



Tipo de documento: Trabajo Final de Carrera de Especialización

Título del documento: Aportes desde el trabajo social al abordaje institucional del maltrato infantil : el caso de un hospital pediátrico de alta complejidad

Autores (en el caso de tesis y directores):

Inés Tsakoumagkos

María Inés Bringiotti, tutora

Datos de edición (fecha, editorial, lugar,

fecha de defensa para el caso de tesis): 2021

Documento disponible para su consulta y descarga en el Repositorio Digital Institucional de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires.
Para más información consulte: <http://repositorio.sociales.uba.ar/>

Esta obra está bajo una licencia Creative Commons Argentina.
Atribución-No comercial-Sin obras derivadas 4.0 (CC BY 4.0 AR)



La imagen se puede sacar de aca: https://creativecommons.org/choose/?lang=es_AR



**Subsecretaría de Maestrías y Carreras de Especialización
Secretaría de Estudios Avanzados**

Alumna: Inés Tsakoumagkos

DNI 29.394.470

**APORTES DESDE EL TRABAJO SOCIAL AL ABORDAJE INSTITUCIONAL DEL
MALTRATO INFANTIL**

El caso de un hospital pediátrico de alta complejidad

**Trabajo Integrador Final para optar al grado de Especialista en Planificación y Gestión
de Políticas Sociales**

Ingreso: 2017

**Facultad de Ciencias Sociales
Universidad de Buenos Aires**

Directora: Dra. María Inés Bringiotti

Buenos Aires, Junio de 2021

RESUMEN

El presente trabajo está destinado a exponer un marco teórico que aporte elementos para la caracterización del abordaje institucional del maltrato infantil en el caso de un hospital pediátrico de alta complejidad. Se compone de cinco aspectos analíticos que, en conjunto, pretenden fundamentar las preguntas de investigación y el contexto que organizaría los hallazgos de potenciales indagaciones al respecto. El primero se refiere a las concepciones de niñez en diversas disciplinas pertinentes. El segundo aborda las definiciones y clasificaciones del maltrato infantil incluyendo una propuesta alternativa de formas de dicho maltrato. El tercero expone algunas de las principales explicaciones del maltrato infantil en general. Un cuarto aspecto considera el marco normativo internacional y nacional. El quinto se ocupa de las dimensiones fundamentales del abordaje institucional actual del maltrato infantil en un hospital pediátrico de alta complejidad. Finalmente, se exponen las implicancias de los elementos proporcionados por esos cinco apartados, respecto de una potencial investigación acerca de un aporte desde el TS al abordaje institucional del maltrato infantil en un hospital pediátrico de alta complejidad.

ABSTRACT

This work is intended to present a theoretical framework that provides some elements for the characterization of the institutional approach to child abuse in a highly complex pediatric hospital. It is made of five analytical aspects that, together, are determined to support the research questions and the context that would organize the findings of potential inquiries in this regard. The first aspect refers to the conceptions of childhood in several relevant disciplines. The second feature addresses the definitions and classifications of child abuse, including an alternative proposal of ways of such abuse. The third point conveys some of the main explanations of child abuse in general. The fourth characteristic considers the international and national regulatory framework. The fifth trait deals with the fundamental dimensions of the current institutional approach to child abuse in a highly complex pediatric hospital. Finally, the implications of the elements provided by these five sections are exposed, regarding a potential investigation taken from the social work contemplating child abuse in a highly complex pediatric hospital.



Subsecretaría de Maestrías y Carreras de Especialización
Secretaría de Estudios Avanzados

INDICE

Resumen.....	1
Abstract.....	1
Introducción.....	3
1. Enfoques teóricos sobre la niñez.....	4
2. Delimitación del ámbito analítico	11
3. Modelos generales sobre el maltrato infantil.....	19
4. Legislación vigente	22
5. El abordaje institucional del M.I. en un hospital pediátrico de alta complejidad.....	25
Conclusiones.....	31
Bibliografía Consultada.....	33



Subsecretaría de Maestrías y Carreras de Especialización
Secretaría de Estudios Avanzados
INTRODUCCION

El presente trabajo está destinado a exponer un marco teórico que aporte elementos para la caracterización del abordaje institucional del maltrato infantil, actualmente existente en un hospital pediátrico de alta complejidad y un posible aporte desde el TS. Se compone de cinco aspectos analíticos que, en conjunto, pretenden fundamentar las preguntas de investigación de esos aspectos y el contexto que organizaría los hallazgos de potenciales indagaciones sobre aquel abordaje.

El primero de esos aspectos analíticos se refiere a la niñez como objeto de indagación teórica. Ahora bien, cabe señalar que el tratamiento de tal temática de un modo general y exhaustivo excede, naturalmente, tanto a los límites propios de este trabajo, como al campo de un amplio número de disciplinas científicas aisladamente consideradas. Por lo tanto, ese apartado se centra en aquellas teorizaciones de la niñez, en tanto resulten pertinentes para situar el objetivo de este trabajo en el contexto de la niñez en un hospital pediátrico de estas características.

El apartado 2 expone la definición y la tipificación del maltrato infantil. Asumo, por ende, el término maltrato infantil en un sentido amplio, esto es, incluyendo formas diferenciables y usualmente diferenciadas que dicho maltrato adopta.

Las diferentes propuestas que se han ensayado para explicar las causas del maltrato infantil son presentadas en el tercer apartado. Aunque subyacen aquí las conclusiones del apartado 2., me limito a enunciar brevemente los modelos explicativos más generales, puesto que sus causas según diferentes formas de maltrato exigirían un tratamiento que excede a las posibilidades de este texto.

