. Se trata de indicar el destino o los efectos que se pretenden alcanzar con su realización. Conforman el elemento fundamental, ya que expresan los logros definidos que se busca alcanzar (Ander-Egg & Aguilar, 2000). Los objetivos son específicos de cada caso en particular (Gimenez et al., 2008). A continuación acompañan esta categoría los siguientes observables:

“...el "alta" como un proceso de evaluación y corroboración de los objetivos que fueron planteados en un comienzo del abordaje...”,

“...que el grupo familiar el cual ingresó al PPMI por cualquier medio (102, derivaciones, espontánea, etc.) ha logrado adquirir entre ellos con ellos pequeñas metas propuesta en las entrevistas efectuadas con el/los profesionales del programa. Lo fundamental es que la familia ha podido valerse de elementos que ayuden a mejorar la dinámica familiar.”,

“...Es haber cumplido con el objetivo terapéutico pensado a partir de la admisión...”,

“...El alta significa que los objetivos que se plantearán para abordar la situación y en función de su diagnóstico se alcanzaron”.

En línea con lo anterior se presenta las subdivisiones que presenta la categoría a través de tres subtipos que los participantes han observado como relevantes: Objetivos terapéuticos, Objetivos implícitos-Objetivos explícitos y por último Objetivos Co-construidos y objetivos del Equipo.

a.1. Objetivos Terapéuticos

En este subtipos se incluyen aspectos de las funciones parentales especificidad del MNA.

“...se trata de determinar objetivos terapéuticos, lo cuales se evalúan para ver si se han cumplido en determinado tiempo...”, “...en ese momento se han cumplidos los objetivos terapéuticos planteados en un inicio del proceso, basados en el diagnóstico y motivo que lo lleva consultar...”

Funciones parentales (Morelato, Giménez, & Colombo, 2011): *“...Estos objetivos están relacionados al fortalecimiento de las funciones parentales y desde allí la disminución de la sintomatología del M...”*, *“Remisión de los signos sintomatología en relación a la conflictiva directa del maltrato, en tanto y en cuanto se logran reafirmado las funciones maternas y paternas”*, *“...Un alta es cuando vemos que el paciente y su familia están en condiciones de cumplir sus roles parentales y funciones nutricias y normativas...”*, *“...Cuando el equipo comienza a visualizar a padres (sea cualquier adulto que ejerza la función) en el ejercicio satisfactorio de su rol, el equipo debe comenzar a dar lugar a otro tipo de abordaje que ya no compete al equipo de M...”*

a.2. Objetivos Explícitos - Objetivos Implícitos

Este subtipo hace referencia a aquellos objetivos manifiestos o explícitos que se encuentran en la mesa de trabajo con los sujetos de la intervención y a aquellos objetivos que sólo conoce el equipo y que forman de los objetivos de la Institución.

“El paciente en el PMI, debe ser dado de alta cuando se han cumplido los objetivos manifiestos (acordados con el paciente) y los objetivos implícitos (propios del Programa). Estos objetivos están relacionados al fortalecimiento de las funciones parentales y desde allí la disminución de la sintomatología del M...”, *“Alta es parte de un proceso de tratamiento donde se ha co-construido objetivos alcanzar en forma explícita e implícita...”*

a.3. Co-construidos – Del Equipo

Los objetivos co-construidos se distinguen porque son construidos entre el equipo y los sujetos, vitales para el desarrollo de la intervención. Los objetivos del Equipo son construidos o elaborados por el equipo interdisciplinarios (Gimenez et alls., 2008).

“En Trabajo Social no se habla de "alta" sino de cese de la intervención en función de los objetivos de la misma. Esos objetivos se construyen con el paciente.”, *“Alta es parte de un proceso de tratamiento donde se ha co-construido objetivos alcanzar en forma explícita e implícita...”*, *“...También puede darse [el alta] cuando se han podido desarrollar los objetivos construidos con el grupo familiar...”*, *“Alta en un proceso de intervención significan que los*

indicadores que dieron origen a la intervención profesional pudieron trabajarse y resolviendo en la medida de la percepción de lo sujetos involucrados y mediación profesional”, “En Trabajo Social no se habla de "alta" sino de cese de la intervención en función de los objetivos de la misma. Esos objetivos se construyen con el paciente”, “Se estima dar Alta cuando el grupo familiar y el Equipo concuerda que la situación de riesgo que dio origen la intervención se trabajó”, “Para mi un Alta es cuando la familia no tiene que concurrir mas a dicho programa debido que ha cumplido con todo lo acordado”, “Alta es parte de un proceso de tratamiento donde se ha co-construido objetivos alcanzar en forma explícita e implícita”

1.6. Alta vinculada al encuadre de trabajo.

Las modalidades de egreso institucional son las maneras o caminos que utiliza el equipo para finalizar la intervención en la situación familiar problematizada (Karsz, 2007; Carballeda, 2007). Estas modalidades están relacionados con el encuadre de trabajo comulgado por el equipo (Carballeda, 2007). Existen tres modalidades:

b.1. Posibilidad de egreso con seguimiento: *“...Cuando los motivos y criterios de intervención se ha modificado en cuanto que por ejemplo un aspecto que fue sostenido desde la cronicidad, y con cierto seguimiento se evalúa que han incorporado otras pautas...”*.

b.2. Posibilidad de egreso sin seguimiento: *“...el paciente y/o familia han alcanzado los objetivos propuesto por el equipo, pudiendo mantener éstos en el tiempo, lo cual ya no hace necesario el seguimiento...”, “...Para mi un Alta es cuando la familia no tiene que concurrir mas a dicho programa debido que ha cumplido con todo lo acordado...”, “...condición del paciente en la cual deja de estar expuesto a la situación que motiva el ingreso...”, “...Cuando el equipo comienza a visualizar a padres (sea cualquier adulto que ejerza la función) en el ejercicio satisfactorio de su rol, el equipo debe comenzar a dar lugar a otro tipo de abordaje que ya no compete al equipo de M.”, “...El momento en que el grupo familiar prescinde del acompañamiento del equipo técnico...”*.

b.3. Posibilidad egreso son opción de reingreso, o surgimiento de nueva demanda al término del tratamiento: *“...que hayan superado indicadores de cualquier tipo de maltrato, donde la familia o individuo, puede continuar sus actividades a veces con apoyo de otros efectores de salud o no...”, “...Esto debido a que, como abordamos una situación compleja, que implica un riesgo permanente (bajo, alto y medio) donde cualquier factor interno o externo tanto individual como familiar y/o social. Puede detonar nuevamente la aparición del Maltrato Infantil...”, “...la problemática de la violencia se presente a través de las crisis, entendiendo que éstas pueden volver a resurgir. Entonces ¿cuándo una persona esta curada de la violencia?*

Creo además, que la agresividad es constitutiva del ser humano y que frente a determinadas situaciones una persona puede responder a través violencia...”, “...lo que yo pienso que se trata de determinar objetivos terapéuticos, lo cuales se evalúan para ver si se han cumplido en determinado tiempo, y allí hablaríamos de alta "relativa" o temporaria hasta que aparezca una nueva demanda...”, “...Con respecto al "alta" en la temática del MI, se complejiza por la dinámica familiar interviniente en el Maltrato. Muchas veces hacemos referencia a procesos crónicos, de larga data que hacen a la modalidad de funcionamiento familiar. Es por ello que el PMI debería considerar el alta como un cierre de un proceso, que posiblemente (generalmente) pueda reingresar...”

b.4. Sin indicadores actuales de riesgo

Este subtipo se relaciona específicamente con la función de corte que representa la finalización del tratamiento. Básicamente se hace referencia a que en la actualidad o en la fecha actual del alta, no se observan indicadores de maltrato:

“...Es la inexistencia de indicadores actuales de maltrato...”, “...situación de haberse evaluado que no existen parámetros de maltrato de ningún tipo a la fecha del Alta...”, “...Criterios de alta: nos planteamos objetivos como equipo y de acuerdo a esto damos el alta, cuando después de un tratamiento, no hay parámetros actuales ni indicadores de riesgo...”

Análisis de la pregunta 5: ¿Podría identificar conforme a su profesión qué criterios aplica para determinar el alta?

Frente al análisis de esta pregunta se observó que el término “criterios” ofrecía una cierta amplitud de la cual los participantes dieron respuestas diversas. Se pudieron establecer dos macro categorías: 1.- Estrategias de intervención y 2.-, Alta como evaluación de la intervención. Es importante establecer que cada macro categoría responde a una instancia del modelo de intervención o de abordaje que utilizan los participantes para intervenir en la problemática de MNA.

A su vez la primera categoría se subdivide en Encuadre de la Intervención, aspectos vinculados al diagnóstico de situación y técnicas de intervención y monitorio. Mientras la segunda categoría se subdivide en Evaluación de proceso o durante y evaluación ex – post o final.

1.7. Macro categoría: Estrategias de intervención

La intervención es: un procedimiento que actúa y hace actuar, que produce expectativas y consecuencias. Así, la intervención implica una inscripción en ese otro sobre el

cual se interviene, quien a su vez genera una “marca” en la institución y desencadena una serie de dispositivos e instrumentos en ésta (Carballeda, 2006).

Se llama estrategias de intervención a un programa de operaciones simultáneas o sucesivas surgidas a partir del reconocimiento del campo de intervención. A partir de allí se perfilan grandes etapas en el abordaje de la situación y se fundamenta su secuencia (Fiorini, 2002; Ander-Egg et alls., 2000; Perez Chaca, Mollo, & Giunchi, 2008). Esta categoría tiene dos subdivisiones: El tipo de intervención, aspectos vinculados al diagnóstico de situación y las técnicas de intervención y monitoreo.

Cuadro Nº 8
Estrategias de Intervención

Diagnóstico de situación	Tipo de maltrato – Cronicidad – Severidad - Particularidad de la situación	
Encuadre de la intervención	b.1. Interdisciplina	
	b.2. Protección integral del Niño/a y sus derechos	
	b.3. Disminución de F. de riesgo y potenciación de F. protectores.	Fortalecimiento de funciones parentales Fortalecimiento de recursos personales, familiares y contextuales.
	b.4. Técnicas de intervención y Técnicas de monitoreo	

1.7.1. Diagnóstico de situación

Se llama diagnóstico de situación es un procedimiento que permite conocer y analizar la situación de salud de grupos, comunidad o población, con el fin de identificar o diagnosticar problemas y necesidades, determinar sus factores, como parte de un proceso de intervención (Ramos Domingue, 2006; Fiorini, 2002; Di Paolo, 2011; Carballeda, 2006).

Tipo de maltrato – Cronicidad – Severidad - Particularidad de la situación

El diagnóstico incluye el tipo de maltrato: físico, emocional, por negligencia, abusos sexual infantil (Mollo, Martín, & Stagni, 2009); la cronicidad (si es episódico o de prolongada exposición); el grado de severidad, el cual es evaluado a través de una grilla de indicadores (Morelato G. , 2009); por último, la particularidad de la situación teniendo presente las distintas formaciones familiares y la particularidad del sujeto (Carballeda, 2007; Fiorini, 2006; Karsz, 2007; Velázquez, 2012; Giberti, 1994). A continuación se transcriben los observables:

*“Los criterios también dependen del tipo de maltrato al que esté expuesto el niño...”,
“...analizados para el diagnóstico...”*

“...También tener en cuenta la severidad y cronicidad de la situación de maltrato es un elemento importante a tener en cuenta para determinar la duración del proceso”,

“...Los criterios van a depender del caso particular y de los motivos por lo que llegan...”.

1.7.2. Encuadre de la intervención

Se llama encuadre de la intervención a la delimitación del espacio institucional³³, rol profesional-disciplinar, modalidad de abordaje o técnica y variables temporo-espacial (Fiorini, 2002; Carballeda, 2006; Bleger, 1967). Esta categoría se subdivide en: Interdisciplina y protección integral del niño/as y/o adolescente; disminución de factores de riesgo y potenciación de factores protectores; y por último, técnicas de intervención y monitoreo.

b.1. Interdisciplina

En esta categoría se hace referencia al equipo de trabajo, el cual, representa un requisito fundamental a la visión de los participantes, y lo demarcan claramente en sus respuestas:

“No existen criterios específicos desde cada disciplina ya que se evalúa en equipo...”, “Los criterios de alta son discutidos en equipo interdisciplinariamente”, “Los criterios no podrían limitarse a una disciplina específica, ya que los criterios de elaboración de estrategias, objetivos y alta se construyen interdisciplinariamente”.

b.2. Protección integral del Niño/a y sus derechos

Este subtipo hace referencia la directriz de las intervenciones en infancia a partir de la protección de los derechos de los niños/as y adolescentes (Ley Nacional Nº 26061 "De Protección Integral De Los Derechos De Las Niñas, Niños Y Adolescentes", 2005; Perez Chaca et alls., 2008; Bringiotti, 2006).

“Aplico criterios relacionados con el respeto a los derechos del niño”, “...Si visualizan que aún existen derechos vulnerados relacionados con el maltrato infantil, no se da el alta”, “cuando una vez diagnosticado el caso ya se efectuaron todas las alternativas posibles ya sea: tratamiento psicológico, medidas de protección, resolución de problemáticas familiares, etc”,

³³ De igual manera esta categoría hace referencia a los objetivos institucionales en cuanto sus objetivos delimitados por: -ley provincial 6551 de creación del Programa provincial de prevención y atención del maltrato a la niñez y adolescencia, -los objetivos de la ley 26061 de protección integral de los derechos de niños/as y adolescentes y la experiencia de trabajo de equipo desde 15 años en este programa en particular.

“Que el paciente esté estabilizado y con herramientas precisas sobre sus derechos y el cuidado del cuerpo en casos de 5.4”.

b.3. Disminución de F. de riesgo y potenciación de F. protectores.

La disminución de factores de riesgo y fortalecimiento de factores protectores esta presente en el proceso de intervención a través del diagnóstico y posterior construcción de los objetivos del abordaje. Esta detección de factores se evalúan de acuerdo a la especificidad del caso y en la especificidad de la situación de MNA (Gimenez et alls., 2008; Perez Chaca et alls., 2008). A continuación se presentan los observables:

*“Alcanzar los objetivos planteados con el abordaje socio familiar identificando y evaluando criterios y factores de riesgo y protectores”, “*Atenuación de factores de riesgo (pertinentes en lo que respecta al maltrato)”, “Principalmente que se superen los factores de riesgo y promuevan factores protectores...”, “...fortalecimiento de los factores protectores, disminución de los riesgos o situación de crisis en que llegó la familia...”, “Como mencioné anteriormente los criterios de alta, que utilizamos con el equipo están directamente relacionados al fortalecimiento de los factores protectores y disminución de los factores de riesgo...”, “Disminución de factores de riesgo/ aumento de factores protectores”.*

Esta categoría presenta dos subdivisiones. Primero fortalecimiento de funciones parentales (Morelato et alls., 2011) y en segundo lugar, el fortalecimiento de recursos personales, familiares y contextuales (Perez Chaca et alls., 2008; Gimenez et alls., 2008)

El fortalecimiento de funciones parentales: No hace distinción entre “Función materna y función paterna”. Esta categoría incluye: mejorar la comunicación y vinculación entre: padre/madre-hijo/a, fraternal y también familia-contexto; contención y presencia de la familia extensa; el aumento de la capacidad de responsabilidad de los adultos; y por último, la puesta de límites asertivos y acordes a la edad del niño/a.

Fortalecimiento de recursos personales, familiares y contextuales: esto recursos hacen referencia a potenciar el desarrollo de los miembros de la familia a través de vínculos sanos y revinculación con las redes sociales o locales. A continuación se presentan categorías específicas:

Mejoras en el desempeño académico: *“...Estos criterios abarcan tanto adultos como a niños, en estos últimos se podría agregar la capacidad de simbolización, Capacidad de juego, mejoras en el estado de ánimo y en el desempeño conductual y/o académico, mejoras en el vínculo fraternal y con los padres...”, “... Pero en términos generales, se apunta al bienestar del niño, (...) se evalúa su rendimiento escolar y cómo se comporta en la escuela...”*

Mejoras en el juego: *“...Pero en términos generales, se apunta al bienestar del niño, se indaga acerca del trato que recibe por parte de los adultos, si se siente feliz, entusiasmado (Esto se puede observar si el niño tienen ganas de jugar y cómo se comporta en el juego, si es constructivo, si se divierte...”*

Capacidad de autocrítica y reflexión: *“...el niño haya podido elaborar la situación vivida (por ej. en casos de abuso)...”, “...Que haya logrado un proceso de reflexión y autocrítica...”, “Que la persona haya podido reflexionar algo desde la admisión”, “... capacidad para pensar las problemáticas...”*

Recursos personales y fortalecimiento yoico: *“...Activación de "otros" recursos (factores protectores)...”, “...aumento en la capacidad de creatividad y flexibilidad en el pensamiento, en el hacer y en el sentir...”, “...capacidad de disfrute en la vida cotidiana...”, “...el sujeto para restablecer cotidianeidad.”*

b.4 Técnicas de intervención y monitoreo.