En el cuarto apartado me centro en el estado alcanzado por los regímenes jurídicos vigentes respecto de la niñez y el maltrato infantil en general. Dichos regímenes, por supuesto, comprenden las convenciones internacionales y las normativas legales en la Argentina.

El quinto apartado incluye otros componentes institucionales/reglamentarios que regulan el tratamiento del que deben ser objeto las situaciones de maltrato infantil, la cuestión del protocolo y su aplicación en un hospital pediátrico de alta complejidad y el papel del TS en dicho abordaje.

Subsecretaría de Maestrías y Carreras de Especialización
Secretaría de Estudios Avanzados

Las conclusiones están dedicadas a exponer las implicancias de los cinco apartados precedentes respecto de una futura indagación acerca del aporte del TS al abordaje institucional del maltrato infantil en un hospital pediátrico de alta complejidad.

1. ENFOQUES TEÓRICOS SOBRE LA NIÑEZ

En principio, los enfoques teóricos sobre la niñez dependen de las diferentes perspectivas desde las cuales se haga el análisis conceptual.

En primer lugar, desde el punto de vista de su desarrollo biofísico, un niño o una niña se refiere a todo individuo de la especie humana que no ha alcanzado aún la adolescencia. Desde una perspectiva específicamente pediátrica, según la Enciclopedia Médica Medline Plus: *“El crecimiento y el desarrollo de un niño se pueden dividir en cuatro períodos: La lactancia. Los años preescolares. La etapa media de la niñez. La adolescencia”*.

Sin embargo, ese saber médico especializado está históricamente determinado y mutuamente constituido con su objeto de estudio. Así lo demuestra una investigación antropológica acerca del surgimiento de la pediatría en Buenos Aires entre 1890/1920, en el contexto de la llamada “cuestión social” a fines del siglo XIX y comienzos del XX caracterizada por las preocupaciones por la mortalidad infantil, las condiciones de vida de la niñez por aquel entonces y el papel de ésta en el proceso de organización del país. María Adelaida Colángelo concluye al respecto que:

“En el mismo movimiento en que construyen su objeto de estudio e intervención a partir de la especificidad atribuida a la niñez y al cuerpo infantil, ciertos médicos desarrollan un conjunto de procesos académicos y asociativos mediante los que se constituyen como grupo profesional y recortan su saber cómo una especialidad al interior de la medicina. Al mismo tiempo, procuran ser legitimados e incidir en el campo social más amplio, mediante la participación en distintas instancias estatales de gestión y atención de la salud infantil. De allí la necesidad de vincular las prácticas de diferenciación al interior de la ciencia médica y la construcción de un discurso experto sobre la niñez, con las prácticas estatales vinculadas a la política poblacional (L'Estoile et al., 2000). En este proceso, la pediatría se constituye e institucionaliza como una especialidad médica que busca intervenir no solo sobre el cuerpo enfermo del niño, sino sobre sus condiciones saludables - su crecimiento y desarrollo - en el marco de las preocupaciones demográficas que acompañaron el proceso de construcción de la nación desde fines del siglo XIX.



Subsecretaría de Maestrías y Carreras de Especialización
Secretaría de Estudios Avanzados

Pero, si a comienzos del siglo XX la profesión médica ya ha logrado el reconocimiento jurídico que le otorga derecho exclusivo en la cura de enfermedades y la pediatría se consolida como especialidad, el cuidado cotidiano del niño sano continúa siendo considerado por gran parte de la población como una atribución femenina y propia del ámbito doméstico. Esto hará del ejercicio del saber y de la práctica médica sobre la infancia y la crianza un conflicto constante, aún inacabado, con otros saberes y prácticas; conflicto a través del cual no solo se busca imponer un conjunto de pautas y principios sobre el cuidado infantil, sino un modo de entender la niñez y definir su lugar con respecto a otros grupos sociales”. (Colángelo, 2018: 1232-1233)

Rovere (2013), desde la medicina, considera diferentes momentos de la pediatría como especialidad en la Argentina, para contribuir, en sus palabras, “*a desnaturalizar la niñez del presente*”. En su opinión, la maternidad, el nacimiento, la infancia y la adolescencia son conceptualizadas según mandatos sociales que provienen de dentro y de fuera de la pediatría:

“En otras palabras ser niño o niña o adolescente en cada momento histórico, implica en parte responder a un mandato, caer en una necesidad, pensar en fuerza laboral para la familia, pensar en niñas casaderas, en formar cuerpos fuertes para el trabajo físico: mano de obra urbana o rural, soldados, la detección precoz de potencialidades para el arte, el deporte o para desarrollar capacidades tempranas para el trabajo intelectual, estos pueden ser ejemplos de mandatos que secuencial o simultáneamente atraviesan la sociedad y la misma pediatría.” (Rovere, 2013: 224)

El autor identifica en nuestro país, dos tradiciones y dos concepciones al respecto iluminista y romántica por un lado y de derechos y de interculturalidad por el otro.

“Ese concepto de que el niño no es un adulto pequeño, comienza a labrarse a partir de dos tradiciones que son, en cierta manera, encontradas, la tradición Iluminista y la tradición Romántica.

Resulta muy interesante percibir esta diferencia porque la relación, la perspectiva Iluminista, va a ver al niño fundamentalmente en tanto un "ser potencial", es decir que va a trabajar fundamentalmente desde una perspectiva proto- eugenésica. (...)

Toda esta concepción proto-eugenésica se va a diferenciar, pero también se va a complementar, con una tradición romántica, que intenta levantar otras dimensiones de la infancia y que para nosotros son fundamentales porque están ensambladas en cierta manera en el origen de la Pediatría argentina.



Subsecretaría de Maestrías y Carreras de Especialización
Secretaría de Estudios Avanzados

(...) cuando en realidad es la propia literatura y la tradición romántica la que lo lleva [al Dr. Ricardo Gutiérrez] a enfatizar la necesidad de mirar a la infancia en una Buenos Aires que tenía absolutamente descartado la dedicación de recursos hospitalarios para los niños. ”

(...) Porque una buena parte de los médicos que empiezan a involucrarse en el tema pediátrico no tenían necesariamente vocación pediátrica, sino que eran reclutados fundamentalmente como inspectores de la Sanidad Escolar (...). (Rovere, 2013: 226)

“(...) la escuela primaria en la Argentina fue una Institución no solamente educativa, sino fundamentalmente una Institución, un dispositivo cultural que buscaba amalgamar, fundir la diversidad en ese nuevo crisol de razas en el cual esta representación de la infancia está apareciendo.

Sin embargo, los niños están trabajando y están trabajando en circunstancias muy específicas, como la describe por ejemplo Bialek Masse (...). (Rovere, 2013: 227)

“La descalificación de la eugenesia por los horrores y los "excesos" de la Alemania nazi sentó las bases para el movimiento universal de los derechos humanos, de los derechos del niño y sienta las bases de la bio-ética, que en un largo ciclo de instalación que dista de estar concluida irá instalando un nuevo paradigma que podríamos denominar del elogio y el reconocimiento de la diversidad que desafía a la pediatría con temas tales como el reconocimiento de múltiples opciones sexuales, nuevos perfiles migratorios, discriminaciones por obesidad, formas diferentes de encarar la discapacidad en la infancia, etc.” (Rovere, 2013: 227)

En conjunto, Rovere considera entonces que hay en nuestro país, una mutua interacción entre las concepciones de niñez y la historia de la pediatría:

“Si se piensa en estos cien años de la Pediatría y las modificaciones de la representación social, no cabe duda de que de aquella época de "aportar herramientas ortopédicas a la sanidad escolar" o "vamos a ver si le damos un poco de racionalidad al trabajo infantil", hasta los derechos del niño hay un largo recorrido dentro del cual la Pediatría ha sido un factor de cambio y al mismo tiempo ha sido cambiada por cada uno de los momentos a partir de los cuales la infancia iba siendo modificada.” (Rovere, 2013: 227)

A estos momentos conceptuales e históricos de niñez/pediatría, Rovere agrega factores adicionales como el incremento de viudas por las guerras y de viudos (junto con la necesidad de nodrizas) por la mortalidad materna. Relaciona todos estos hechos con la Sociedad Nacional de Beneficencia y con el Patronato de la Infancia. Pero, afirma que los derechos de la niñez cobraron relevancia en la medida en que fueron lográndose derechos de la mujer.



Subsecretaría de Maestrías y Carreras de Especialización
Secretaría de Estudios Avanzados

Hace, sin embargo, un análisis matizado de la dinámica de ambos derechos vinculándolos entre sí; señalando que *“muchas políticas públicas parecen desconfiar de las madres pobres de tal forma que hay muchas políticas públicas que se orientan fundamentalmente a establecer mecanismos de control bajo una sospecha implícita o sutil sobre las madres pobres que no se extiende a las madres de los sectores de más altos ingresos.”* (Rovere, 2013: 228).

Culmina sus referencias a la interacción niñez/pediatría retomando, como en un movimiento espiralado, las mutuas determinaciones entre salud y educación en el contexto de los cambios más recientes en los procesos de trabajo:

“Pero a partir, fundamentalmente, del desarrollo de una modificación sustancial en el proceso de trabajo en el cual cada vez los trabajos son más calificados y cada vez resulta más importante el hecho de que se juegue adecuadamente los primeros años de vida y en algunos casos incluso la etapa prenatal, empieza a construirse un nuevo énfasis de política pública que empieza a reconciliar nuevamente todos los circuitos vinculados con esta especie de “hermanos poco vinculados”, pero que al mismo tiempo tienen tanta historia en común como son, Salud y Educación.” (Rovere, 2013: 229)

Solo que esa “espiral”, antes que mera reproducción a otro nivel, comporta en opinión del autor un cambio cualitativo desde el “crisol de razas” del llamado período organizativo del país, al desafío intercultural de que los derechos de la niñez involucren tanto el trato igualitario como el respeto de las diferencias. Es sin duda, un desafío al propio concepto de niñez y no únicamente para la pediatría.

Es destacable, en resumen, que una antropóloga y un médico analicen a la niñez y a la pediatría, como procesos que interrelacionan factores biomédicos y sociohistóricos.

En segundo lugar, según un criterio jurídico -más allá de la delimitación etaria consagrada por los convenios internacionales- estamos siempre frente a variantes de acuerdo con la legislación de cada país que determina concretamente una edad expresamente establecida para diversos fines relativos a derechos y obligaciones positivas (civiles, comerciales, laborales, penales, etc.). En el apartado 4 se reseñan los marcos normativos vigentes en nuestro país.

En tercer lugar, desde una mirada sociocultural, el concepto de niñez depende de las características histórica-geográficamente determinadas por la economía, la sociedad, la cultura, las creencias, la ética, la moral (las normas, valores y costumbres) vigentes y cambiantes en cada sociedad.



Subsecretaría de Maestrías y Carreras de Especialización
Secretaría de Estudios Avanzados

Estos tres enfoques explican que el concepto mismo de niñez haya cambiado histórica y geográficamente o, si se prefiere, entre diferentes culturas a lo largo de la historia humana. Por supuesto, hay aparentes consensos respecto a determinaciones bioetarias como la lactancia, el período de 1-3 años; entre los 3 y los 6; hasta los 13 (o, quizás, cuando se delimite la pubertad); y, las diferentes opiniones acerca del lapso vital al que cabría llamar legítimamente adolescencia.