Las técnicas de intervención y monitoreo son: herramientas utilizadas para realizar la intervención desde la especificidad disciplinar e interdisciplinar. La diferenciación presentada entre ambas está direccionada por los objetivos de la intervención (Perez Chaca et all., 2008; Fiorini, 2002). Las Técnicas de intervención: son herramientas utilizadas para intervención propiamente dicha (Chahla, 2005; Gimenez et all., 2008; Perez Chaca et all., 2008). Se distinguen de las Técnicas de monitoreo, ya que son herramientas utilizadas con la función de controlar el proceso de intervención (Ley provincial N° 6551 "Creación del Programa de Prevención y Atención integral del maltrato a la niñez y adolescencia", 1994; Chahla, 2005; Mollo, 2007).

⊕ Entrevistas personales, familiares y domiciliarias: *“...Para completar la información el equipo cita a algún familiar para que aporte datos acerca de cómo percibe el funcionamiento del grupo familiar y cómo creen que está el niño en general), también se evalúa su rendimiento escolar y cómo se comporta en la escuela. Es necesario también evaluar la relación actual con cada uno de los progenitores y si han podido desarrollar un mejor vínculo con su hijo, estos datos se obtienen realizando una buena entrevista. La comunicación en el grupo es un buen dato, por ejemplo cómo interpretan los padres el pedido del niño, cómo le explican lo que el niño no debe hacer, etc”, “... [los criterios son] en función de las metas o acuerdos realizados en las*

entrevistas con el grupo familiar”, “Visitas domiciliarias que permitan un buen diagnóstico socio ambiental de la situación...”

- ⊕ Trabajo en grupo o talleres
- ⊕ Trabajo en redes institucionales y sociales: *“...Trabajo en red con instituciones de la zona que estén trabajando con algunas problemáticas sobre todo en lo preventivo y promocional...”, “...inclusión en instituciones (sociales, deportivas, recreativas, religiosas)...”, “...si efectuaron derivaciones a otras instituciones, luego de corroborar la continuidad se otorgará el alta...”*
- ⊕ *“...Controles médicos al día...”, “...tratamientos de salud en tiempo y forma si fueran necesarios, etc...”, “Cumplimiento con los lineamientos terapéuticos, en caso de ser necesario”.*

1.8. Macro categoría: Alta como evaluación de la intervención.

La evaluación del modelo de intervención es un proceso de análisis de la acción o intervención. Se realiza en momentos muy concretos y sirve para juzgar periódicamente, de manera profunda, la acción, y si se presenta el caso, reorientarla (Di Paolo, 2011). Ejerce dos funciones:

- Apoyo interno: tiene como objetivo analizar el pasado (lo que hicimos) y orientar el proyecto [intervención] en el futuro.
- Función de control de la realización de acciones.

En el proceso de análisis se distinguieron dos momentos del proceso de evaluación en los cuales se podría englobar las categorías: 1. Evaluación durante o de proceso y 2. Evaluación ex post o final.

Cuadro Nº 9

Evaluación del modelo de intervención

Evaluación Durante o de proceso	a.1. Resolución del conflicto: Cesación y reconocimiento de la situación del MNA a.2. Cumplimiento de objetivos, cambios observados, evolución del paciente y tratamiento cumplido.
Evaluación Ex.- post o final	b.1. Bienestar del niño y estabilidad familiar. b.2. Definición del equipo de finalización de la intervención.

1.8.1. Evaluación durante o de proceso

La evaluación durante o de proceso verifica cómo se está realizando la intervención, responde al nivel estratégico de la intervención y controla su funcionamiento (Di Paolo, 2011; Fiorini, 2006). Los participantes de la investigación demarcaron las siguientes categorías: Resolución del conflicto: Cesación y reconocimiento de la situación del MNA; y, el cumplimiento de objetivos, cambios observados, evolución del paciente y tratamiento cumplido.

a.1. Resolución del conflicto: Cesación y reconocimiento de la situación del MNA

Esta hace referencia a que la familia a podido incorporar herramientas para resolver el conflicto, cesando la situación de MNA y reconociendo la interacción conflictiva en el seno familiar (Perrone & Nannini, 1997). Los observables son:

“Solución de conflicto, en el caso de no ser posible las derivaciones correspondientes. Resolver el conflicto agudo y considerar que el paciente y progenitor o adulto a cargo tenga los recursos mínimos para resolver el problema”, “...cuando logro resolver los conflictos por los cuales fue derivado”.

“...Que el niño se encuentre protegido por adulto responsable consiente de la situación GAR que deberá haber cedido...”, “ En caso de haber existido algún tipo de maltrato es importante que los adultos a cargo hayan podido reconocer la situación de maltrato...”, “...Desde lo psicológico, el alta puede pensarse a partir de que habiendo cesado el maltrato...”

a.2. Cumplimiento de objetivos, cambios observados, evolución del paciente y tratamiento cumplido.

Esta categoría hace referencia a ciertos indicadores que sirven de parámetros para otorgar la finalización de un tratamiento o la evolución de una intervención (Gimenez et all., 2008). Los observables son:

“Cumplimiento de objetivos planteados...”, “...Que los parámetros o indicadores de maltrato hayan evolucionado favorablemente...”, “...haber cumplido los objetivos que al inicio del proceso se plantearon completamente con el paciente...”, “...Se evalúa en equipo el cumplimiento de las metas co-costruidas con la familiar y se considera...”, “...Alcanzar los objetivos planteados con el abordaje sociofamiliar identificando y evaluando criterios y factores de riesgo y protectores...”, “...Logro de objetivos particulares del caso..”, “... cambios observado”, “...hayan realizado cambios de conducta en relación a lo denunciado...”, “...evolución del individuo/s” [y] “...de todos los miembros de la familia...”, “...Considero un alta cuando existe un cambio en la posición del sujeto respecto del sufrimiento que diera lugar a la

consulta....”, “...Si el problema es agudo o crónico, tratamiento cumplido...”, “...Cumplimiento con los lineamientos terapéuticos, en caso de ser necesario”.

1.8.2. Evaluación Ex – post o final:

La evaluación final o ex post verifica el/los efectos/s de lo trabajado en la percepción de los sujetos, al amparo de los objetivos de la intervención en general (Di Paolo, 2011). Se han demarcado tres subcategorías: Bienestar del niño/a y/o adolescente y Estabilidad familiar; y Definición del equipo de finalización de la intervención.

b.1. Bienestar del niño/a y/o adolescente y estabilidad familiar: Esta categoría hace referencia al objetivo principal de protección del niño/a y restitución de sus derechos expresado en el bienestar del mismo, y el mejoramiento de los vínculos familiares (Chahla, 2005; Gimenez et alls., 2008; Perez Chaca et alls., 2008; Ley N° 26.061 De Protección Integral De Los Derechos De Las Niñas, Niños Y Adolescentes, 2005). Esta categoría se amplía a partir de las siguientes apreciaciones concretas:

Niño/a protegido por un adulto responsable: *“...presencia de colaboración por parte de personas significativas externas al núcleo familiar...”, “...sobre todo que los niños se sientan contenidos/comprendidos y escuchados por sus padres”. En caso de no haber responsabilidad: [los niños] aislados de la [situación de violencia].*

Ausencia de sintomatología actual que interfiera el desarrollo del niño/a y/o adolescente: *“...que no presente una sintomatología actual que interfiera en su desarrollo interpersonal y emocional como social...”, “...El caso, desde el punto de vista médico, puede estar de alta porque el niño superó el cuadro clínico de ingreso pero si continúan otros factores de riesgo (por ej. sociales, culturales, etc.) el caso no se va del programa...”, “...Al cesar las causas que dieron origen y no se evidencian traumas reactivo a la situación vivida”, “... Remisión de la clínica que da origen a la interconsulta psiquiátrica...”*

No se encuentra en riesgo de vida: *“...el/los niños no se encuentren en riesgo de vida...”, “...Que no existan parámetros de riesgo que el paciente de acuerdo a la especificidad del Programa...”*

Estabilidad familiar: *“...Verificar evolución de todos los miembros de la familia”, “...Que la familia no se encuentra bajo una crisis...”.*

b.2. Definición del equipo de finalización de la intervención:

Esta categoría tiene relación específica con la derivación en relación a que la intervención generó una nueva demanda (de mayor salud) en la cual el equipo ya no tiene incumbencias para seguir actuando:

“...Si persiste algún criterio para continuar el tratamiento psicológico que no tenga que ver con maltrato, se realiza la derivación pertinente para la salud mental...”, “...Otro punto importante es tener en cuenta que si bien pueden haber otros temas por trabajar pueden no sean de incumbencia del programa y para ello es necesario la articulación y derivación a otro centro especializado”.

2. Segunda Parte

En esta segunda parte se exponen los resultados surgidos a través de la indagación de 5 HC de dos equipos diferentes. Con este fin se construye una grilla de análisis teniendo presente datos de la primera etapa, los cuales han servido como vectores de información respecto del análisis de la HC. A continuación se presente la grilla de análisis.

Cuadro Nº 9	
Grilla de análisis de HC	
Categorías Generales	Subcategorías
Diagnóstico de Situación	de a.1. Modalidad de Ingreso a.2. Tipología de MNA, severidad-cronicidad, particularidad de la situación familiar y Duración del tratamiento
Estrategias de intervención	de b.1 Interdisciplina y Protección integral del Niño/a y sus derechos b.2. Disminución de F. de riesgo y potenciación de F. protectores. Fortalecimiento de funciones parentales Fortalecimiento de recursos personales, familiares y contextuales. b.3. Técnicas de intervención y monitoreo
Evaluación de la intervención o abordaje	

La exposición de los resultados se realizará teniendo en cuenta los vectores en cada historia clínica expuesta.

2.1. Historia Clínica Nº 1

2.1.1. Diagnóstico de situación

La familia es derivada al PPMI por medio de oficio del Juzgado de Familia por presentar indicadores de maltrato físico con una severidad de grado 4 debido a que la tiro a la pared en una discusión con la pareja y sin precisión respecto de la cronicidad del hecho. Y también a su vez presenta maltrato emocional con severidad de grado 2 y cronicidad sin precisiones.

A la primera entrevista asiste la progenitora, quien refiere que el marido agredió verbalmente a ella y los niños. Así mismo fue golpeada una de las niñas por el progenitor, y la abuela materna realizó la denuncia, por ello se ordenó desde juzgado prohibición de

acercamiento. A su vez se observa: Temor y pasividad materna; Bajo nivel de alarma de la progenitora; Antecedentes de violencia familiar; la vivienda se encuentra cercana a abuelos paternos de los niños. La abuela materna se encuentra tramitando con la abogada la tenencia y cuota alimentaria de los niños, ya que no percibe ayuda económica.

El grupo familiar conviviente se conforma por: abuela y abuelo maternos, Tía materna (marido y dos hijos), progenitora, 5 hijos de 15, 14, 10, 2 y 1 años de edad respectivamente.

La duración de la intervención del Equipo del PPMI fue de dos años y 5 meses.

2.1.2. Estrategias de intervención

b.1 Interdisciplina

Las primeras intervenciones se realizaron interdisciplinariamente. Después la prevalencia fue de tratamiento psicológico.

b.2 Disminución de F. de riesgo y potenciación de F. protectores.

Fortalecimiento de funciones parentales en relación al fortalecimiento de recursos personales, familiares y contextuales.

2.1.3. Objetivos de abordaje:

1. Promover la continuidad en Escuela Especial de la adolescente de 15 años que se encuentra sin posibilidad de acudir a escuela;
2. En cuanto a salud: Articular turno con nutricionista para adolescentes de 14; tramitación de anteojos por miopía para adolescente de 15 años; y articulación con Juzgado de familia para devolución de carnet de obra social retenidos por el progenitor,
3. Tenencia y cuota alimentaria: acompañamiento en proceso judicial y asesoramiento,
4. Sostén y tratamiento psicológico: estado emocional de angustia en Niñas/os por situación VIF;
5. En cuanto a situación económica: acompañamiento y orientación para solicitud de ayuda económica en Municipalidad.

B.3 Técnicas de intervención y monitoreo

En el abordaje instrumentaron las siguientes técnicas de intervención y monitoreo:

1. Entrevista de admisión,
2. Controles médicos,
3. Entrevistas psicológicas al grupo familiar, a las hermanas, a la progenitora, familia extensa (abuela materna, tía materna).
4. Derivación y articulación institucional con Municipalidad, Juzgado de familia, escuelas, CEBAS, entre otras.

5. Las técnicas de monitoreo se realizaron al principio a través de controles médicos y asistencia turnos programados. A partir del año 2009, se realizaron entrevistas de control debido que se trataba de etapa de seguimiento, donde se apuntaba a lineamientos trabajados en el año 2008 y a lo requerido por el Juzgado.

2.1.4. Evaluación de la intervención o abordaje

Debido a que se observaron los siguientes cambios:

- La adolescentes de 14 asistió a nutricionista cada 15 días,
- La madre se cambió de domicilio con sus y 5 hijos;
- la adolescente de 15 años comenzó a ir escuela;
- La niña de 10 años afectada por la situación se muestra contenta, con buena capacidad expresiva, con relación con familiares paternos;
- se concretó la tenencia a favor de la progenitora y se fijó cuota alimentaria de 40 % del sueldo del progenitor.
- el progenitor devolvió el carnet de la obra social de los adolescentes;

“Se cierra intervención al evidenciarse buen desempeño de la función materna y no presentarse indicadores actuales de maltrato”.

2.2. Historia Clínica Nº 2

2.2.1. Diagnóstico de situación

Esta situación ingresó por derivación realizada del OAL por existir indicadores de abuso Sexual infantil en la adolescente de 12 años por parte de pareja de la madre. En el relato de la pareja de la madre afirma: “la denuncia fue invención con la ab mat (56) con el fin de que su hija se separase su pareja (54)”.

A la entrevista se expone la siguiente situación: la progenitora convivía con su madre (quien es la Ab mat 56 de los niños/as) y después la hecho de la casa, por lo cual tuvo que volver con su pareja (54). La adolescente de 12 no está asistiendo a la escuela, porque cuidó de su madre (36) durante el embarazo de quien actualmente tiene 5meses de edad. Ante los controles se observan: falta de vacuna y controles médicos incompletos. También se observa indicadores de Maltrato emocional con una severidad de grado 2 y sin precisión de cronicidad; e indicadores de Negligencia con una severidad de grado 1 sin precisión de cronicidad.

Grupo Familiar: Madre (36), Pareja de la madre (54), Hermano de pareja (56), Hija de pareja anterior de la madre (12), Hijos/a de la pareja actual Niña de 3, Niño de 5m.

La duración de la intervención fue de: 2 años y 2 meses.

2.2.2. Estrategias de intervención

b.1 Interdisciplina y Protección integral del Niño/a y sus derechos

Se realizaron entrevistas interdisciplinarias de admisión y entrevistas en equipo durante el proceso de tratamiento. Aunque el liderazgo en algunas entrevistas pertenecía a alguna disciplina en particular, se realizaba en equipo.

Se solicitaron medidas de protección integral ante situaciones de crisis familiares, situaciones de violencia y solicitud de la adolescente de 12.

b.2 Disminución de F. de riesgo y potenciación de F. protectores.

Fortalecimiento de recursos personales, familiares y contextuales.

El objetivo primordial y las estrategias de intervención tendieron a la Protección de la adolescente de 12 con este fin se:

- Evaluó la función materna en adultos de red de la adolescentes ya que en el momento de la entrevista no se observaba "adulto responsable",
- Promover la continuidad de asistencia escolar y evaluación del rendimiento académico ya que existían reiteradas "inasistencias de la niña ante solicitud de cuidados a la progenitora embarazada",
- Contención emocional debido a la situación ASI "ya que la progenitora negó la situación de ASI" lo cual representaba un falta de cuidado y contención a la adolescente por parte del adulto referente,
- Orientar a la adolescente 12 en su deseo de conocer al padre biológico,
- Re - vinculación con actividades recreativas y manejo del tiempo libre "deportes, natación, curso de computación",

Fortalecimiento de funciones parentales

Se manifestaron como objetivos surgidos a mitad de tratamiento: *Fortalecimiento de adulto responsable: "revinculación con Abuela materna, después de convivir con una vecina debido a que la adolescente denunció a la madre", *asesoramiento legal y orientación para la abuela materna para la obtención de recursos para mantención de adolescente de 12.

B.3 Técnicas de intervención y monitoreo

Las técnicas utilizadas fueron:

- Activación de recursos en el niño a través de acompañamiento terapéutico,

- Orientación en cuanto a crianza y asesoría legal a la abuela materna,
- Entrevistas a personas que se vinculaban con la niña: vecinas, tías, madre, abuela, docentes.
- Vinculación interinstitucional y trabajo en red: Escuela, OSC34, OAL³⁵, institución religiosa.
- Entrevistas interdisciplinarias de admisión y entrevistas en equipo durante el proceso de tratamiento,
- Entrevistas domiciliarias, personales y del grupo familiar.
- Las técnicas de monitoreo se articulaban con la entrevistas de intervención, las cuales eran necesarias por pedidos de informe frecuentes del OAL, quien derivó la situación. Se realizaron controles médicos y continuas concurrencias al domicilio por ausencia de personas citadas a los turnos.

2.2.3. Evaluación de la intervención o abordaje

Se observaron los siguientes cambios favorables en la situación familiar:

- Debido a que la progenitora no demostró colaboración con la intervención, ni actitudes de cuidado y protección para con su hija, con bajo nivel de alarma y, negando la existencia de situación de abuso hacia su hija. Se realiza una medida de protección, en la que se vincula a la adolescente con la abuela materna, quien expresa intención de hacerse cargo de la nieta. Además durante la intervención implementó “puesta de límites tanto como actitudes de protección y cuidado”
- La adolescente pudo incorporarse a actividades deportivas y educativas complementarias.
- Revinculación con la escuela quienes en momentos de la intervención representaron factores protectores para la adolescente.

El equipo otorga cierre de proceso interdisciplinario y lo manifiesta en informa de la siguiente manera: “Ante avances observados en el tiempo de duración de la intervención

³⁴ OSC: abreviatura asignada a organizaciones de la sociedad civil, las cuales son instituciones surgidas de la misma sociedad sin dependencia estatal.

³⁵ OAL: es la abreviatura de órgano administrativo local, institución creada por Ley N° 26.061 De Protección Integral De Los Derechos De Las Niñas, Niños Y Adolescentes, en su artículo 42.

profesional, se consideró prudente el cierre del proceso interdisciplinario, ya que hasta ese momento no se evaluaron parámetros de maltrato en la configuración familiar actual de la niña, concluyéndose el abordaje”.

2.3. Historia Clínica Nº 3

2.3.1. Diagnóstico de situación

La situación ingresó al Equipo por medio de la Línea 102 y la municipalidad local. Se observan a través del relato en la HC, indicadores compatibles con negligencia en severidad de grado 1 y maltrato físico en severidad de grado 1 sin precisión de cronicidad.

En la entrevista se observa la siguiente situación: El Padre se encuentra privado de la libertad. La madre tiene: problemas en el lugar donde convive con los niños (casa de los suegros), sin trabajo, con dificultades en el ejercicio del rol. Conformación de la familia: Abuelos paternos, Madre (22), hijo/a: niño (5) y niña (3).

La duración del tratamiento fue de 4 meses.

2.3.2. Estrategias de intervención

b.1 Interdisciplina

La recepción y captación del caso lo realizó la trabajadora social y la continuidad y seguimiento fue realizado por la psicóloga. Sin embargo la admisión y alta se realizó interdisciplinariamente.

b.2 Disminución de F. de riesgo y potenciación de F. protectores.

Fortalecimiento de funciones parentales en relación al fortalecimiento de recursos personales, familiares y contextuales.

1. Refuerzo del rol materno,
2. Acompañamiento en la realización del DNI y
3. orientación y acompañamiento en cuanto a la situación laboral de la progenitora.

B.3 Técnicas de intervención y monitoreo

Las técnicas utilizadas en la intervención fueron: Entrevista domiciliaria, Trabajo en red interinstitucional, Entrevista psicológica individual y familiar.

2.3.3. Evaluación de la intervención o abordaje

A partir de la derivación en el 102 se logró captar a la familia, en cuanto a la protección: *la madre logró conseguir un ingreso económico al hogar (consiguió trabajo en una finca), *se cambió de domicilio (de la vivienda de los suegros a la vivienda de la madre), *el cuidado de los niños lo realizaba la abuela materna mientras la madre trabajaba, *en

cuanto a la situación del padre se orienta sobre la conveniencia de que los niños sepan la situación del padre, en cuanto a la documentación: acredita el inicio del trámite.

El equipo decide: “En función de que la Madre ha logrado estabilizar y equilibrar su vida ha logrado un trabajo y vivir fuera del ámbito negativo contextualizado en la familia del padre de sus hijos, se otorga el alta en el programa”.

2.4. Historia Clínica Nº 4

2.4.1. Diagnóstico de situación

La situación ingresa por medio de la línea 102 y del Órgano Administrativo Local. Se ha observado indicadores compatibles con maltrato emocional con severidad de grado 2 sin precisión acerca de la cronicidad.

En la entrevista la abuela materna manifiesta: La niña de 7 años convive con ella desde que tenía un mes. La madre hace más de un año que vive con su pareja. En una ocasión en el 2010, la pareja de la madre le había bajado los pantalones y le había pegado, golpeandola contra un sillón. La niña manifiesta que cuando le pegó la pareja de la madre, la progenitora no le dijo nada al mismo. Grupo familiar conviviente: niña 7 (nieta), Ab materna, pareja de la abuela, hija de la abuela de 13 (tía de Fem 7).

La duración de la intervención fue de 11 meses

2.4.2. Estrategias de intervención

b.1 Interdisciplina

La intervención fue básicamente interdisciplinaria.

b.2 Disminución de F. de riesgo y potenciación de F. protectores.

Fortalecimiento de funciones parentales en relación al fortalecimiento de recursos personales, familiares y contextuales.

Los objetivos fueron:

- refuerzo del rol materno,
- distanciamiento progresivo y efectivo de las la niña a las situaciones violencia que pudieran afectarla,
- fortalecimiento de recursos personales en la niña para estabilizarla emocionalmente de la niña.

b.3 Técnicas de intervención y monitoreo

Se instrumentaron las siguientes técnicas: entrevista domiciliaria, articulación interinstitucional, entrevista familiar.

Es importante destacar que: el tratamiento psicológico no fue realizado por el equipo, sino en coordinación con profesionales de Centro de salud. Ante esta situación se mantuvo comunicación con la profesional tratante a fin de monitorear la intervención, con el objeto de reencauzar la intervención en los objetivos previstos por el Equipo.

2.4.3. Evaluación de la intervención o abordaje

Los cambios observados en relación a los objetivos propuestos fueron:

- Refuerzo del rol materno: al principio se realiza coordinación con abuela materna quien demostró predisposición para la entrevista y ante las sugerencias. La abuela se muestra sobrepasada por la situación ya que no quiere entrar en rivalidad con la hija. Se observa que la madre tiene dificultad par asumir su rol de madre.
- Después de un tiempo la madre vuelve al domicilio materno debido a que separó de su pareja quien era violento con ella. A partir de este cambio se observa un rol activo de la madre en relación a la crianza de la niña de 7, y la hija se observa tranquila y contenta.
- En cuanto al distanciamiento progresivo y efectivo de la situación violentas con la niña: se fortalece a abuela materna para la puesta de límites antes situaciones que pudieran afectar a la niña.
- En cuanto al fortalecimiento de recursos personales en la niña para estabilizarla emocionalmente de la niña: se realiza tratamiento psicológico en centro de salud cercano al domicilio de la niña. En cuanto al tratamiento se observa la concurrencia de la misma y se mantiene comunicación con la profesional tratante quien expone que la niña se encuentra contenta y tranquila por el regreso de su madre al hogar.

El equipo concluye: “dado que la situación que motivo la presente derivación ha sido solucionada, observándose una relación oportuna entre madre-hija, el equipo firmante decide el alta de la familia del presente programa. Se queda a disposición de la familia ante cualquier consulta espontánea”.

2.5. Historia Clínica Nº 5

2.5.1. Diagnóstico de situación

La situación ingresa al Equipo por derivación del OAL. Se observan indicadores compatibles con maltrato emocional en severidad de grado 3 sin precisión de cronicidad e indicadores de maltrato físico en severidad de grado 2

Ante la entrevista expresan: la madre expresa que padre la golpeó luego de una discusión, motivada por el deseo de querer trabajar en una finca. También el niño (2) fue golpeado y se le sugirió desde Centro de Salud realizar la denuncia. La madre refiere tener miedo que vuelva a suceder. El padre 25 expresa que se disgustó porque quería ir a trabajar y ella no hizo caso de cuidar a los chicos.

El Grupo familiar está conformado por: madre (23), padre (25) e hijos/as: Niña de 5 y 4 años y niños de 2 y 6 años respectivamente.

La duración de la intervención fue de 2 meses.

2.5.2. Estrategias de intervención

b.1 Interdisciplina

La modalidad de la intervención fue interdisciplinaria.

b.2 Disminución de F. de riesgo y potenciación de F. protectores.

Fortalecimiento de funciones parentales en relación al fortalecimiento de recursos personales, familiares y contextuales.

Objetivos de tratamiento fueron

- Trabajar problemas de pareja que repercuten en maltrato hacia los niños/as.
 - Fortalecimiento de recursos personales en el padre ya que se observa falta de recursos internos para controlar situaciones de estrés.
 - Fortalecimiento de recursos personales a través mejorar la comunicación entre ellos. Especialmente observado en la madre.

B.3 Técnicas de intervención y monitoreo

Se realizó entrevistas psicológicas con aplicación de técnicas psicométricas, entrevistas individuales (padre-madre por separado), entrevistas domiciliarias y control médico.

2.5.3. Evaluación de la intervención o abordaje

Los cambios observados en relación a los objetivos de tratamiento: * Se logró trabajar: en el padre el "manejo de rabia", es decir, brindando orientación en caso de estrés y orientación en la igualdad de condiciones en la pareja. *Se realizan sugerencias sobre el diálogo en la pareja y explica: "no me gusta que mi mujer 23 trabaje, pero acepto si es una temporadita". *En la mujer se trabaja sobre la actitud de sometimiento, pudiendo brindarle herramienta para un mayor diálogo".

El equipo concluye que "la familia cumplió con todas las entrevistas pautadas, sin registrarse ningún ausente, por tal motivo y dada la buena evolución en el funcionamiento

familiar, se decide dar de alta a esta familia dejando la posibilidad abierta a una intervención voluntaria”.

CONTRASTACIÓN

“... no se puede hablar en cualquier época de cualquier cosa; no es fácil decir algo nuevo; no basta con abrir los ojos, con prestar atención, o con adquirir conciencia, para que se iluminen al punto nuevos objetos, y que al ras del suelo lancen su primer resplandor...” (Foucault, 1979).

En este apartado se relacionará, comparará, discutirá y contrastará (Martínez Miguelez, 2006) lo aportado en los resultados. Con este fin se recurrirá al marco teórico referencial a fin de establecer un diálogo entre autores y teorías, permitiendo una reconfiguración de lo expresado a través de este trabajo. Los ejes que se utilizarán serán las categorías utilizadas en los resultados a la luz de la teoría.

En la exposición de los resultados se establecieron dos etapas. La primera etapa describía un análisis de las respuestas a las preguntas: 1. *En su trabajo profesional ¿qué es para Ud. un “alta”?* y 2. *¿Podría identificar conforme a su profesión qué criterios aplica para determinar el alta?* Mientras que en la segunda etapa se utilizaron las categorías surgidas de esta primer etapa, como vectores para analizar cinco HC.

1. Primera parte

1.1. En su trabajo profesional ¿qué es para usted un “alta”?

Este interrogante dirigió la atención del participante sobre su trabajo cotidiano y disciplinar, lo comprometía personalmente al sujeto (UD) en la atención en una de las etapas del abordaje o intervención en MNA: el alta. Se coloca la palabra “Alta” de acuerdo a su designación coloquial, con el fin de posicionar al participante en el foco deseado para la respuesta.

Las respuestas fueron diversas, y se pudieron encolumnar en tres macro categorías: 1.- Nominaciones, 2.- Conceptualizaciones y 3.- Vinculaciones.

1.1.1. Nominaciones

Los nombres otorgados respondieron a: *nominaciones vinculadas a la medicina y *nominaciones vinculadas a otras disciplinas, áreas temáticas o en relación con la práctica del abordaje del MNA.

Las nominaciones vinculadas a la medicina respondían al ámbito hospitalario, a la visión de la problemática del Maltrato como una enfermedad a ser curada o superada (Bringiotti, 2006). A su vez, se observa que estas nominaciones de alta, responden sin profundizar sobre la complejidad y multidimensionalidad de la problemática del MNA (Barnett, Manly, & Cicchetti, 1993). Es importante destacar que analogar al MNA con una enfermedad, ha sido una de las formas de explicación de la producción del MNA, la cual se corresponde con el modelo unicausal psicopatológico, que como expresa Bringiotti (1999) “si bien existe evidencia científica en contra este modelo aun goza de mucha popularidad” (Bringiotti, 1999).

En línea con lo anterior, algunos participantes rechazaron de base la nominación Alta por corresponder epistemológicamente a la medicina, o por considerarlo un término no adecuado, o porque no se encuadre en su disciplina.

En cuanto a las nominaciones de alta vinculadas a otras disciplinas, áreas temáticas o en relación con la práctica del abordaje del MNA se pudieron señalar las siguientes: alta provisoria, alta entre paréntesis, alta en período latente, pre-alta (alta temporal), y alta relativa. Estas nominaciones responden a la especificidad del abordaje en MNA (Perez Chaca et al, 2008; Gimenez et al, 2008) a la diversidad de formaciones familiares y su particularidad (Giberti, 1994; Velázquez, 2012), a las violencias imbricadas en estas familias(s) (Velázquez, 2012) y a la convergencia de distintos sistemas que determinan el contexto en el cual se desarrolla la cotidianeidad (Bringiotti, 1999).

Es importante señalar, que existieron otras formas de nominar el alta sin referirse a este término específicamente. Esta nueva forma de nombrar, anclada desde otra mirada o encuadre se presentan a continuación: cese de intervención, cierre de abordaje y cierre de proceso de tratamiento. Es probable que estas nominaciones respondan a otras miradas nacidas del trabajo disciplinar e incluso desde la interdisciplina. Stolkiner (1999) expresa que la interdisciplina “atenta contra la posibilidad de fragmentación del fenómeno a abordar” y agrega que: “... la construcción conceptual común del problema que implica un abordaje interdisciplinario, supone un marco de representaciones común entre disciplinas y una cuidadosa delimitación de los distintos niveles de análisis del mismo y su interacción...” (Stolkiner, 1999). En consonancia con lo expuesto con Stolkiner (1999), Carballeda (2000) señala que en la interdisciplina: “...una de las primeras cuestiones que aparece como compleja

se centra dentro de la necesidad de discutir marcos conceptuales generales acerca del proceso salud - enfermedad, en la búsqueda de acuerdos y consensos, alrededor de los derechos de los pacientes, la noción de salud, la visión de "problema social", etc., posiblemente desde allí sea factible la construcción de equipos de trabajo" (Carballeda, 2000).

Estas nominaciones, anteriormente mencionadas, portan la palabra "cese" lo cual es sinónimo de término, finalización, cierre; y la palabra abordaje o intervención, que hace referencia a "la representación o construcción intelectual simplificada y esquemática de una clase de fenómenos, contenidos o procesos sobre los que se pretende actuar y comprender a pesar de su complejidad y que produce expectativas y consecuencias en esa realidad actuada" (Carballeda, 2006).

1.1.2. Conceptualizaciones

Cuando se habla de conceptualización, se está haciendo referencia a la definición o delimitación conceptual de algo, en este caso de las nominaciones anteriormente mencionadas. Con el objeto de avanzar y profundizar en este subtítulo, se destacará aquello que a nuestro criterio no se debe/debería conceptualizarse como alta: 1.- cuando una situación ingresa y es evaluada como "sin parámetros de maltrato"; 2.- cuando una situación es derivado a otro equipo o institución por no responder a una situación de MNA; y por último, 3. cuando una situación es evaluada como MNA y el paciente voluntariamente se niega a ser tratado por el equipo, lo que concierne a una derivación a otro equipo.

Si bien estas conceptualizaciones surgieron de las respuestas de los participantes, y aunque represente una intervención haber derivado o articulado institucionalmente, de base no representa una situación de MNA (Gimenez et all, 2008; Chahla, 2005; Perez Chaca et all, 2008). En la especificidad de la negativa del paciente, es el equipo destinatario quien abordará la problemática en estos sujetos.

En cuanto a las conceptualizaciones observamos que existen dos tendencias. La primera referida a una mirada desde el binomio salud-enfermedad, y la segunda referenciada en el establecimiento provisorio de un corte, que puede decantar en la suspensión de la intervención sin seguimiento, o en un cierre provisorio con posibilidad de reingreso, en caso de ser necesidad de los sujetos de intervención.

La primera conceptualización responde a las nominaciones vinculadas al paradigma médico que anteriormente hemos desarrollado la postura. En la segunda responde a una perspectiva interdisciplinaria, también desarrollada anteriormente.