En definitiva, el sustrato biofísico es una condición necesaria, pero, decididamente, insuficiente para resolver la conceptualización de la niñez consistentemente con el hecho de que los seres humanos somos bio-psico-sociales y experimentamos transformaciones tanto en el curso de nuestras vidas individuales como al modificarse los contextos históricos y geográficos de las sociedades dentro de las cuales se produce y reproduce permanentemente el proceso de hominización en su sentido pleno. Esto es, no como mero desarrollo biológico-causal sino como resultado complejo de quien Aristóteles denominara como ‘animal social’. En otras palabras, como individuo de una especie cuya existencia aislada, atomística, es imposible de hecho.

Ello explica por qué ciertas disciplinas como la medicina o las ciencias sociales se han preguntado preferencialmente acerca de esas transformaciones en la concepción de niñez.

Como ilustración de orientaciones antropológicas contemporáneas citaré una reflexión de Colángelo (2011) porque retoma aportes clásicos y actuales al estudiar un grupo indígena Toba, originario de la región Chaqueña y radicado en los alrededores de la ciudad de La Plata (Argentina), en la que su perspectiva de diversidad conduce a un concepto de infancia como una categoría socialmente construida con, al menos, tres dimensiones:

“(…) variabilidad cultural, desigualdad social y género. Las identidades tienen que ver con estas tres dimensiones conjugadas simultáneamente en diferentes grupos sociales: se es niña o niño, se pertenece a un grupo de edad y no a otro, se adscribe a una historia grupal particular (indígena, descendiente de migrantes de ultramar, migrante interno), además de aquella que liga a una comunidad nacional, se vive en un hogar pobre o en uno donde puedan ser satisfechas sus necesidades básicas. Desde esta perspectiva, las identidades no pueden ser pensadas en términos de alguna esencia inmutable o cristalizada, sino como construcciones relacionales, contrastantes (...)” (Colángelo, 2011: 4).

Voltarelli, Gaitán Muñoz y Leyra Fatou (2018) revisaron la literatura española y sudamericana sobre lo que denominan ‘nueva sociología de la infancia’, apoyándose en Bourdieu para considerarla un campo científico con especificidad propia. La contraponen a



Subsecretaría de Maestrías y Carreras de Especialización
Secretaría de Estudios Avanzados

dos alternativas. Por un lado, a los ‘estudios sociales de la infancia’, enfoque interdisciplinario este último que habría surgido como respuesta a las dificultades derivadas de los diferentes conceptos y métodos utilizados por los iniciales estudios de la antropología y la sociología. Por el otro, a la dominancia de la teoría parsoniana de la socialización y de la teoría piagetiana de la psicología evolutiva. Identifican tres temáticas dentro de la nueva sociología de la infancia: a) Participación y protagonismo infantil (sobre todo, desde la CVN -Convención de los Derechos del Niño-). b) Políticas sociales y Estado de Bienestar (condiciones de vida de los niños y niñas, mejora de estas condiciones, ciudadanía infantil, contextos sociales). c) Niñez en el margen (niñez en la calle, niños/niñas en extrema pobreza, trabajo infantil, vulnerabilidad, maltrato, migraciones, protección).

Ahora bien *“Las repercusiones de este cambio [la nueva mirada sobre la infancia] se manifiestan de modo especial en dos dimensiones que constituyen temas consagrados (...), esto es, el bienestar y las políticas sociales, por un lado, y la agencia o el protagonismo, por otro. Sin embargo, hay un cuarto tema que se muestra más relevante en el caso de la producción en lengua española: el que se ha englobado bajo el título de “niñez en el margen”.*

Así, se observa que las producciones analizadas en España y principalmente en América del Sur han demostrado también inmersiones en el campo de los estudios sociales de la infancia, por lo cual se han desarrollado investigaciones por medio de la intersección entre las disciplinas que permiten la circulación y el proceso de consagración de trabajos que comparten las mismas premisas, como, por ejemplo, concebir la infancia como categoría permanente en la estructura generacional, considerarla como fenómeno construido socialmente y percibir a los niños y niñas como actores sociales.” (Voltarelli, Gaitán Muñoz y Leyra Fatou; 2018: 300-301).

Cabría subrayar, empero, que las referencias hechas hasta aquí sobre medicina y ciencias sociales permiten señalar que sus mutuas determinaciones han sido relevantes tanto para el surgimiento de la pediatría misma, como para la visibilización del maltrato infantil en particular.

Aries (1987[1973]) sostuvo que la infancia es un invento de la modernidad y que este invento se habría expresado, primariamente, como intento de control de una etapa de la vida que en las eras premodernas no tenían una diferenciación específica. Antes que el "pequeño ser humano" indiferenciado del adulto que postuló, lo que aportarían las ciencias sociales es



Subsecretaría de Maestrías y Carreras de Especialización
Secretaría de Estudios Avanzados

precisamente, que la propia concepción de niñez es la que ha cambiado con las diferentes culturas.

La educación, en su opinión, vino a cumplir dos papeles que habrían generado la infancia de la modernidad. Por un lado, sustituyó a los padres; y, por el otro, estableció una delimitación entre la adultez y la niñez.

Lloyd DeMause, por su parte, sostiene que la tesis de Aries según la cual la infancia es una “invención” o un “producto” de la modernidad, sería errónea. Propone, en su lugar, una teoría de la historia dependiente de las transformaciones intergeneracionales de lo que denomina “*psicogénesis de la personalidad resultante de relaciones padres/hijos*”.

DeMause establece seis tipos de relaciones paterno-filiales: 1) Infanticidio (antigüedad-siglo IV), 2) Abandono (siglos IV-XIII), 3) Ambivalencia (siglos XIV-XVII), 4) Intrusión (siglo XVIII), 5) Socialización (siglo XIX-mediados del XX) y 6) Ayuda (se inicia a mediados del siglo XX). (Santiago, 2007).