Merece distinguirse con especial atención en la subdivisión denominada: *establecimiento provisorio de un corte con posibilidad de reingreso*, que los observables denotan la crítica específica del/los participante/s, acerca de ciertas posiciones paradigmáticas sobre la problemática de la violencia. En primer lugar se denota el distanciamiento respecto de la violencia encuadrada desde la salud-enfermedad (Chahla, 2005; Mollo, 2007), y se la posiciona con mayor adecuación desde la intervención en crisis (Gimenez et al, 2008). En segundo lugar se critica específicamente la nominación "alta", ya que es un término que no asume la complejidad (Barnett et al, 1993) de la trama de la(s) violencia(s) en las familia(s) (Giberti, 1994; Velázquez, 2012). En tercer lugar, la crítica de los especialistas está en relación con la posibilidad del reingreso /resurgir /reaparición de la situación de violencia. Ya que al reflexionar sobre la problemática del MNA, su multidimensionalidad y complejidad contextual, los especialistas han manifestado como evidencia empírica que: es posible que pueda reingresar el grupo familiar con una nueva demanda, e incluso puede reaparecer la problemática en el grupo familiar y ser demandada nuevamente la intervención del equipo.

1.1.3. Vinculaciones

Los participantes determinaron dos categorías con mayor relación con al Alta, la cuales son: objetivos de intervención o abordaje y el encuadre de trabajo. Estas categorías resultan de relevancia, ya que se establece una definen las relaciones directas con el Alta ante futuras investigaciones.

El "alta" es un proceso de evaluación y corroboración de los objetivos que fueron planteados en un comienzo del abordaje (Perez Chaca et al, 2008; Ander-Egg E. , 1995). A su vez, el abordaje se basa en objetivos que son explicitados por el equipo y acordados con los sujetos de intervención, y objetivos que son implícitos acordado en la intimidad interdisciplinaria, los cuales responden a: objetivos de la institución (Ley Nº 26.061 De Protección Integral De Los Derechos De Las Niñas, Niños Y Adolescentes; Ley provincial Nº 6551 "Creación del Programa de Prevención y Atención integral del maltrato a la niñez y adolescencia", 1994), estrategias de abordaje (Ander-Egg et al, 2000; Calabró, 2012) y mediación profesional de ciertos conocimientos e instrumentos técnicos (Karsz, 2007). Se destaca que se estima dar el Alta cuando el grupo familiar y el Equipo concuerda que la situación de riesgo que dio origen la intervención se trabajó, es decir, se establece una última entrevista interdisciplinario donde diferencia entre una situación inicial traídas al comienzo de la intervención y la situación actual después de la intervención (Di Paolo, 2011; Arruabarrena Madariaga, 2009).

Gimenez & Caballero (2008) establecen que los principales objetivos son:

- Protección Integral del niño y/o adolescente: el psiquismo cuenta con una red de apoyos (cuerpo, sí mismo, función materna y el grupo) que al romperse uno de ellos el psiquismo entra en crisis (Perez Chaca et al, 2008).
- Que el paciente tome contacto con los referentes identificatorios, esto le permite cohesionar su sí mismo, ya que en situaciones de crisis el yo tiende a desorganizarse, confundirse, etc.
- Ayudar al paciente a que pueda unir la vivencia emocional con el hecho fáctico.
- Disminuir los factores de vulnerabilidad y reforzar los de protección.

Y de acuerdo a los resultados de este trabajo deberíamos agregar:

- *Fortalecimiento de funciones parentales* (Morelato et al, 2011).

En cuanto al encuadre de trabajo se establecen tres formas de egreso del grupo familiar de la institución: con seguimiento, sin seguimiento y establecimiento de corte aunque haya posibilidad de reingreso.

Es importante destacar que la última subcategoría: *sin indicadores actuales de riesgo*; expresa lo indicado por los profesionales al cerrar un caso, “...no existen parámetros de maltrato de ningún tipo a la fecha del Alta...”, “...no hay parámetros actuales ni indicadores de riesgo a la fecha del alta”. Esta descripción representa la formalidad fehacientemente expresada en cada historia clínica al establecer el Alta. Es una evaluación profesional, realizada de acuerdo a ciertos indicadores o parámetros u objetivos cumplidos que predisponen para el otorgamiento del Alta, sin embargo no se descarta que pueda resurgir la situación de maltrato después del cierre.

1.2. ¿Podría identificar conforme a su profesión qué criterios aplica para determinar el alta?

Esta indagación pretende que los profesionales identifiquen, nombren, describan y creen criterios que utilizan al finalizar un abordaje. Las respuestas se dirigen a establecer aquellos criterios disciplinares ocupados en la intervención.

En el trabajo de codificación y categorización (Taylor & Bogdan, 1994; Martínez Miguelez, 2006; Vasilachis de Gialdino, 2006), la palabra criterio fue entendida por los participantes como: estrategias de abordaje y evaluación de la intervención.

Las estrategias de abordaje es un programa de operaciones simultáneas o sucesivas surgidas a partir del reconocimiento del campo de intervención. A partir de allí se perfilan

grandes etapas en el abordaje de la situación y se fundamenta su secuencia (Fiorini, 2002; Ander-Egg et al, 2000; Perez Chaca et al, 2008).

La evaluación de intervención es un proceso de análisis de la acción o intervención. Se realiza en momentos muy concretos y sirve para juzgar periódicamente, de manera profunda, la acción, y si se presenta el caso, reorientarla (Di Paolo, 2011).

Tanto la evaluación como las estrategias son esenciales en la Intervención. Ya que las estrategias representan el acercamiento al fenómeno y el diálogo con el mismo. Mientras que la evaluación representa la regulación de estas etapas dinámicas y yuxtapuestas.

1.2.1. La estrategia de intervención

Este subtema se subdivide en el diagnóstico de situación y encuadre de la intervención. El diagnóstico de situación es un procedimiento que permite conocer y analizar la situación de salud de grupos, comunidad o población, con el fin de identificar problemas y necesidades, determinar sus factores, como parte de un proceso de intervención (Ramos Domingue, 2006; Fiorini, 2002; Di Paolo, 2011; Carballeda, 2006).

Se llama diagnóstico de situación al procedimiento que permite conocer y analizar la situación de salud de grupos, comunidad o población, con el fin de identificar o diagnosticar problemas y necesidades, determinar sus factores, como parte de un proceso de intervención (Ramos Domingue, 2006; Fiorini, 2002; Di Paolo, 2011; Carballeda, 2006).

El diagnóstico depende del tipo de maltrato (Mollo et al, 2009) al que esté expuesto el niño; severidad y cronicidad de la situación de maltrato que determinará la duración del proceso (Morelato G. , 2009) y la particularidad de la situación de violencia presenta por el grupo familiar (Carballeda, 2007; Fiorini, 2006; Karsz, 2007; Velázquez, 2012; Giberti, 1994).

Así mismo teniendo presente algunos autores, la puntuación del diagnóstico depende de la disciplina que lo evalúe. La medicina pone su acento en la constatación de lesiones, es por ello, que su material analítico dependerá de la exploración física realizada (Mollo, 2007) o la observación de la libreta de sanidad de la familia. La anamnesis estará vinculada a la entrevista y pondrá su acento en elementos de sospecha observados en el narrador, la narrativa y historia del incidente (Chahla, 2005).

La psicología propone diferentes series diagnósticas de acuerdo diferentes fenómenos de una misma situación (Fiorini, 2006). A partir, de la evaluación que se realiza de las series diagnósticas, se detecta el nivel de riesgo en el cual el niño se encuentra inmerso. Se advierte la serie más afectada, y se focaliza en ella para intervenir.

Para el Trabajo Social, el diagnóstico ofrece información básica para programar acciones concretas y proporciona un cuadro de situación que sirva para la elaboración de estrategias de actuación (Ander-Egg E. , 1995). El cuadro de situación dependerá de la evaluación de factores protectores y de riesgo. La familia y su contexto social es el ámbito primordial del diagnóstico. Y destaca que los diagnósticos no son estáticos sino que cambian y se modifican (Perez Chaca et al, 2008; Calabro, 2012).

Así mismo, estos modelos disciplinares de diagnóstico, *al conformarse en un "equipo de trabajo"* se sostienen los espacios de diálogo, donde lo convocante es aquello que interpela a la Intervención –en nuestro caso las problemática del MNA-, donde cada integrante no pierde su singularidad, sino que aporta desde ella desde una relación horizontal (Carballeda A. J., 2000)

El encuadre de la intervención se constituye por: la delimitación del espacio institucional³⁶, rol profesional-disciplinar, modalidad de abordaje o técnica y variables temporo-espacial (Fiorini, 2002; Carballeda, 2006; Bleger, 1967). Así mismo, desde la psicoterapia psicoanalítica focalizada se habla de organizadores del proceso de terapéutico a: la Focalización de la situación, la relación de trabajo personificada (terapeuta-paciente) y la activación de las funciones yóicas (Fiorini, 2006; Fiorini, 2002; Gimenez et al, 2008). Estos organizadores podrían agregarse al concepto de encuadre de intervención.

Esta categoría se subdividió en: Interdisciplina y protección integral del niño/as y/o adolescente; disminución de factores de riesgo y potenciación de factores protectores; y por último, técnicas de intervención y monitoreo.

En cuanto al encuadre interdisciplinario fue taxativo para algunos profesionales al expresar su respuesta, diciendo: *“los criterios no podrían limitarse a una disciplina específica, ya que los criterios de elaboración de estrategias, objetivos y alta se construyen interdisciplinariamente”*. Importa destacar que la conformación del equipo, según lo que expresa en la Ley provincial N° 6551, es interdisciplinaria; y según el estudio realizado a través

³⁶ De igual manera esta categoría hace referencia a los objetivos institucionales en cuanto sus objetivos delimitados por: -ley provincial 6551 de creación del Programa provincial de prevención y atención del maltrato a la niñez y adolescencia, -los objetivos de la ley 26061 de protección integral de los derechos de niños/as y adolescentes y la experiencia de trabajo de equipo desde 15 años en este programa en particular.

de historias clínicas se observa que tanto la primera como la última entrevista se realizan en equipo interdisciplinario.

En cuanto a la protección integral del Niño/a, se observa que las intervenciones están atravesadas por este paradigma que representa el respeto de los derechos de los niños/as y adolescentes. Las acciones de los equipos son medidas de protección y se interviene cotidianamente con estas medidas. Se procura además que los niños/as, al término de la intervención, se encuentren estabilizados y con herramientas precisas sobre sus derechos.

Es importante observar que no podemos asegurar que a través de la intervención de una institución se restituyan todos los derechos amenazados, que como expresa Galtung (2004) *los efectos visibles de la violencia directa son conocidos: los muertos, los heridos, los desplazados, los daños materiales, (en nuestro caso la problemática del MNA)... Pero es posible que los efectos invisibles sean aún más viciosos ya que: la violencia directa es producida por las culturas y estructuras violentas, entonces dichas culturas y estructuras también reproducen violencia directa* (Galtung, 1975). Ya que las intervenciones se encuadran de acuerdo a los objetivos o incumbencia de la institución a la que pertenecen. Ante la evaluación de derechos vulnerados que no pudieran ser de incumbencia de la institución se debe articular con la que corresponda.

Además, es importante destacar que existen formas de violencia encubiertas en la misma intervención o abordaje con las familias, ejercida por profesionales que trabajan específicamente o no en el área de la violencia y predominan las creencias y valores acerca de cómo debe ser una familia y la relación entre sus miembros, los hechos narrados por las víctimas pueden dar lugar a situaciones de desconfianza, descreimiento y sospecha, dilatando así la atención adecuada. Representando francos malos tratos en el espacio de la consulta (Velázquez, 2012; Bringiotti, 2006). Estas formas de malos tratos se corresponden con el maltrato institucional, y por lo tanto la intervención se corresponde con la situación de violencia traída al encuadre de trabajo.

Respecto de la identificación y evaluación de factores de protectores y de riesgo, dependen de la especificidad del caso (Gimenez et al, 2008; Perez Chaca et al, 2008) se evalúan como parte del diagnóstico de situación (Perez Chaca et al, 2008). Esta categoría presenta dos subdivisiones: fortalecimiento *de funciones parentales* (Morelato et al, 2011) y, *el fortalecimiento de recursos personales, familiares y contextuales* (Perez Chaca et al, 2008; Gimenez et al, 2008)

El fortalecimiento de funciones parentales no hace distinción entre “función materna y función paterna”. Esta categoría incluye: mejorar la comunicación y vinculación entre: padre/madre-hijo/a, fraternal y también familia-contexto; contención y presencia de la familia extensa; el aumento de la capacidad de responsabilidad de los adultos; y por último, la puesta de límites asertivos y acordes a la edad del niño/a.

El fortalecimiento de recursos personales, familiares y contextuales, se imbrica en la observación de diferentes áreas como: el desempeño académico, la observación del juego en el niño, la capacidad de autocrítica y reflexión en los adultos; recursos personales y el fortalecimiento yoico.

Las técnicas de intervención y monitoreo son: herramientas utilizadas para realizar la intervención desde la especificidad disciplinar e interdisciplinar. La diferenciación presentada entre ambas está direccionada por los objetivos de la intervención (Perez Chaca et al, 2008; Fiorini, 2002). Las Técnicas de intervención: son herramientas utilizadas para intervención propiamente dicha (Chahla, 2005; Gimenez et al, 2008; Perez Chaca et al, 2008). Se distinguen de las Técnicas de monitoreo, ya que son herramientas utilizadas con la función de seguimiento y control del proceso de intervención (Ley provincial Nº 6551 "Creación del Programa de Prevención y Atención integral del maltrato a la niñez y adolescencia", 1994; Chahla, 2005; Mollo S. A., 2007).

En cuanto a los modelos de disciplinares de intervención existen algunas herramientas comunes al abordaje interdisciplinar (Carballeda A. J., 2000) e instrumentos que son propios de especificidad de las disciplinas (Gimenez et al, 2008; Perez Chaca et al, 2008; Chahla, 2005; Mollo, 2007). Estos instrumentos dependen estratégicamente de la evolución o desarrollo de la intervención y también son propios de la estructura de un abordaje.

En cuanto al trabajo de grupo, en la actualidad existen algunos equipos que trabajan a través de lo grupal y otros a través de talleres temáticos. Estos dispositivos son construidos a través de los equipos, recreados a través de la experiencia clínica y mediados a través de la teoría (Guzman Leighton, Luconi, & Lucero, 2011).

En general las técnicas que tienen como objetivo el monitoreo o control se acompañan de una de las etapas de la intervención que es el seguimiento. Donde los objetivos de la intervención se van testeando a través de la entrevista realizada.

1.2.2. Alta como evaluación de la intervención

En cuanto a la evaluación de la intervención, Arruabarrena Madariaga (2009) expresa que “no existe una cultura de evaluación. Hacer, “trabajar” con las familias, sin evaluar si lo

que se hace es eficaz o no, es un mal endémico de los Servicios Sociales (...) al menos en el ámbito que nos ocupa. La evaluación es relegada a un lugar secundario en el quehacer profesional, (...) y hemos caído en esa dinámica. La capacitación profesional (...) no se restringe a la actividad diagnóstica y terapéutica, sino que también estamos o debemos estar preparados para evaluar nuestra propia intervención y los programas en los que participamos. La evaluación debe ser definida como parte integrante e inseparable de la intervención. Es una responsabilidad ética y profesional, máxime en un ámbito de trabajo como éste, donde las necesidades superan ampliamente los recursos disponibles” (Arruabarrena Madariaga, 2009). Resulta de relevancia la advertencia vertida por el autor respecto de la importancia de la evaluación en el proceso de intervención.

Los resultados “emergidos” (Morse, 2006) de los criterios profesionales, establecieron algunas categorizaciones que se correspondían con la evaluación de la intervención. La evaluación es un proceso de análisis que acompaña a todas las instancias de la intervención. Sirve para juzgar periódicamente, de manera profunda, la acción, y si se presenta el caso, reorientarla (Di Paolo, 2011). Ejerce dos funciones: apoyo interno: tiene como objetivo analizar el pasado (lo que hicimos) y orientar el proyecto [intervención] en el futuro; y función de control de la realización de acciones.

Para Di Paolo (2011) existen tres momentos evaluativos en tres etapas del la intervención: en el diagnóstico (evaluación ex antes), en la programación y ejecución (evaluación de proceso) y final de la intervención (evaluación ex – post). A su vez, estas instancias evaluativas, se concretizan a través de indicadores cualitativos y cuantitativos, que proporcionan una el estado en el que se encuentra el proceso, ofreciendo información básica para continuar con el procedimiento o reorientarlo.

Se distinguieron indicadores de dos momentos evaluativos. El primer momento es la evaluación de proceso, donde se observaron indicadores claves, para reconocer que el proceso está en avance: en primer lugar *la resolución del conflicto relacionado con la cesación de la situación de maltrato y el reconocimiento de esta forma de relacionarse*; y en segundo lugar *el cumplimiento de objetivos y tratamiento, y cambios observados que denotan una evolución positiva del/los sujeto/s*.

En cuanto a la resolución del conflicto relacionado con la cesación de la situación de maltrato y el reconocimiento de esta forma de relacionarse, se busca:

⊕ que el adulto responsable tenga los recursos mínimos para resolverlo en caso de volver a aparecer esta dinámica.

✚ Que el adulto responsable consiente de la situación de MNA, dejar de producirla y reproducirla paulatinamente, teniendo en cuenta el tipo y severidad del MNA.