Las relaciones paterno-filiales originadas en la capacidad de regresar a la edad psíquica de los hijos según dicho autor, su carácter espontáneo e independiente del cambio social y tecnológico, su fuente en la ansiedad producida por la reducción de la distancia psíquica niño/adulto, la eficacia de los padres para satisfacer las necesidades de desarrollo de los niños, las experiencias infantiles como condición de todo tipo de transmisión cultural; son proposiciones, sin embargo, en las que podría pensarse cierta ambigüedad entre el relativismo antropológico y un absolutismo “esencialista”.

El propio DeMause reconoce que es una teoría psicológica evolutiva muy ambiciosa y que su comprobación empírica representa una ambición semejante. En todo caso, frente al rechazo del relativismo cultural que propusieron Mead y Malinowsky, DeMause aspira a un nivel de generalidad cuyos puntos débiles podrían situarse en el objetivo simultáneo de dotar al concepto de niñez de historicidad específica y de psiquismo general.

Santiago (2007) resume un conjunto de miradas históricas sobre la niñez en los siguientes términos:

“Cada una de estas investigaciones tiende a citar, ya sea por estar a favor de sus argumentaciones o en contra, la obra de Philippe Aries y Lloyd DeMause. Uno por abordar el surgimiento de la noción de infancia, y el otro por estudiar las relaciones entre padres e hijos.” (Santiago, 2007: 6)

Calderón Carrillo, en cambio, llama la atención sobre el hecho de que:



Subsecretaría de Maestrías y Carreras de Especialización
Secretaría de Estudios Avanzados

"Una de las características principales es que el saber oral transmitido en el interior de un grupo se basa en la imitación (como jugar al papá y a la mamá), donde a menudo construyen estereotipos que les permiten impregnarse de los papeles familiares y normas sociales que caracterizan a la cultura en cuestión. (...) Cuando los niños resignifican y cambian patrones que han adquirido dentro de su contexto familiar o tutelar con sus pares van produciendo nuevas representaciones, las cuales no son entendidas por los adultos de manera suficiente debido al cambio generacional. De este modo los infantes van extendiendo un nuevo conocimiento, el cual involucrará una nueva generación que va a explicar y entender el mundo de forma diferente a la establecida." (Calderón Carrillo, 2008: 10)

Lo central a efectos de este trabajo es que -basado en el conjunto de los debates entre las orientaciones antedichas- el siglo XX ha producido un giro cualitativo en cuanto a la concepción histórica de la infancia, tal como citábamos más arriba a Voltarelli, Gaitán Muñoz y Leyra Fatou (2018). Giro en el sentido del 'paso' en la consideración de la niñez, de objeto etario de control a sujeto social de derechos; fundándose en que es una categoría permanente inter-generacional, un fenómeno construido socialmente y un estamento de actores sociales.

Como citábamos al inicio de este apartado, el 'paso' a que hacemos mención y en relación al asunto que ocupa centralmente a este texto, se ha expresado en el surgimiento de la pediatría como saber médico especializado y a la visibilización del maltrato infantil opacado durante siglos por la diversidad de factores ya enunciados-.

2. DELIMITACION DEL ÁMBITO ANALITICO

Es necesario intentar - dentro de la amplia temática de la niñez reseñada en el apartado precedente- la delimitación más precisa de nuestro ámbito analítico mediante una breve reseña de los principales aspectos definicionales y clasificatorios existentes a propósito del maltrato infantil.

Comencemos por los antecedentes en la medicina.

En un texto escrito desde la perspectiva de la medicina forense, Lachica López (2010), sintetiza la formalización del síndrome del niño maltratado (SNM) como sigue:

"El síndrome del niño golpeado fue descrito por primera vez en 1860 por Augusto Ambrosio Tardieu, catedrático de Medicina Legal en París, basándose en los hallazgos obtenidos en las autopsias de 32 niños golpeados o quemados hasta producirles la muerte.



Subsecretaría de Maestrías y Carreras de Especialización
Secretaría de Estudios Avanzados

En el mismo año, Athol Johnson, del "Hospital for Sick Children" de Londres, llamó la atención sobre la frecuencia de fracturas múltiples en los niños, atribuyéndolas al raquitismo que por aquella época estaba muy generalizado entre la población de Londres. Actualmente podríamos afirmar que muchos de los casos descritos por él eran, en realidad, niños maltratados. No obstante, la teoría del raquitismo prevaleció hasta bien entrado el siglo XX.

Tuvo que pasar bastante tiempo hasta que John Caffey (en 1946) y Frederic Silverman (en 1953) informaran sobre sus primeras observaciones relativas a la, hasta entonces no explicada, asociación de hematomas subdurales y alteraciones radiológicas anormales en los huesos largos.

En 1959 Henry Kempe introdujo en la "Sociedad Americana de Pediatría" el término "*Battered Child Syndrome*", siendo publicada en 1962 la descripción completa del cuadro, presentando los aspectos pediátricos, psiquiátricos, radiológicos y legales, así como las primeras cifras de incidencia correspondientes a los Estados Unidos (Kempe y col., 1962)." (Lachica López, 2010: 54-55).

Algunos artículos de la Convención Internacional sobre los derechos del niño y de la niña de 1989, en concordancia con esos antecedentes médicos, ya aludían a tipos de maltrato infantil sin formalizar una definición propiamente dicha:

"(...) toda forma de perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, incluido el abuso sexual, mientras el niño se encuentre bajo la custodia de los padres, de un representante legal o de cualquier otra persona que lo tenga a su cargo" (art. 19); *"(...) las prácticas tradicionales que sean perjudiciales para la salud de los niños"* (art. 24, inc. 3); *"(...) la explotación económica y el desempeño de cualquier trabajo que pueda ser peligroso o entorpecer su educación, o que sea nocivo para su salud, para su desarrollo físico, mental, espiritual, moral o social"* (art. 32, inc. 1); *"(...) todas las formas de explotación y abuso sexuales"* (art. 34); *"(...) cualquier forma de abandono, explotación o abuso; tortura u otra forma de tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes; o conflictos armados"* (art. 39); etc (ONU Convención internacional sobre los derechos del niño y de la niña, 1989).

La OMS (Organización Mundial de la Salud) expone en su sitio oficial:

"El maltrato infantil se define como los abusos y la desatención de que son objeto los menores de 18 años, e incluye todos los tipos de maltrato físico o psicológico, abuso sexual, desatención, negligencia y explotación comercial o de otro tipo que causen o puedan causar un daño a la salud, desarrollo o dignidad del niño, o poner en peligro su supervivencia, en el



Subsecretaría de Maestrías y Carreras de Especialización
Secretaría de Estudios Avanzados

contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder. La exposición a la violencia de pareja también se incluye a veces entre las formas de maltrato infantil.” (OMS Reunión de consulta sobre la prevención del maltrato de menores de 1999)

Otra definición también de la OMS, más concisa y, al mismo tiempo, más amplia es la siguiente:

“La Organización Mundial de la Salud (OMS) define al Maltrato Infantil como cualquier acción u omisión de acción que viole los derechos de los niños y adolescentes y afecte la posibilidad de que disfruten de un grado óptimo de salud, que afecte su supervivencia o su desarrollo.”

“Junto a este concepto clásico, en la actualidad habría que incluir otras formas de malos tratos que se podrían encuadrar bajo el título de "crueldad a la infancia", y que incluirían la explotación del menor, el ensañamiento terapéutico, los niños víctimas de acciones terroristas, las agresiones a los niños por motivaciones políticas, los niños-soldado, etc.” (Lachica López, 2010: 55)

Otra definición de maltrato infantil, contribuye a precisar el concepto:

“Las lesiones físicas o psicológicas no accidentales en niños, ocasionadas por los responsables del desarrollo, que son consecuencia de acciones físicas, emocionales o sexuales, de comisión u omisión y que amenazan el desarrollo físico, psicológico y emocional considerado normal”. (Martínez Roig, de Paúl Ochotorena, 1993)

Ahora bien, la intervención social en maltrato infantil se pone a prueba al considerar los tipos que adopta. Limitándonos a su enunciación y en un sentido amplio, suelen identificarse: el abandono y la negligencia; el maltrato emocional; el maltrato físico; el abuso sexual; el maltrato prenatal; la mendicidad; la corrupción; la explotación laboral; el síndrome de Munchausen por poderes (Munchausen by proxy); y el maltrato institucional.

La OMS destaca a cuatro de estos tipos.

“Maltrato físico: Se define el maltrato físico de un niño como los actos infligidos por un cuidador que causan un daño físico real o tienen el potencial de provocarlo.”

“Abuso sexual: El abuso sexual se define como los actos en que una persona usa a un niño para su gratificación sexual.”

“Maltrato emocional: El maltrato emocional se produce cuando un cuidador no brinda las condiciones apropiadas y propicias e incluye actos que tienen efectos adversos sobre la salud emocional y el desarrollo del niño. Tales actos incluyen la restricción de los



Subsecretaría de Maestrías y Carreras de Especialización
Secretaría de Estudios Avanzados

movimientos del menor, la denigración, la ridiculización, la discriminación, el rechazo y otras formas no físicas de tratamiento hostil.”

“Descuido: El descuido se produce cuando uno de los padres no toma medidas para promover el desarrollo del niño —estando en condiciones de hacerlo— en una o varias de las siguientes áreas: la salud, la educación, el desarrollo emocional, la nutrición, el amparo y las condiciones de vida seguras. Por lo tanto, el descuido se distingue de la situación de pobreza en que puede ocurrir solo en los casos en que la familia u otras personas a cargo disponen de recursos razonables.” (Sitio web PreveMI)

A esos cuatro, cabría agregar el:

Trabajo infantil, que es denunciado desde el siglo XIX y a partir de la Convención de los Derechos del Niño es ilegal. Según la UNICEF dicho trabajo priva a los niños y niñas de su derecho a la educación y al juego, los expone a abusos y violencia, refuerza ciclos de pobreza y profundiza la inequidad social.

Mouesca (2021), por su parte, define a las formas del maltrato infantil como *“maltrato físico, maltrato emocional, abuso sexual, negligencia y otras: explotación laboral, corrupción, maltrato prenatal, síndrome de Muchausen por poder, intoxicación, sustitución de identidad, adopción maligna y la incapacidad parental de control de la conducta de los hijos. La mayoría de las veces no hay una sola forma de maltrato infantil sino una combinación de ellas”*.

Las referencias precedentes sugieren una primera clasificación en maltratos extrafamiliares e intrafamiliares. Estos últimos son los más frecuentes. Y es frecuente también, el énfasis en los cuatro mencionados (físico, abuso sexual, emocional, negligente).