En segundo lugar los indicadores son: *el cumplimiento de objetivos y tratamiento, y cambios observados que denotan una evolución positiva del/los sujeto/s*. Estos indicadores son puntuales respecto de lo observado durante el proceso, es decir, se observa los cambios en la dinámica familiar que demarcan una evolución positivo de la situación traída en las primeras entrevistas; y se observa el cumplimiento tanto de los objetivos implícitos y explícitos, como del proceso de tratamiento o intervención.

En la psicoterapia focalizada propuesta por Fiorini (2002, 2006) y retomada por Gimenez & Caballero (2008), explica que se deben tener presentes los agentes de cambio con los que el terapeuta va a trabajar, entre ellos:

-la experiencia emocional correctiva: Alexander Lowen (2001 citado en Gimenez et all, 2008) plantea que en la relación terapéutica el dominio de un conflicto irresuelto se hace posible no solo debido a que el conflicto trasferencial es menos intenso que el original, sino que el terapeuta adopta una actitud distinta de la asumida por el progenitor hacia el niño en la situación conflictiva original.

-Reconstrucción Cognitiva: Se intenta producir en el paciente una activación de las funciones yoicas, mediante las cuales se hace posible elaborar de modo focalizado la problemática inserta en una situación vital, vivido en una relación de trabajo personalizada con el terapeuta.

-Insight³⁷ y modificaciones de las relaciones interpersonales: Las intervenciones verbales apuntarán a producir insight y evoluciones en las relaciones interpersonales.

-Modificaciones de la Relaciones Personales (Gimenez et all, 2008).

Estos agentes de cambios se pueden articular con los indicadores ofrecidos a través de las respuestas de los participantes. Con el fin de exponer didácticamente estos indicadores, podríamos decir que en el momento del proceso de intervención, los profesionales deberían efectuar los siguientes interrogantes:

■ El cuadro de situación evaluado en el diagnóstico, ¿ha cesado? ¿ha sido reconocido o concientizada por los adultos? ¿han podido incorporarse los recursos mínimos para la resolución de esta situación, en caso de volver a aparecer? De

³⁷ No hace referencia a la terapia de insight sino a posibilidad de reflexión observado en el paciente.

acuerdo al vínculo relación profesional-sujeto de intervención ¿cuál es la actitud asumida por ambos?

● Los objetivos planteados en el equipo y co-construidos con los sujetos ¿ha sido considerado como prioritarios en los sujetos? ¿cuáles se han priorizado? Estos objetivos ¿responden a la protección integral del niño/a? ¿Han podido activarse recursos del sujeto?

● En cuanto a la intervención ¿se puede reflexionar sobre ciertas fases de la vida del/os sujetos que al momento del inicio no eran posible trabajarse? ¿se ha podido reconstruir relaciones interpersonales que permitan proteger la dinámica familiar y sostener al niño/a y/o adolescente?

El segundo momento evaluativo se observaron los siguientes indicadores que determinan o verifican lo trabajado a la percepción de los sujetos y al amparo de los objetivos de la intervención (Di Paolo, 2011). El primero *el bienestar del niño/a y/o adolescente y estabilidad familiar*; y el segundo *cómo el equipo define la finalización de la intervención*.

En cuanto al bienestar del niño/a y/o adolescente y estabilidad familiar, se observaron los siguientes sub-indicadores: niño/a protegido por un adulto responsable (García Mendez, Derecho de la infancia/adolescencia en América Latina: de la situación irregular a la protección integral, 1994; Ley Nº 26.061 De Protección Integral De Los Derechos De Las Niñas, Niños Y Adolescentes, 2005), ausencia de sintomatología actual que interfiera en el desarrollo del niño/a y/o adolescente (Chahla, 2005; Mollo, 2007); el niño/a y/o adolescente no se encuentra en riesgo de vida, y por último, la familia se encuentra estable (Jelin, 1998).

Respecto de la *definición del equipo en relación a la finalización de la intervención*, pueden incluirse las formas de egreso³⁸: con seguimiento, sin seguimiento y corte con posibilidad de reingreso; y la derivación, *ya que pueden existir otros temas por trabajar que pueden no ser de incumbencia del programa y para ello es necesario la articulación y derivación a otro programa, institución, osc, entre otras*.

Merece este momento realizarse algunas preguntas que reorientaran las intervenciones futuras. Las indagaciones podrían ser:

- ¿Se alcanzaron los objetivos propuestos?
- ¿Se ha modificado el cuadro de situación de los sujetos de intervención?

³⁸ Esta categoría pertenece al subtítulo 1.3 Vinculaciones.

- El diagnóstico, la intervención propiamente dicha y la finalización de la misma, ¿han contribuido a mejorar la situación de los sujetos, se podría realizar alguna modificación para situaciones futuras?
- ¿Cual ha sido la percepción de los sujetos respecto de la intervención y la relación terapéutica? (Fiorini, 2006; Fiorini, 2002; Carballeda A. J., 2000; Karsz, 2007; Vasilachis de Gialdino, 2006)
- ¿El/la niño/a se encuentra protegido y respetado en sus derechos?
- Los adultos responsables ¿se encuentran cumpliendo funciones de sostén y protección en el niño/a?

2. Segunda Parte

Esta parte de los resultados toma como eje primordial el análisis de las historias clínicas de acuerdo a vectores que marcaron una direccionalidad en la recolección de los datos, basados específicamente en:

- *las conceptualizaciones teóricas* extraídas de las respuestas a la primera pregunta de la entrevista,
- *las estrategias profesionales y evaluación del modelo de intervención* los cuales fueron extraídos de las respuestas a la segunda pregunta de la entrevista, y por último,

Con el objetivo de exponer los resultados respecto de lo observado en las cinco HC analizadas, se tomará como referente el cuadro a continuación:

Cuadro Nº 10

Análisis de HC

DIAGNÓSTICO DE SITUACIÓN	
Derivación	Las derivaciones fueron preferentemente realizadas por el OAL y la Línea 102
Tipo y severidad de MNA	Se observó un predominio del Maltrato emocional en severidad de grado 2 en 3/5 HC, y sólo en una aumento la severidad a grado 3. En cuanto a los otros tipos de MNA se observó: maltrato físico en 3/5 con distintas severidades y negligencia de severidad de grado 1 en 2/5.
Cuadro de situación	Los conflictos de base observados en la mayoría de las historias clínicas se correspondían con la falta de presencia de función materna y la abuela materna con posibilidad con buena señal de alarma aunque sin posibilidades económicas para ejercer la crianza del/la niño/a y/o adolescentes (en 3/5 HC). En las otras HC restantes se observó la ausencia o conflicto en relación con las posibilidades económicas, que han repercutido en la relación de pareja (2/5 HC).

Grupo familiar	La conformación del grupo familiar fue predominantemente de familia extendida (4/5 HC), mientras que sólo 1/5 era familia nuclear.
Duración del tratamiento	En 2/5 HC la duración del tratamiento fue mayor a 2 años de intervención, mientras en las 3/5 HC restantes la duración fue menor a un año.
ENCUADRE DE LA INTERVENCIÓN	
Interdisciplina	Existió una predominancia en las HC del trabajo interdisciplinario entendido como las entrevistas en equipo, generalmente de admisión y finalización de la intervención. Aunque en (3/5 HC) hubo prevalencia del trabajo disciplinario específico, en general psicológico.
Objetivos	Los objetivos se orientaron a: <ol style="list-style-type: none"> 1.- El trabajo en funciones parentales (materna-paterna) y la orientación en conflictos de pareja. 2.- Contención y sostén emocional de los niños/as y/o adolescentes y la promoción y recursos personales 3.- Se trabajó en la protección de los derechos del niño/a a la salud, identidad y tiempo libre. Además se tomaron medidas de protección ante situación de violación y vulneración de derechos del Niño/a. 4.- Se intervino orientando sobre la situación laboral y económica de los adultos responsables-referentes, incluyendo el asesoramiento respecto del trámite judicial de la tenencia y alimentos.
Técnicas de intervención y monitoreo.	Las técnicas de intervención predominantes fueron: <ol style="list-style-type: none"> 1.- Tratamiento psicológico (5/5 HC) 2.- Entrevista domiciliaria (4/5 HC) 3.- Articulación interinstitucional y trabajo en red (4/5 HC) 4.- Control médico (2/5 HC) 5.- Se observa además que existen distintas modalidades de entrevistas que forman parte de la estrategia profesional: individual (niño/a-adulto), grupo familiar, disciplinar y del equipo. <p>En cuanto a las técnicas de monitoreo están presentes en las HC con mayor duración de tratamiento (3/5 HC) y se observa con mayor frecuencia la utilización de entrevistas domiciliarias y control médico.</p>
EVALUACIÓN DE LA INTERVENCIÓN	
Nominación (1.1), conceptualización (1.2) y vinculación (1.3)	Se puede establecer que se utilizaron las siguientes concepciones de alta: <ol style="list-style-type: none"> 1.- Alta con espacio para intervención voluntaria o consulta espontánea (2/5 HC) 2.- Cierre de intervención o proceso interdisciplinario (2/5) 3.- Se otorga el alta (1/5 HC)
Indicadores de evaluación observados.	<ol style="list-style-type: none"> 1.- En cuanto a las vinculaciones se observa que se otorga el alta debido a que “no se observan indicadores actuales de MNA” (2/5 HC). 2.- Se otorga el Alta debido a avances en el tratamiento, es decir evolución favorable del mismo (3/5 HC). 3.- También se observa que se ha colocado como indicador: el

cumplimiento de objetivos y existencia de funciones parentales (3/5 HC).

En síntesis: el cuadro nos ofrece un acercamiento empírico respecto de las categorías analizadas previamente, sin posibilidades de realizar una generalización de los resultados aunque permite imbricar los hallazgos en el plano categorial.

CONCLUSIÓN

“Ante avances observados en el tiempo de duración de la intervención profesional, se consideró prudente el cierre del proceso interdisciplinario, ya que hasta este momento no se evaluaron parámetros de maltrato en la configuración familiar actual, concluyéndose el abordaje” (Fragmento del final de Historia Clínica)

Indagar en el cierre de la intervención, es evaluar la tarea cotidiana del abordaje en Maltrato a la Niñez y Adolescencia. Es por ello, que a lo largo de la tesina se ha presentado esta exploración de los criterios de alta, a través de instrumentos que posibilitaran un diálogo teórico-metodológico. Es así, como se constituyeron vectores de análisis que permitieron desde la retórica disciplinar a la empírea casuística, analizar algunos patrones conceptuales que emergían de las siguientes preguntas: ¿Qué es para ud. el alta? y ¿ud. podría identificar cuáles son los criterios profesionales que se utiliza para otorgar el alta?

De esta manera, surge la necesidad de realizar un recorrido, sensible y reflexivo, respecto del emergente 4% de altas, registrado durante el año 2010, en el Programa de prevención al Maltrato a la Niñez y Adolescencia (Lucero, 2011). Este porcentaje fue el puntapié inicial, para territorializar la pregunta acerca del alta en la problemática del maltrato a la niñez y adolescencia, y problematizar reflexivamente los modelos de abordaje utilizados en la actualidad en violencia. Además se observaron divergencias de modelos etiológicos sobre la producción y reproducción de la violencia y nuevas perspectivas sobre la intervención que resultan alternativas a las tradicionales.

Para indagar en este campo de contingencias, la presente tesina se planteó como objetivos: explorar los criterios de Alta, a través de: indagar las conceptualizaciones teóricas de los profesionales y en segundo lugar, evaluar los indicadores diagnósticos y estrategias de intervención presentes en los casos que recibieron el Alta a través de los equipos de Salud. A partir de la construcción de los objetivos mencionados, se utilizó como eje principal el enfoque

cualitativo a partir de la perspectiva de dos autores: Irene Vasilachis de Gialdino (1992, 2006, 2011) y Miguel Martínez Miguelez (2006). Estos autores contribuyeron a través de su perspectiva, a practicar una metodología de investigación, basada en una mayor comprensión de la mirada de los participantes y su diversidad, y en la función creativa como pilar de importancia en el clivaje científico.

Los resultados responden a una síntesis de la información centrada en el significado que tiene el alta en el ámbito del maltrato y los criterios profesionales utilizados para este desenlace. A continuación se exponen, a modo de conjeturas, algunas aproximaciones.

Primero: ¿Qué significado tiene el alta en el ámbito del maltrato a la niñez y adolescencia?

El “alta” como término o concepto, para los profesionales intervinientes hace referencia al modelo médico. Es por ello, que existe un rechazo generalizado desde otras concepciones o disciplinas, a esta forma de nominación. Además es importante destacar que la complejidad del fenómeno del maltrato a la niñez y adolescencia, requiere ensayar otras nominaciones y conceptualizaciones sobre la finalización de un proceso de intervención. Desde ámbito de la psicología y el trabajo social, existe mayor aceptación en nominar al alta como: el cierre de intervención o abordaje. Y es corroborada tal asignación a través del análisis de las historias clínicas, donde el equipo, concluye la intervención a través de “cierre de abordaje interdisciplinario”.

Si profundizamos en la conceptualización emergen dos definiciones: alta como remisión de signos y síntomas en relación al binomio salud-enfermedad, y alta como establecimiento provisorio de un corte. La primera conceptualización se vincula mayormente al modelo médico y la segunda conceptualización relacionada con el abordaje interdisciplinario. Vale la pena destacar que no se considera como alta a las definiciones vinculadas a: la negativa del paciente al abordaje del equipo, a la evaluación del caso como sin parámetros de Maltrato y posterior derivación del caso. Aunque se haya consignado como alta por los participantes.

Continuando con las conceptualizaciones, el establecimiento provisorio de un corte con posibilidad de reingreso del caso, es una particularidad que no se observó en la bibliografía consultada (Gimenez & Caballero, 2008; Chahla E. J., 2005; Mollo S. A., 2007; Perez Chaca, Mollo, & Giunchi, 2008). Sin embargo, surge en los datos, como una realidad clínica que merece asumirse desde los equipos de tratamiento. El reingreso se corresponde con la complejidad y multidimensionalidad del maltrato, y su reproducción en la diversidad de

familias atendidas. Además, es necesario plantearse seriamente la duración del tratamiento de una situación de violencia, ya que mantener un caso en seguimiento por años, lustros o décadas, se condice con una intervención donde los objetivos se han desdibujado.

En cuanto a los objetivos, se puede destacar que: “el alta es un proceso de evaluación y corroboración de objetivos (terapéuticos, implícitos-explicitos, co-construidos y del equipo). Estos objetivos se vinculan con:

- ✓ la protección integral de los derechos del niño/a,
- ✓ la disminución de factores de riesgo y potenciación de factores protectores,
- ✓ el acompañamiento, asesoramiento y orientación tanto al niño/a como al grupo familiar
- ✓ el fortalecimiento de funciones parentales.

La respuesta a la pregunta: ¿Qué significado tiene el alta en el ámbito del MNA? requiere pensar en otro término que prefigure esta etapa del Abordaje, ya que tiene una mayor vinculación con una mirada unidisciplinar, anclada en el binomio salud-enfermedad y no responde a la complejidad de éste fenómeno de violencia. Resulta mayor acuerdo en nombrarlo “cierre de abordaje o intervención interdisciplinaria”. A su vez, este cierre se vincula con la construcción, evaluación y corroboración de objetivos que dirimen la duración de la intervención interdisciplinaria.

Segundo: ¿Cuáles son los criterios profesionales identificados para la aplicación del alta o cierre de abordaje?

Cuando se hizo referencia a criterios profesionales, los participantes vincularon estos términos con las estrategias de intervención y la evaluación de la intervención. En cuanto a la intervención o abordaje se toma *en primer lugar* al diagnóstico de situación. El diagnóstico de situación depende de la severidad, cronicidad, el tipo de maltrato y la particularidad del caso. En cuanto a los modelos de abordaje disciplinar se pudieron observar diferentes estrategias diagnósticas: exploración física, constatación de lesiones y anamnesis (lo médico), evaluación de diferentes modalidades diagnósticas, el nivel de riesgo y la focalización en la situación vertida por la evaluación (lo psicológico), y la evaluación del contexto social y familiar, y la detección de factores de riesgo y protectores (el trabajo social). Estas singularidades disciplinares se engarzan en la entrevista de admisión a través del equipo interdisciplinario.

En segundo lugar, tanto los objetivos, la elaboración de estrategias, y el cierre del abordaje, se construyen interdisciplinariamente. A su vez merece mencionarse, que según el análisis de las historias clínicas, se pudo observar que se comparte la entrevista en equipo en dos momentos al principio y al final del abordaje, en el “inter” de la intervención se observan las singularidades y la distribución de funciones. Existen estrategias disciplinares mayormente ligadas a la intervención propiamente dicha y otras al control o monitoreo. Las disciplinas que ponen sus instrumentos al servicio del control se vinculan mayormente con el trabajo social en cuanto a la verificación o visita domiciliaria, la psicología en cuanto al seguimiento y la medicina en cuanto al control médico.

En tercer lugar, es importante destacar que los equipos al trabajar en esta problemática y en pro de proteger los derechos de los niños/as, construyen acciones y estrategias profesionales en el marco de medidas de protección y sugieren medidas de excepción. Sin embargo estas medidas tienden a restituir derechos vulnerados y trabajar interinstitucionalmente con el fin de ampliar la protección.

En cuarto lugar los factores o situaciones fácticas en las cuales se realiza un priorización en la intervención son: el fortalecimiento de funciones parentales y potenciación de recursos personales, familiares y contextuales.

En quinto lugar, la evaluación en el proceso de intervención se puntualiza en: la resolución de conflicto en relación con la cesación de la situación del maltrato y el reconocimiento de esta forma de relacionarse. Y en segundo lugar, monitorea el cumplimiento de objetivos y el tratamiento, y la evolución positiva y los cambios observados. En la evaluación del cierre del abordaje, se analiza el bienestar del niño y la estabilidad familiar y por otro lado, la modalidad en que el equipo construye el cierre de la intervención.

En sexto lugar, el sujeto de la intervención ha ido cambiando en la medida que se ha ido distanciando del paradigma de riesgo y se ha ido constituyendo a partir de la perspectiva Interdisciplinaria y la protección integral del niño/a.

La respuesta a la pregunta: ¿Cuáles son los criterios profesionales identificados para la aplicación del alta o cierre de abordaje? Los criterios profesionales se basan en dos ejes: las estrategias de intervención y la evaluación de la intervención. Estas estrategias de intervención tienen carácter de medidas de protección de los derechos del niño/a, se construyen interdisciplinariamente. En cuanto a la evaluación de la intervención se prioriza la resolución del conflicto, el cumplimiento objetivos planteados, la evolución positiva del/a niño/a y las personas que ejerzan de adultos responsables. Se considera que estos criterios deben

responder a la dinámica de las familias atendidas y su particularidad, y también a la aprehensión del profesional de los momentos de la intervención. Esta tensión entre la atención a la diversidad y a lo uno, entre prefigura de las técnicas de intervención y función creativa del profesional al momento de la entrevista, configuran un desgaste si no existe un verdadero soporte institucional que pueda oficiar de alternativa a la acción desmesurada que implica la praxis cotidiana. Este planteamiento responde a la lógica interdisciplinaria propuesta por Stolkiner (1999) *“para que un equipo interdisciplinario pueda funcionar como tal, requiere la inclusión programada, dentro de las actividades, de los dispositivos necesarios. El tiempo dedicado a éstos -sean reuniones de discusión de casos, ateneos compartidos, reuniones de elaboración del modelo de historia clínica única, etc.- debe ser reconocido como parte del tiempo de trabajo”*.

Tercero: ¿qué atravesamientos reflexivos surgen del abordaje actual del Maltrato a la Niñez y adolescencia?

El presente trabajo invita a pensar la intervención desde nuevos atravesamientos. Desde algunos ejes de discusión y reflexión, observados a través de procesamiento de los datos y la discusión teórica, los cuales se presentan a continuación:

- El desfasaje entre las políticas sociales focalizadas y las políticas sociales integrales observado en la existencia de planes, programas y proyectos nacidos desde focalización que operan de apéndice en instituciones macrosociales y que discurren al encontrarse con políticas sociales integrales.
- el abordaje interdisciplinar y las puntuaciones disciplinares en el proceso de intervención: estos atravesamientos merecen preguntarse acerca de cuáles son las disciplinas que se posicionan desde el control y cuáles desde la intervención socio-sanitaria. También es importante, indagar acerca del liderazgo en el proceso de la intervención, ya que debería subrogarse a la modalidad familiar o no a la mera lucha de saberes.
- el anclaje en el paradigma del riesgo: que opera cómo constructor de prácticas que centran su mirada en el individuo señalando dificultades y potencialidades en la movilización de recursos propios y sociales para la obtención de metas de bienestar social aceptadas, coloca en los factores individuales la explicación del fenómeno de la pobreza (Gonzalez, 2011). *Es así como la distancia intercultural que supone la relación con el otro que se pretende conocer, no se establece a partir de un espacio igualitario en el que ambos sujetos tienen el control de la situación y*

establecen pretensiones de validez que el otro tiene posibilidad de aceptar o rebatir. En el caso del diagnóstico es el técnico quien conoce, evalúa y emite opinión experta, y deja al otro en situación de subordinación (Castel, 1986 citado en Gonzalez, 2011).

Y por último, capacitación y reflexión acerca de la construcción del sujeto de intervención: ya que éste/a niño/a se comunica a través de redes sociales, telefonía celular con equipos complejos; tiene nuevos anclajes legislativos (Ley 26061 de Protección Integral de niños/as y adolescentes, 26150 de Educación Sexual Integral, Ley 26206 de Educación Nacional, Ley 26618 de Matrimonio Igualitario, Ley 26743 de Identidad de género, entre otras); tiene cambios en el desarrollo diferentes a los estudiados en las academias a través de autores tradicionales. Las familias de estos niños/as son diversas, tiene motivaciones y expectativas diferentes a la de hace apenas 5 años. Las redes sociales y los celulares son parte de su cotidianeidad, y de la formación de vínculos. Existen parejas heterosexual que no manifiestan intenciones de tener hijos/as y parejas homosexuales que desean adoptar. Es tal la diversidad, que resulta necesario construir un sujeto de intervención que se constituya a partir de la realidad de la niñez y familia actual, y posicionarse desde esta perspectiva para poder intervenir.

Como se puede notar la respuesta a la pregunta: ¿qué atravesamientos reflexivos surgen del abordaje actual del Maltrato a la Niñez y adolescencia? trasciende lo específicamente porcentual y estadísticos para anclarnos en vectores que transforman la cotidianeidad del abordaje del maltrato a la niñez y adolescencia. Estos atravesamientos son: la discusión intestina de las políticas sociales, abordaje disciplinar vs abordaje interdisciplinar, el omnipresencia del paradigma de riesgo y la construcción del sujeto de intervención.

Cuarto: ¿que importancia tiene este trabajo para el campo de la Niñez, Adolescencia y Familia?

La licenciatura en niñez, adolescencia y familia es una joven carrera que no tiene más de 15 años desde su creación. En la actualidad se ha podido sancionar la ley provincial N° 8357 de “Ejercicio profesional del Lic/Tec en Niñez, Adolescencia y Familia” donde se especifican las incumbencias de la licenciatura y tecnicatura correspondientemente. Se podría decir que para este campo profesional, la presente tesina aporta a dos de sus incumbencias:

a) *El abordaje integral de demandas individuales, familiares y comunitarias en temáticas específicas de Niñez, adolescencia y familia.*

b) *El diagnóstico y elaboración estrategias de intervención a partir de la evaluación de factores protectores y de riesgo a nivel individual, familiar y comunitario.*

El presente trabajo profundiza en el abordaje socio-sanitario vinculado a la especificidad del ámbito del maltrato a la niñez y adolescencia. A su vez, este aporte hace foco en el cierre de abordaje interdisciplinario, espacio en el que el licenciado/a es apto para su desempeño debido a la formación académica. Además es necesario agregar, que tanto el diagnóstico de situación, las estrategias de intervención y la evaluación de la misma, representan espacios para ser explorados desde la especificidad de la niñez, adolescencia y familia.

Desde la investigación, el licenciado en niñez, adolescencia y familia, puede aportar a cada una de las instancias del proceso investigativo. En cuanto a la presente tesina se observa que la metodología cualitativa es un enfoque primordial para favorecer a espacios de aprehensión inductiva de conocimientos de las problemáticas sociales.

El licenciado en niñez, adolescencia y familia posee en su formación instrumentos teóricos y metodológicos, que lo habilitan para intermediar, interactuar, intervenir y viabilizar conceptos para ser transformados en políticas de gestión. El campo social merece una formación “inter” que permita descubrir procesos novedosos, integrar espacios celulares, engarzar el saber disciplinar con el saber popular, producir transformaciones institucionales y dialogar desde la intervención y la investigación.

La respuesta a la pregunta ¿que importancia tiene este trabajo para el campo de la Niñez, Adolescencia y Familia? es simple, ya que aporta conceptos, constructos y categorías para ser aprehendidos en el abordaje integral de demandas surgidas desde ámbito, y por otro lado, contribuye a la función del licenciado en la intervención del maltrato a la niñez y adolescencia.

Quinto: ¿Cuales han sido las limitaciones, y propuestas surgidos a partir de este trabajo?

En cuanto a las limitaciones, se podría observar que sería conveniente analizar una cantidad mayor de historias clínicas a los fines de fortalecer las conclusiones de este trabajo. Es importante aclarar, que esta tesina ha adquirido múltiples procesos de validación como han sido la triangulación de datos e instrumentos. Este aseguramiento procuró respetar lo expresado por los participantes en el proceso de análisis y brindar un conocimiento donde las concepciones a priori del tesinista pudieran ser mediadas a través de estos filtros.

En cuanto a las propuestas, se puede decir que el tema abre múltiples líneas de investigación que se encuadran en el abordaje, en lo interdisciplinario, en los paradigmas de la violencia, en la salud de los profesionales que trabajan con violencia, en la revisión de los paradigmas a través de procesos inductivos, entre otros. En lo que respecta a la intervención, el cierre de abordaje no es una problemática metodológica específica del fenómeno del MNA. Es por ello, que sería interesante ampliar la investigación a otras intervenciones, como: adicciones, problemáticas de género y vulneración de derechos del niño/a y/o adolescente, entre otras. Respecto de la evaluación de los programas de intervención, es de vital importancia definir indicadores de eficacia, eficiencia y otros indicadores específicos, para ser aplicados en el abordaje a fin de analizar la intervención en general y en particular.

A modo de reflexión, se podría decir, que *el cierre de la intervención* requiere de la responsabilidad de todos los actores sociales (equipos de salud, decisores políticos, investigadores, instituciones públicas y privadas, comunidad en general, entre otras). Esta responsabilidad implica un cambio de conducta y actitud. Es una invitación a cambiar los estereotipos rígidos e individuales, por posiciones dinámicas y problematizadoras de la realidad, donde la violencia es una de ellas.

De esta manera la violencia y sus múltiples máscaras, no será un problema que “deben resolver los otros” sino un problema del que debemos tomar conciencia todos/as. Así es como Reguillo plantea: *“La violencia se configura hoy como un cuadro barroco, de encrucijadas y ambigüedades: escaleras que bajan y suben, pozos, calles estrechas, plazas, túneles, demonios que coexisten con ángeles, puertas semiabiertas en las que se ocultan y asoman figuras indeterminadas. El barroco no es un arte frontal sino circular, ¿no es el barroco un arte de desplazamientos, que exige el movimiento del espectador para ser visto y, lo más importante para verse a sí mismo?” (Reguillo, 1996).*

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alston, P. (1997). El interés superior del niño. Hacia una síntesis de los derechos del niño y de los valores culturales. Buenos Aires.

Ander-Egg, E. (1995). *Diccionario del Trabajo Social*. Argentina: Lumen.

Ander-Egg, E., & Aguilar, M. J. (2000). *Cómo elaborar un proyecto: guía para diseñar proyectos sociales y culturales*. Buenos Aires: Lumen Humanitas.

Aracena, M., Balladares, E., Roman, F., & Weiss, C. (2002). Conceptualización de las pautas de crianza de buen trato y maltrato infantil en familias de estados socio económico bajo: Una mirada cualitativa. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*, 39-53.

Area Estadísticas y Epidemiología - PPMI. (2012). *Informe Estadístico 2011*. Programa de prevención al Maltrato a la Niñez, Adolescencia y Familia. Mendoza: Ministerio de Salud.

Ariés, P. (1960). *El L'enfant et la vie familiale sous l'Ancien régime*. Alemania: Plon.

Arruabarrena Madariaga, M. I. (2009). Procedimientos y criterios para la evaluación y la intervención con familias y menores en el ámbito de la protección infantil. *Papeles del Psicólogo*, 13-23.

Barnett, D., Manly, J. T., & Cicchetti, D. (1993). Defining child maltreatment: the interface between policy and research. En D. Cicchetti, & S. L. Toth, *Child abuse, child development and social policy* (págs. 7-73). New Jersey: Ablex Publishing Corporation.

Barreto Perinié, J. (2000). La historia clínica: documento científico del médico. *Ateneo*, 51-55.

Bayón, C., & Saravi, G. (2002). *Vulnerabilidad Social de la Argentina de los años noventa: impactos de la crisis en el Gran Buenos Aires*. (R. y. Katzman, Ed.) Buenos Aires.

Becker, H. S. (1958). Problems of inference and proof in participant observation. *American Sociological Review*, , 652-660.

Bleger, J. (1967). *Simbiosis y ambigüedad: estudio psicoanalítico*. Buenos Aires: Paidós.

- Bourdieu, P. (2000). *La dominación masculina*. Barcelona: Anagrama.
- Bringiotti, M. I. (1999). *Maltrato Infantil: Factores de riesgo para el maltrato físico en la población infantil que concurre a las escuelas dependientes del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires*. Buenos Aires: Miño y Dávila editores.
- Bringiotti, M. I. (2006). La Investigación y la transferencia: cuestiones de las prácticas. *Mesa Redonda: La investigación y la transferencia en cuestiones de infancia* (págs. 1-3). Buenos Aires: Inédito.
- Cabello Garza, M. L. (2012). *Análisis detallado de los datos cualitativos*. Mexico DF: Inédito.
- Calabró, F. (2012). Aproximación a las competencias profesionales del Licenciado en Niñez, Adolescencia y Familia. En H. Fadín, A. Paredes, & E. Escalante, *Fundamentos teóricos y prácticos de la intervención en la familia, la niñez y la adolescencia* (págs. 19-59). Mendoza: Universidad del Aconcagua.
- Carballeda, A. J. (2000). La interdisciplina como diálogo. *Margen*.
- Carballeda, A. J. (2006). *El trabajo social desde una mirada histórica centra en la intervención*. Buenos Aires: Espacio.
- Carballeda, A. J. (2007). *Escuchar las prácticas: la supervisión como proceso de análisis del intervención en lo social*. Buenos Aires: Espacio.
- Casas, F. (2006). Infancia y Representaciones Sociales. *Política y Sociedad*, 27-42.
- Catalá, J., & Yacante, H. (01 de Octubre de 2012). Datos duros y ocultos: en Mendoza se atienden por día hasta 5 chicos víctimas de abuso sexual. *Mdz On line*.
- Chahla, E. J. (2005). *Evaluación del niño maltratado*. Mendoza: Documentos teóricos presentados para la cátedra de Maltrato Infantil. Universidad del Aconcagua.
- Chahla, J. E., Maggi, G., & Bertolotti, V. (2005). Documentos de Catedra: Maltrato Infantil (optativo). Mendoza, Mendoza, Argentina: UDA.
- Correa, C., & Lewkowiks, I. (1999). *¿Se acabo la infancia? Ensayo sobre la destitución de la Niñez*. Argentina: Lumen.
- Delgado, M. (2012). *Abuso sexual en la infancia: aportes diagnósticos a partir del análisis del test de la persona bajo la lluvia y del juego de las interrelaciones familiares*. Mendoza: Inédito.
- Denzin, N., & Lincoln, Y. (2005). *Handbook of qualitative research*. Thousand Oaks: Sage Publications.

- Di Paolo, R. O. (2011). *Planificación de proyectos sociales*. Mendoza: Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, UNC.
- Donzelot, J. (1979). *The policies of families*. Nueva York: Pantheon Book.
- Editorial. (11 de Octubre de 2012). Un caso para estar siempre alerta. *El Sol Diario*, pág. 11.
- Epele, M. (2010). *Sujetar por la herida*. Buenos Aires: Paidós.
- Fernandez, E. D. (2002). *De los malos tratos en la niñez y otras crueldades: Cuando ellos deben dejar su familia (para sobrevivir)*. Buenos Aires: Lumen Humanitas.
- Fiorini, H. J. (2002). *Teoría y técnicas de psicoterapias*. Nueva Visión: Buenos Aires.
- Fiorini, H. J. (2006). *Estructuras y abordajes en psicoterapias psicoanalíticas*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Foucault, M. (1979). *La arqueología del saber*. México: Siglo Veintiuno.
- Galtung, J. (1975). *Strukturelle Gewalt. Beitrage zur Friedens-und Konfliktforschung*. Hamburgo: Rororo.
- Galtung, J. (2004). *Violencia, guerra y su impacto: sobre los efectos visibles e invisibles de la violencia*. Obtenido de Polylog: Foro para la filosofía intercultural.: <http://them.polylog.org/5/fgj-es.htm#s4.2>
- García Alba, J., & Milán, J. (1993). *Hacia un nuevo enfoque del trabajo social*. Madrid: Narcea.
- García Mendez, E. (1991). *Brasil: de infancias y violencias*. Brasilia: Mimeo.
- García Méndez, E. (1992). *Legislaciones Infanto Juveniles en América Latina: Modelos y Tendencias*. Argentina: Ad hoc.
- García Mendez, E. (1994). *Derecho de la infancia/adolescencia en América Latina: de la situación irregular a la protección integral*. Bogotá: Gente Nueva- Unicef.
- Giberti, E. (1994). Lo' familia y los modelos empíricos. En C. (. Wainerman, *Vivir en familia*. Buenos Aires: Unicer/Losada.
- Gimenez, S. (2008). Catedra: Maltrato Infantil (Optativo). Mendoza, Mendoza, Argentina: Programa Provincial de Prevención y Atención del Maltrato Infantil.
- Gimenez, S., & Caballero, S. (2008). *Una modalidad de intervención focalizada en maltrato infantil: psicoterapia psicoanalítica focalizada*. Mendoza: Trabajo presentado para postgrado de psicoterapia psicoanalítica focalizada. Inédito.