En ese mismo orden de ideas, Muela Aparicio (2008) enfatiza las dificultades y consecuencias de la inexistencia de una clasificación nosológica unitaria del maltrato infantil. Es cierto que tal opinión implica subrayar la mirada médica del asunto, pero, ello no obsta que la dificultad persista aun reconociendo su carácter pluridisciplinario. Reconoce que el maltrato infantil es complejo, heterogéneo y multidimensional. Revisa diversas tipificaciones propuestas e identifica varios clivajes y/o combinaciones que subyacen en tales clasificaciones:

Jerarquización/co-ocurrencia; maltrato activo/pasivo; visible/invisible; presencia/ausencia combinando tipo, severidad, frecuencia, cronicidad, identidad del perpetrador o período de desarrollo del niño; presencia/ausencia según estadio del desarrollo,

Subsecretaría de Maestrías y Carreras de Especialización
Secretaría de Estudios Avanzados

tipo de maltrato y género de las víctimas; tipos aislados/combinados; subtipos de maltrato/severidad; relación insatisfacción de necesidades/tipos de maltrato.

En ese sentido, menciona los cuatro tipos ya enunciados por la OMS, pero, alude también a D. A. Rosenberg que identifica formas infrecuentes (el maltrato tecnológico, el maltrato biotecnológico, el maltrato por no proveer atención médica por razones religiosas, el maltrato nutricional, maltrato por deshidratación e intoxicación de agua, maltrato por obesidad psicosocial de la infancia, etc.; 1997 Unusual forms of child abuse; citado por Muela Aparicio 2008: 80)

Así pues, el autor concluye que las diversas dimensiones consideradas para clasificar al maltrato infantil serían las siguientes:

- a) el estadio de desarrollo del niño al conocerse la situación de maltrato y la duración de ésta;
- b) el tipo de maltrato
- c) el tipo de maltrato, su co-ocurrencia e intensidad que incidirían en las consecuencias en el niño;
- d) la severidad del maltrato como la dimensión crítica, junto con la gravedad de los diferentes tipos de maltrato; o,
- e) la interacción entre las diferentes dimensiones de los tipos de maltrato que deberían considerarse tanto como sus consecuencias.

Finalmente, el propio Muela Aparicio sostiene que es particularmente limitante la falta de una clasificación común de las situaciones de maltrato.

Por mi parte, pienso que el hecho mismo de la falta de tal clasificación nosológica única, tendría que ver -precisamente- con que se trata de un fenómeno irreductible a un enfoque exclusivamente médico de la problemática.

Las sutilezas del síndrome de Munchausen por poder y la necesidad de denominar separadamente al abuso sexual infantil serían una expresión determinante de su carácter pluridisciplinario. Digamos algo, brevemente, sobre estos dos últimos tipos.

Más allá de las polémicas a las que dieron lugar algunos peritajes judiciales llevados a cabo por el médico británico Roy Meadows, fue él quien acuñó la denominación de “síndrome de Munchausen por poder” (Munchausen by proxy) para aquel en las que una persona fabrica o inventa síntomas para otro, generalmente la madre, y lo padece el hijo. Se basó en casos clínicos en los que las madres simulaban enfermedades en sus hijos (Garrote y otros, 2008).



Subsecretaría de Maestrías y Carreras de Especialización
Secretaría de Estudios Avanzados

Morici (2014: 1) define al trastorno facticio por poder o al síndrome de Munchausen por poder (SMPP), indicando que:

“es una de las formas más sutiles y enigmáticas de maltrato infantil, en donde una madre en aparente posición de preocupación y ocupación devota, provoca o simula repetitivamente la enfermedad en su hijo, manipulando a los médicos tratantes, hasta convertirlos en protagonistas involuntarios de maltrato, a través del abuso de técnicas médicas intrusivas.”

La misma autora (Morici, 2014) identifica al respecto, cuatro tipos de madre: las que ejercen este maltrato como búsqueda de ayuda; las médico-adictivas; las inductoras-activas; y las Asesinas (en las que predomina la crueldad, carecen de culpa y prevalece en ellas un deseo de muerte sobre el niño).

Garrote y otros señalan la importancia de su diagnóstico precoz porque los síntomas pueden ser más variados y aún mortales; el propio niño coparticipar de la mentira y desarrollar en la adolescencia o adultez el síndrome de Munchausen (ya no “por poder”); las madres no dejar solo al niño, mientras, se despreocupan de la enfermedad del hijo e intentan estrechar vínculos con el personal médico y de enfermería; padecer ellas mismas el trastorno y tener antecedentes psiquiátricos; e, implementar conductas terapéuticas sin informarlas al personal médico.

Desde el punto de vista de la intervención social y las incumbencias del Trabajo Social, es pertinente citar tres pasajes de sus consideraciones finales:

“Es importante reforzar la idea de considerar la sospecha de síndrome de Munchausen por poder ante la presencia de niños con supuestos síntomas que no permiten consolidar un diagnóstico clínico claro, la falta de respuesta a los tratamientos implementados y la reiterada demanda de asistencia en diferentes instituciones sanitarias. Se pudo apreciar que la modalidad de intervención frente a la sospecha del síndrome de Munchausen por poder, tuvo un carácter eminentemente interdisciplinario. (...) El diagnóstico se denomina situacional ya que contempla los aspectos médicos, psicológicos, psiquiátricos, sociales y legales.” (Garrote y otros, 2008: 52-53).

El abuso sexual infantil (ASI), ya definido más arriba, aunque es un tipo de maltrato, ha recibido en las últimas décadas un tratamiento diferenciado e independiente del resto de los tipos de maltrato, particularmente, de aquellos maltratos que tienen componentes o consecuencias físicas, aunque el ASI frecuentemente también las tenga.

Subsecretaría de Maestrías y Carreras de Especialización
Secretaría de Estudios Avanzados

Volnovich ha contribuido con valiosos trabajos y/o compilaciones de diversos autores a dicha diferenciación. Así, una de esas compilaciones (2002) es prologada con varias ideas clave que la justifican:

En primer lugar, plantea que los involucrados constituyen un par víctima/victimario, lo cual requiere diferenciar tanto el tratamiento como la prevención y aún la erradicación de un hecho necesariamente delictual.