Goetz, J. P., & Le Compte, M. D. (1988). *Etnografía y Diseño cualitativo en investigación educativa*. Madrid: Morata.

Gonzalez, C. (2011). El debate del Riesgo. *Serv. Soc. Soc. São Pablo*, 110-130.

González, C., Sandra, L., & Costábile, L. (2008). Responsabilidad y Riesgo: las practicas diagnósticas en el sistema de protección social uruguayo. En *Infancia, adolescencia y Políticas Sociales*. (págs. 5-39). Uruguay: Fondos concursables "Carlos Filgueira".

Gracia, E. (2002). El maltrato infantil en el contexto de la conducta parental: Percepciones de padres e hijos. *Psicothema*, 274-279.

Grossman, C., & Mesterman, S. (1990). *Maltrato al menor: El lado oculto de la escena familiar*. Buenos Aires: Editorial Universidad.

Guillebaud, J. C. (1995). *La traición a la Ilustración, Investigación sobre el malestar contemporáneo*. Manantial.

Guzman Leighton, V., Luconi, L., & Lucero, N. (2011). Abordaje comunitario de la violencia intrafamiliar. La experiencia interdisciplinario del GAR de Vallede Uco, provincia de Mendoza. En G. A. Cotino, *¡Alto ahí! El juego de los niños, las preguntas de los grandes*. (págs. 43-53). Mendoza: Culturales de Mendoza.

Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2006). *Metodología de la investigación*. México : Mc Graw Hill.

Huertas, R. (2001). Las historias clínicas como fuente de historia de la psiquiatría: posibles acercamientos metodológicos. *Frenia*, 7-33.

Intebi, I., & Ochotorena, J. d. (1998). *Abuso Sexual Infantil: en las mejores familias*. Buenos Aires: Granica SA.

Jelin, E. (1984). Familia y unidad doméstica: mundo público y vida privada. *Estudios Cedes*, 5-44.

Jelin, E. (1998). *Pan y Afectos: Las transformaciones de las familias*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.

Jelin, E. (2007). Víctimas, familiares, ciudadanos/as: las luchas por la legitimidad de la palabra. *Cuadernos pagu*, 37-36.

Karsz, S. (2007). *Problematizar el trabajo social: Definición, figuras, clínica*. Barcelona: Gedisa.

Kempe, H. (1962). *The battered child Syndrome*. Chicago N.A: Jama N/181.

Kempe, R., & Kempe, H. (1985). *Niños Maltratados*. Madrid: Morata S.A.

- Kisnerman, N. (1968). *Servicio Social de Grupo*. Buenos Aires: Humanitas.
- Ley Nacional Nº 23.849 Convención Internacional de los Derechos del Niño.
- Ley Nº 26.061 De Protección Integral De Los Derechos De Las Niñas, Niños Y Adolescentes (2005).
- Ley Provincial de Niñez y Adolescencia de la Provincia de Mendoza 6354.
- Decreto reglamentario Nº 1754. (1995) (legislado). (1995).
- Ley provincial Nº 6551 "Creación del Programa de Prevención y Atención integral del maltrato a la niñez y adolescencia" (1994).
- Lucero, N. (2011). *Informe anual del área de estadísticas. Programa provincial de atención y prevención a la niñez, adolescencia y familia. Ley provincial 6551. Ministerio de Salud. . Mendoza. .*
- Lucero, N. (25 de Octubre de 2012). Puntos análisis observados en datos estadísticos del año 2011, en Programa de Prevención del Maltrato Infantil. (J. M. Vitaliti, Entrevistador)
- Lucero, N., Guillot, S., Guevara, N., & Martín, A. (2012). *Informe estadístico 2011. Programa provincial de prevención y atención al maltrato infanto juvenil (Ley 6551)*. Mendoza: Documentos internos. Publicados en páginas oficiales.
- Luján López, M. (21 de Enero de 2012). *Asociación de Abogados de Buenos Aires*. Obtenido de Historia Clínica como prueba del consentimiento Informado y la responsabilidad médica.: http://www.aaba.org.ar/bi20op62.htm#_ftn40
- Martínez Miguelez, M. (2006). La investigación cualitativa (Síntesis Conceptual). *Revista de Investigación en Psicología*, 123-146.
- Mollo, S. (2010). *Marco Legal e Histórico del Programa Provincial de Prevención y Atención Integral del Maltrato a la Niñez, Adolescencia y Familia. Implicancias de la Ley Nº 26.061 de Protección Integral de Niñas, Niños y Adolescentes*. Mendoza: Programa Provincial de Prevención del Maltrato a la Niñez, Adolescencia y Familia (inédito).
- Mollo, S. A. (2007). *Detección precoz de maltrato infanto juvenil en niños menores de 5 años*. Mendoza: Inédita.
- Mollo, S. A., Martín, P., & Stagni, M. (2009). *Diferentes Problemáticas que se abordan desde el Programa y su codificación actual redefinida en el marco de la Ley 26061*. Mendoza.

Morelato, G. (2009). *Evaluación de la resiliencia en niños víctimas de maltrato infantil*. San Luis: Tesis doctoral UNSL.

Morelato, G. (2011). *Factores sociocognitivos asociados a la resiliencia en niños en riesgo por maltrato infantil*. Buenos Aires: Secretaría de Políticas Universitarias. Ministerio de Ciencia y Técnica de la Nación.

Morelato, G. S. (2011). Maltrato infantil y desarrollo: hacia una revisión de los factores de resiliencia. *Pensamiento Psicológico*, 83-96.

Morelato, G., Giménez, S., & Colombo, R. (2001). Análisis de la función materna en una muestra clínica de niños víctimas de Abuso Sexual. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 207-216.

Morelato, G., Giménez, S., & Colombo, R. (2011). Análisis de la función materna en una muestra clínica de niños víctimas de Abuso Sexual. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 207-216.

Morelato, G., Giménez, S., Casari, L., Guillot, S., & Vitaliti, J. M. (2011). *Criterios de alta clínica en la atención de casos de maltrato infantil en el ámbito público: un enfoque exploratorio*. Mendoza: CIUDA (inédito).

Moreno Manso, J. M. (2006). Revisión de los principales modelos teóricos explicativos del maltrato infantil. *Enseñanza e investigación en psicología.*, 11(2), 271-292.

Morse, J. (2006). "Emerger de los datos": los procesos cognitivos del análisis en la investigación cualitativa. En J. Morse, *Asuntos Críticos de la investigación cualitativa* (págs. 30-52). Medellín: Universidad de Antioquía.

Muela Aparicio, A. (2008). Hacia un sistema de clasificación nosológico de maltrato infantil. *Anales de Psicología*, 77-87.

Olivares López, J. L. (2005). Etiología y diagnóstico del fallo de medro. *Anuales de Pediatría*, 316-319.

Onofre Rodríguez, J. D. (2009). *Análisis de datos cualitativos: Conceptos, tipos y etapas*. Mexico DF: Inédito.

Perez Chaca, M. V. (2001). *Aspectos Sociales en Maltrato Infanto-Juvenil*. Mendoza: Inédito. Curso de Capacitación. Programa provincial de atención al Maltrato infanto juvenil.

Pérez Chaca, M. V. (2011). Prevención del Maltrato Infanto-juvenil desde la promoción de la salud aportes a partir de una experiencia local. *Biblid*, 99-109.

Perez Chaca, M. V., Mollo, S. A., & Giunchi, V. A. (2008). Familia(s) y maltrato infanto-juvenil: una mirada desde el campo social. *Escenarios 13*, 90-99.

Perrone, R., & Nannini, M. (1997). *Violencia y abusos sexuales en la familia. Un abordaje sistémico y comunicacional*. Buenos Aires: Paidós.

Pinel, J.-P. (1998). La desligación patológica de los vínculos institucionales en las instituciones de tratamiento y reeducación. Enfoque económico y principios de intervención. En R. Kaës, *Sufrimiento y psicopatología de los vínculos institucionales* (págs. 59-87). Buenos Aires: Paidós.

Programa provincial de prevención y atención del Maltrato infantil. (1999). *Historia del Programa... una experiencia en acción*. Mendoza: Inédito.

Ramos Domingue, B. N. (2006). Enfoque conceptual y de procedimiento para el diagnóstico o análisis de la situación de salud. *Rev Cubana Salud Pública*.

Reguera, A. (2008). 6. Metodología: formas de abordaje del estudio según el tipo de metodología. En A. Reguera, *Metodología de la investigación lingüística* (págs. 75-84). Córdoba: Brujas.

Reguillo, R. (1996). Ensayo(s) sobre la(s) violencia(s): breve agenda para la discusión. *Signos y Pensamientos*, 23-30.

Robles, C., & Di Leso, L. (2012). El concepto de familia y la formación académica en trabajo social. *Debate público. Reflexión de trabajo Social*, 43-53.

Stolkiner, A. (1987). De interdisciplinas e indisciplinas. En N. Elichiry, *El niño y la escuela. Reflexiones sobre lo obvio* (págs. 313-315). Buenos Aires: Nueva Visión.

Stolkiner, A. (1999). La interdisciplina: entre la epistemología y las prácticas. *Campo psi digital*, 1-2.

Tanús, G. (2003). La protección de los datos personales de salud y la Ley 25.326. *Derecho y nuevas tecnologías*.

Taylor, S. J., & Bogdan, R. (1994). *Introducción a los métodos cualitativos de Investigación. La búsqueda de significados*. Buenos Aires: Paidós.

Therborn, G. (2007). Familias en el mundo. Historia y futuro en el umbral del siglo XXI. En I. Arriagada, *Familias y políticas públicas en América Latina: Una historia de desencuentros*. (págs. 31-59). Santiago de Chile: Publicación de las Naciones Unidas.

Valgañón, M. (Septiembre de 2001). El niño y su familia. Mendoza, Mendoza, Argentina: Catedra de psicología del Desarrollo I. Fac. de Psicología de la Universidad del Aconcagua.

Vallejo, R., & Finol de Franco, M. (2010). La triangulación como procedimiento de análisis para investigaciones educativas. *REDHECS*, 117-133.

Vasilachis de Gialdino, I. (1992). *Métodos cualitativos I: los problemas teóricos-epistemológicos*. Buenos Aires: Centro Editor de América Latina.

Vasilachis de Gialdino, I. (2006). *Estrategias de Investigación Cualitativa*. Barcelona: Gedisa.

Vasilachis de Gialdino, I. (2011). De la ocupación al diálogo. Nuevas formas de conocer, de representar, de incluir. *Discurso & Sociedad*, 132-159.

Velázquez, S. (2012). *Violencias y familias. Implicancias del trabajo profesional: el cuidado de quienes cuidan*. Buenos Aires: Paidós.

Vite Sierra, A., & López Rodríguez, F. (2010). La asincronía materna autoritaria y permisiva en el maltrato infantil. *Revista mexicana de análisis de la Conducta.*, 23-34.

ANEXOS

ANEXOS

1. Guía para la clasificación del Maltrato Infantil: presencia de indicadores y grado de severidad³⁹ GABRIELA MORELATO (2009)⁴⁰

1.1. MALTRATO FISICO

1.1.1. Indicadores para la detección de Maltrato Físico

1. *Moretones: que aparecen el rostro, los labios o la boca, en zonas externas al torso, la espalda, las nalgas o los muslos; suelen estar en diferentes fases de cicatrización o tienen formas no normales (están agrupados o con marcas del objeto que produjo la agresión).*

2. *Quemaduras: con formas definidas de objetos concretos o de cigarrillos o puros, que cubren las manos o los pies o que expresión de haber sido realizadas por inmersión en agua caliente.*

3. *Fracturas de nariz o mandíbula o en espiral de los huesos largos por ejemplo. Suelen aparecer en niños pequeños en diferentes fases de cicatrización.*

4. *Torceduras o dislocaciones.*

5. *Heridas o raspaduras en la boca, labios, encías y ojos o en la parte posterior del torso.*

6. *Señales de mordeduras humanas, claramente realizadas por un adulto y reiteradas.*

7. *Cortes o pinchazos.*

8. *Lesiones internas, fracturas de cráneo, daños cerebrales, hematomas subdurales, asfixia y ahogamiento.*

1.1.2. Indicadores de conocimiento de maltrato físico:

A. En al menos una ocasión ha sido percibida la presencia de, como mínimo, uno de los indicadores. Las lesiones físicas no son normales o en el rango de lo previsible en un niño de su edad y características.

³⁹ Documento de clasificación elaborado para el trabajo de tesis doctoral (Morelato, 2009) en base a los trabajos de Barnett , Manly & Cicchetti, D. (1993), la revisión de Cicchetti, Rogosch, Manly & Lynch, M. (2005) y los trabajos de Arruabarrena y De Paúl (2001).

⁴⁰ Citación: Morelato, G. (2009). Evaluación de la resiliencia en niños víctimas de maltrato familiar. Tesis doctoral. Universidad Nacional de San Luis. San Luis. Argentina.

B. No se ha percibido claramente ninguno de los indicadores pero hay un conocimiento certero de que el niño ha padecido alguno de los tipos de lesiones físicas indicadas como resultado de la actuación de sus padres o tutores.

C. No existen lesiones físicas, pero hay conocimiento certero de que los padres o tutores utilizan un castigo corporal excesivo o palizas hacia el menor.

1.1.3. Grados de severidad

Severidad - Grado 1

- El cuidador infligió marcas menores en el cuerpo del niño durante una paliza. También cuando no se observan marcas en cuello, cabeza u otra parte del cuerpo.

Severidad - Grado 2

- El cuidador infligió numerosas o marcas no menores en el cuerpo del niño por algún incidente. Puede haber utilizado un objeto como hebilla de cinturón, cepillo, cable etc.)

Severidad - Grado 3

- El cuidador infligió marcas en la cara, cabeza o cuello del niño (ej. Ojo negro). La rudeza de la mano del cuidador dio como resultado moretones o laceraciones menores o quemaduras menores en su cuerpo (Ej. Cigarrillo).

Severidad - Grado 4

- El cuidador golpeó al niño con un objeto dando como resultado injurias serias (laceraciones no menores, quemaduras de segundo grado, fracturas, contusiones) o tiró al chico contra la pared. El niño puede ser llevado al hospital pero no requiere hospitalización por más de 24 horas.

Severidad - Grado 5

- El cuidador infligió injurias que requieren hospitalización (múltiples quemaduras, lesiones internas, daño físico permanente, desfiguración o incluso lesiones fatales).

1.2. MALTRATO EMOCIONAL

1.2.1. Indicadores para la detección de Maltrato Emocional

1. *Rechazo*: actos verbales y no verbales de los padres que rechazan o degradan al niño. Incluye:

- Despreciar, degradar y otras formas no físicas de tratamiento hostil o rechazante
 - Avergonzar o ridiculizar al niño por mostrar emociones normales tales como afecto, dolor o tristeza.
 - Escoger siempre a un niño para avergonzarle o castigarle, para hacer la mayoría de las tareas domésticas o para recibir menos premios.
 - Humillarlo públicamente.
2. *Aterrorizar*: Se refiere a situaciones donde se amenaza al niño, con un castigo extremo o uno vago pero siniestro, con abandonarle o matarle, con el propósito de crear en él un miedo intenso. O colocar al niño o a personas u objetos que él quiere, en situaciones evidentemente peligrosas. Incluye:
- Colocar al niño en circunstancias impredecibles o caóticas.
 - Colocar al niño en situaciones claramente peligrosas.
 - Establecer hacia él unas expectativas no realistas con la amenaza de pérdida o de daño si esas expectativas no se realizan.
 - Amenazar con cometer violencia contra el niño.
 - Amenazar o cometer violencia contra personas/objetos queridos por el niño.
3. *Aislamiento*: Se refiere a negar permanentemente al niño las oportunidades para satisfacer sus necesidades de interactuar y comunicarse con otros niños o adultos, dentro o fuera del hogar. Incluye.
- Poner limitaciones no razonables sobre su libertad de movimiento en el entorno.
 - Poner limitaciones no razonables al niño con respecto a las interacciones sociales con otros niños o con adultos en la comunidad.
4. *Violencia doméstica extrema y/o crónica*.: Se relaciona con permanentes situaciones de violencia física y/o verbal intensa entre los padres en presencia del niño (el niño es testigo de violencia). En este apartado estarían incluidas situaciones de crisis por intoxicación de uno de los cuidadores (alcoholismo, drogas, problemas psiquiátricos).
5. *Abandono emocional*:
- *Ignorar*: Actos de los padres que ignoran los intentos y necesidades del niño de interactuar (ausencia de expresión de afecto, cuidado y amor hacia el niño) y no reflejan ninguna emoción en las interacciones con él.

- *Rechazo de atención psicológica:* Rechazo de los padres a iniciar un tratamiento de algún problema emocional o conductual de los hijos, existiendo un acceso a un recurso de tratamiento que ha sido señalado necesario por los profesionales competentes.

- *Retraso en la atención psicológica:* Los padres no proporcionan o buscan ayuda psicológica para resolver un problema emocional o conductual del niño en una circunstancia extrema (ej.: depresión severa, intento de suicidio, etc.)

1.2.2. Grados de Severidad:

Severidad - Grado 1

El cuidador:

- Regularmente espera o requiere que el niño asuma niveles de responsabilidad inapropiados para su edad.
- Socava la relación del niño con otras personas significativas para él.
- A menudo ridiculiza al niño (lo llama perdedor, estúpido, etc.).
- No reconoce los intentos del niño de buscar su atención.
- Usa miedo o intimidación como método de disciplina.
- Cuidadores que son inestables en la puesta de límites (ítem validado por criterio de jueces expertos).

Ejemplos: El cuidador espera que su hija de 10 años asuma la responsabilidad de cuidar a un bebé, habla por teléfono y deja llorar a su hijo por largos períodos, no muestra interés por los logros de mismo, hace comentarios despectivos acerca del otro padre.

Severidad - Grado 2

El cuidador:

- No le permite al niño socializar apropiadamente de acuerdo a su edad (ej. No le permite jugar con sus amigos).
- Se produce la inversión de roles (se espera del niño que cuide a su padre/ madre o tutor).
- Frustra sistemáticamente la sensación del niño de madurez y responsabilidad (lo infantiliza).
- Rechaza, no atiende o ignora las necesidades de afecto y consideración positiva del niño.
- Expone al niño en los conflictos de pareja.

- El padre se ha ido dejando a los niños a cargo de la madre o un familiar y no ha vuelto en varios meses o no vuelve más.
- Ha presenciado una pelea entre sus padres en la cual ha habido golpes y marcas en uno de los progenitores producto de la misma.

Ejemplos: No deja salir al niño fuera de la casa porque el cuidador no quiere quedarse solo, frecuentemente grita, insulta y se descarga frente al niño, lo anima a que siga usando pañales a pesar de que su desarrollo físico y psicológico le permite usar el sanitario adecuadamente.

Severidad - Grado 3

El cuidador:

- Culpa al niño por los problemas familiares o de pareja (le dice al niño que es la razón de su divorcio).
- Frustra o hace sentir mal al niño por tener expectativas inadecuadas para él
- Llama al niño con nombres insultantes (inútil, prostituta)
- Expone al niño a extrema, inapropiada y/o impredecibles conductas (violencia hacia otros miembros de la familia, ideación psicótica o paranoide que terminan aterrizando al niño).
- Demuestra hostilidad o negatividad hacia el niño.
- Los cuidadores presentan ocasionalmente crisis nerviosas frente a sus hijos (ítem validado por criterio de jueces expertos).
- Los niños tienen conocimiento de que el cuidador o una persona con la que conviven ha cometido un acto violento (como un abuso a un hermano) pero no saben exactamente de qué se trata (ítem validado por criterio de jueces expertos).

Ejemplos: Les grita a los niños constantemente cosas como que nunca pueden hacer nada bien, los rechaza, ha amenazado con tirar al niño por la ventana.

Severidad - Grado 4

El cuidador:

- Amenaza con suicidarse o abandonar a los niños.
- Lo culpa por el suicidio de o muerte de un miembro de la familia.
- Lo aísla o encierra en una habitación entre cinco y ocho horas.

- Usa métodos restrictivos para limitar al niño (encerrarlo o atarlo a una silla). El movimiento del niño está extremadamente restringido, o la temperatura del lugar, la ventilación y /o la luminosidad.
- Han existido situaciones en las cuales el cuidador o familiar en contacto con el niño ha presentado crisis que afectan la interacción familiar (por enfermedad psiquiátrica, alcoholismo o enfermedad orgánica) de extrema gravedad (ítem validado por criterio de jueces expertos).
- El niño es ignorado, insultado o rechazado en forma constante y de modo muy violento (ítem validado por criterio de jueces expertos).
- Niño es tratado como “botín de guerra” frente a un conflicto entre sus padres (ítem validado por criterio de jueces expertos).
- Ha existido una tragedia familiar (un progenitor mató algún hermano) y aunque los niños no hayan estado presentes conocen vagamente algo de la situación (ítem validado por criterio de jueces expertos).
- La madre se ha ido dejando a los niños a cargo de una abuela o un familiar y no ha vuelto en varios meses. Esta conducta es reiterada (ítem validado por criterio de jueces expertos).

Ejemplos:

El niño presenció una pelea entre sus padres luego de la cual tuvo que ser hospitalizada debido a la pelea entre ellos.

El padre o madre encerró al niño en una habitación por 10 horas como penitencia.

Le dice al niño que va a ser enviado a un hogar o adoptado debido a su mal comportamiento.

Severidad - Grado 5

El cuidador:

- Ha realizado un intento de suicidio delante de los niños
- Ha abandonado al niño por 24 horas o más sin ninguna indicación acerca de cuándo retornarán o dónde lo/s puede localizar (estas fallas también deberían puntuarse en la negligencia).
- Usa métodos extremadamente restrictivos para limitar al niño o los lugares cercanos él por dos o más horas
- Lo encierra en un espacio muy pequeño (como un ropero) por largos períodos.
- Ha permitido que se den situaciones de abuso en el entorno familiar

(ítem validado por criterio de jueces expertos).

- No lo quiere e ignora absolutamente las necesidades afectivas del niño (ítem validado por criterio de jueces expertos).
- El niño sabe que el padre o cuidador ha abusado de uno de sus hermanos (ítem validado por criterio de jueces expertos).
- El niño ha observado una situación de abuso a un hermano (ítem validado por criterio de jueces expertos).

Ejemplos:

El padre/ madre tomó píldoras frente al niño y le dijo que la vida con ellos es intolerable, trata de atropellarlo con un auto en un esfuerzo por aterrorizarlo aunque no lo lastima, los deja con su abuela por 2 semanas sin indicación sobre cuándo podría volver.

1.3. NEGLIGENCIA Y ABANDONO

1.3.1. Indicadores para la detección de Negligencia y Abandono

1. *Alimentación*: no se le proporciona la alimentación adecuada. Está hambriento.
2. *Vestido*: Vestuario inadecuado al tiempo atmosférico. El niño no va bien protegido del frío.
3. *Higiene corporal*: escasa. Constantemente sucio.
4. *Cuidados Médicos*: Problemas físicos o necesidades médicas no atendidas o ausencia de cuidados médicos rutinarios
5. *Supervisión*: Un niño que pasa grandes períodos de tiempo sin la supervisión y vigilancia de un adulto. Se producen repetidos accidentes domésticos debido a esta negligencia parental.
6. *Condiciones higiénicas y de seguridad del hogar peligrosas* para la salud y seguridad del menor
7. *Área educativa*: inasistencia injustificada y repetida a la escuela.
8. *Ausencia de estimulación* suficiente para la edad, demanda y necesidades del niño.

1.3.2. Grado de severidad

Severidad - Grado 1

El cuidador:

- No asegura el alimento para comidas regulares.
- No provee de vestimenta adecuada y limpia que permita libertad de movimientos.
- El cuidador no limpia la casa (no saca la basura, los platos están sucios con comida de días, las superficies del piso están muy sucios).
- No lleva al niño a las citas médicas u odontológicas de control periódico.
- No atiende a los moderados problemas de los niños que algún profesional o docente ha comentado que pueden afectar su desarrollo.
- No intenta mantener al niño limpio: lo baña en pocas ocasiones. El niño cepilla sus dientes poco o nada, lo cual se observa en sus dientes en forma evidente.

Falta de supervisión:

- El cuidador falla en supervisar al niño o en organizar una adecuada supervisión por cortos períodos de tiempo (unas tres horas aproximadamente) con la existencia de algunos peligros no inmediatos.

Ejemplos:

Se queda solo en casa durante el día por unas pocas horas con ocho años, los preescolares juegan fuera sin supervisión o están al cuidado de algún otro niño de ocho años (en este caso los preescolares son codificados con un grado de severidad de 1 si en el entorno hay poco peligro; el niño de ocho años debe ser codificado por negligencia y por maltrato emocional).

Severidad - Grado 2

El cuidador:

- No asegura que haya comida disponible. No hay comida en la casa a menudo y se saltean dos o más comidas, dos o tres veces por semana. No alimenta al niño por 24 horas.
- No lo viste con la ropa adecuada para la estación.
- Sabe que la casa está infectada por cucarachas u otros insectos y no intenta hacer nada para solucionarlo.

- No asegura una adecuada organización del descanso de los niños (no hay camas o colchones, o se encuentran sumamente sucios, cubiertos de orina u otras sustancias que promueven el crecimiento de moho).

- Busca atención médica pero no sigue adecuadamente sus indicaciones para una enfermedad o infección menor.

- No cambia frecuentemente el pañal de niño o lo deja sucio por muchas horas.

Falta de supervisión:

- El cuidador falla en supervisar al niño o en organizar una adecuada supervisión por muchas horas (entre 3 y 8) sin riesgos inmediatos en el entorno.

- No supervisa adecuadamente al niño por cortos períodos de tiempo cuando los niños están en un área de juego poco seguro.

- Los niños no reciben adecuada supervisión a pesar de tener historia de problemas de conducta (hiperactividad, conducta impulsiva).

Ejemplos:

El niño ha ido a la escuela por varios días consecutivos con la misma ropa liviana, sin guantes o gorro, cuando la temperatura es muy baja.

El niño ha tenido una infección de oídos pero los padres no le administran los antibióticos.

Severidad - Grado 3

El cuidador:

- No provee regularmente de la alimentación básica, salteándose comidas por varios períodos y perpetuando esta pauta. Por lo menos dos comidas consecutivas o más no son accesibles para el niño.

- No prevé la protección adecuada para la familia. Por ejemplo no busca recursos de asistencia pública dando como resultado la pérdida de la vivienda o financiera por siete o más días.

- No buscó o no siguió con el tratamiento médico para problemas moderadamente severos (como medidas preventivas para una enfermedad crónica) o le administró medicación o tratamiento sin previa consulta médica.

- El cuidador no siguió el programa de tratamiento para un problema de conducta de su hijo, lo cual interfiere en el desarrollo del niño en el rendimiento escolar y en las relaciones con sus pares.

- Mantiene una situación de vida insalubre, donde hay comida y basura frecuentemente presentes con el peligro de infecciones.

- La madre arriesga la salud de su bebé aún no nacido usando drogas o alcohol durante el embarazo.

Falta de supervisión:

- El cuidador falla en supervisar al niño o en organizar una adecuada supervisión por largos períodos de tiempo (entre 8 y 10 horas).

- Permite jugar al niño en un área insegura por mucho tiempo (entre 8 y 10 horas).

Ejemplos:

El niño está solo en la noche por 8 horas.

Un niño de 6 años está encerrado solo en la casa y el cuidador no retorna hasta el atardecer.

El niño se queda a cargo de alguien que es alcohólico o muy poco confiable.

Severidad - Grado 4

El cuidador:

- No ha tomado las medidas adecuadas para la protección de su familia, como vivir en un auto en pleno invierno. La familia se encuentra en estas condiciones porque no se buscaron alternativas. Esto continúa por largos períodos.

- Mantiene la vivienda y el entorno en condiciones extremadamente insalubres (heces y orina están presentes en la casa o alrededores).

- No ha buscado o cumplido con tratamiento médico para enfermedades accidentales muy graves con riesgo de vida.

- El niño no presenta el peso o crecimiento esperados debido a fallas en la nutrición. Esta falla en el crecimiento no se debe a otros factores orgánicos.

Falta de supervisión:

- El cuidador falla en supervisar al niño o en organizar una adecuada supervisión por períodos de tiempo muy extensos (durante la noche o entre 10 y 12 horas).

- Permite jugar al niño en un área muy peligrosa (existe probabilidad de que el niño sea atropellado por un auto, se caiga por una ventana, se quemé o se ahogue).

- Un niño con historia de actos destructivos o peligrosos es dejado sin supervisión.

Ejemplos:

Cuando aún tiene edad escolar es dejado solo en la noche.

Se le ha permitido jugar en una calle o en el techo de un edificio peligroso.

El niño tiene permitido estar al cuidado de alguien que tiene historia de violencia (física, emocional o sexual) hacia los niños o que tiene prohibición de acercamiento con el niño.

Severidad - Grado 5

El cuidador:

- No ha proveído nutrición o cuidado al niño, por lo cual han sobrevenido las consecuencias físicas manifiestas como bajo peso en el lactante, desnutrición severa, enfermedades crónicas.
- Ha abusado del alcohol o drogas durante el embarazo lo cual ha traído problemas como el Síndrome de Alcoholismo fetal o una adicción congénita a las drogas.
- Ha proveído de tal grosera inatención a las necesidades médicas del niño que éste ha muerto o permanece con una discapacidad severa (por ejemplo por deshidratación o inanición).
- No busca ayuda para los problemas emocionales del niño que pueden amenazar con su vida (intentos de suicidio).

Falta de supervisión:

- El cuidador falla en supervisar al niño por más de 12 horas.
- Pone al niño en un lugar en el cual su situación de vida es amenazante o no realiza los pasos necesarios para prevenir que el niño permanezca en una circunstancia amenazante.

Ejemplos:

Un niño preescolar es dejado solo por 24 horas.

El niño es dejado fuera de la casa sin alternativas de permanecer en otro lugar.

1.3.3. Bibliografía:

Arruabarrena, M y De Paul, J. (2001). Malos tratos a los niños en la familia. Evaluación y Tratamiento. Madrid: Pirámide.

Barnet, D., Manly, J. y Cicchetti, D. (1993). Defining maltreatment : The interface between Policy and Research. En: D. Cicchetti and S. Toth (Eds.). Advances in applied developmental psychology (Vol. 8) New Jersey: Ablex Publishing Corporation

Cicchetti, F. Rogosch, J.T. Manly & Lynch, M. (2005). Longitudinal Pathways to Resilience in Maltreated Children. User guide and codebook. [Dataset]. National Data

Archive on Child Abuse and Neglect. Family Life Development Center, Cornell University, Ithaca, New York. Available from: <http://www.ndacan.cornell.edu>

Morelato, G. (2009). Evaluación de la resiliencia en niños víctimas de maltrato familiar. Manuscrito de Tesis doctoral. Universidad Nacional de San Luis. San Luis, Argentina.

Morelato, G. (2011). Factores sociocognitivos vinculados a la resiliencia en niños en riesgo por maltrato familiar. Encuentros binacionales de Jóvenes Investigadores del Bicentenario Argentino-Chileno 2010. Encuentro Centro. Valparaíso, Chile 2010. Libro de artículos completos. ISBN: 978-987-27982-3-9. Secretaría de Políticas Universitarias (comp.) Bs. As.: Ministerio de Educación de la Nación Argentina, pp 203-217

2. ENTREVISTA A PROFESIONALES⁴¹

I- Parte: Cuestionario demográfico de cada profesional

- Género: M- F - Edad:

¿A qué efector pertenece?:

- Profesión:

Lic. en Psicología	
Lic. en Trabajo Social	
Médico	
Técnico-Lic. en Minoridad y Familia	
Otra	

1. ¿Ha realizador formación específica después de recibirse en la temática de maltrato infantil?

2. ¿Posee una orientación teórica especial con respecto a su abordaje?

3. Tiempo de trabajo en el programa:

4. ¿Realiza o realizó psicoterapia personal en el último año?

II- Parte. Preguntas sobre criterios de alta.

1. ¿En su trabajo profesional qué es para Ud. un “alta”?

2. ¿En el equipo de trabajo han dado algún alta en los últimos 2 años? (Si responde negativamente, justificar)

3. ¿La misma se dio por área de trabajo o según el acuerdo del equipo?

4. ¿Cuál es la duración estimada de los casos que concluyen con el alta?

5. ¿Podría identificar conforme a su profesión qué criterios aplica para determinar el alta?

6. ¿Cuenta con algún criterio o norma pre-establecida para dar el alta?

⁴¹ ENTREVISTA ELABORADA PARA A EL PROYECTO DENOMINADO ““Criterios de alta clínica en la atención de casos de maltrato infantil en el ámbito público: un enfoque exploratorio” SUBSIDIDADO POR EL CONSEJO DE INVESTIGACIONES DE LA UNIVERSIDAD DEL ACONCAGUA (CIUDA)- 2012. USO INTERNO