En segundo lugar, considera que su complejidad requiere necesariamente de un tratamiento interdisciplinario. El tratamiento es, así, transversal a una pluralidad de prácticas profesionales.

En tercer lugar, afirma que su estudio hace necesario la “desnaturalización” del incesto. Que, por ello, hay que dejar de atribuir esta práctica intrafamiliar a “costumbres culturales” y enfrentar la realidad del sufrimiento psíquico que esta práctica trae aparejada en las subjetividades infantiles.

En cuarto lugar, sostiene que se debe considerar el estatuto de la palabra del niño. No resguardarse en el argumento de “las fantasías del niño”, convencerse de la validez y la credibilidad de su palabra y respetar el derecho del niño a ser partícipe de todas las instancias en las que se devela su situación de víctima.

Y, en el artículo de su autoría en esa misma compilación, señala un argumento en cuanto a la diferenciación del ASI respecto de otras formas de maltrato infantil:

“La visibilización social del ASI constituye una de las cuestiones más instigantes de las últimas décadas del siglo pasado, en la medida en que sobre él han operado dos negaciones que aún hoy son sostenidas, aunque sin la misma consistencia que en otros siglos: la primera, relativa al incesto como fundamento central del ASI, y la segunda, relativa a su universalidad social, ya que no está reducido a las clases menos favorecidas, sino que abarca todas las clases sociales.” (Volnovich, 2002: 146)

En el mismo volumen, Bringiotti (2002) subraya el papel de la investigación dadas ciertas características que lo diferencian de otros maltratos, en su visibilización y en su abordaje:

“Sin embargo, los casos registrados son nada más y nada menos que eso, los casos visibles... ¿Tenemos idea de la cantidad de casos no visibles que ocurren? O quizás sería mejor usar las expresiones no vistas, vistos pero tapados, vistos pero negados, sospechados pero naturalizados, vistos pero justificados...” (Bringiotti, 2006: 101). *“Sólo a través de la insistencia y la permanencia de los estudios, se podrá ir abriendo un camino de visibilización*



Subsecretaría de Maestrías y Carreras de Especialización
Secretaría de Estudios Avanzados

y aceptación de la ocurrencia del ASI, y sólo por ese medio podremos esperar que, lentamente, cambien los valores, las actitudes y las prácticas específicas de abordaje.”
(Bringiotti, 2006: 113)

Retomando el maltrato infantil en general, algunos estudios recientes (Mouesca, 2016: 559) han permitido identificar secuelas neurológicas del maltrato infantil:

“Las nuevas técnicas de imágenes funcionales del cerebro muestran que el daño provocado por el maltrato afecta el desarrollo cerebral. Esto se traduce en alteraciones estructurales y funcionales del cerebro y, en casos extremos, un cerebro más chico. También se suman los hallazgos epidemiológicos. El estudio de experiencias adversas de la infancia (adverse childhood experience; ACE, por sus siglas en inglés) muestra que, a mayor número de episodios adversos en la infancia (disfunción familiar, maltrato físico, falta de cuidado, etc.), mayor es el riesgo de padecer ataques de pánico, afecto depresivo, ansiedad, alucinaciones, intentos de suicidio, uso de alcohol, drogas y tabaquismo, inicio temprano de relaciones sexuales, embarazo adolescente, embarazo no deseado, promiscuidad, obesidad, dificultad para recordar períodos de la infancia, dificultad para controlar el enojo y mayor riesgo de ejercer violencia conyugal. Además del impacto emocional, este estudio también encontró que aumentaban las enfermedades autoinmunes, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, el cáncer de pulmón, la enfermedad hepática, las infecciones de transmisión sexual, la muerte fetal y la cardiopatía isquémica. (...) La continuación de este estudio muestra que el trauma temprano se asocia a una esperanza de vida más corta. Las personas con seis o más experiencias adversas en la infancia morían, en promedio, cerca de veinte años antes que aquellos sin ninguna de estas experiencias. Aunque no es posible determinar el lapso entre las experiencias adversas en la infancia y la aparición del daño en la adultez, ni cuales serán estos daños, lo que el ACE revela modificará las estrategias de prevención a futuro, ya que intervenir en las etapas tempranas puede producir mayores efectos que intentar modificar los comportamientos relacionados con la salud o mejorar el acceso a su cuidado en la adultez.”

Cierro este apartado proponiendo que, en términos de la delimitación del ámbito analítico del texto en general, es necesario considerar la concurrencia o convergencia, en el caso de un hospital pediátrico de alta complejidad, de las patologías complejas por las cuales llegan a él y las formas de maltrato infantil con las que podría combinarse. En el contexto de ese tipo de hospital hay que tener en cuenta que sus síntomas coexistirán -mayoritariamente- con aquellos referidos a la patología por la que el/la paciente ingresa (oncológica, por

Subsecretaría de Maestrías y Carreras de Especialización
Secretaría de Estudios Avanzados

trasplante, por enfermedades raras, por complicaciones graves, etc.). La concurrencia o convergencia de ambas dimensiones puede, entonces, solaparse, permanecer secundarizada, hacerse evidente, adquirir un carácter contradictorio entre ambas y, aún, alcanzar preminencia desplazando a una supuesta complejidad inicial. El abordaje institucional tiene pues, en estos casos, su propia especificidad.

3. Modelos GENERALES sobre EL MALTRATO INFANTIL

Los modelos descriptivos del maltrato infantil dependen, indudablemente, de la forma específica a la cual nos estemos refiriendo. En efecto, las causales ensayadas para caracterizar el maltrato físico, emocional o negligente; no puede menos que diferir - como ya hemos sugerido más arriba- del abuso sexual infantil, o, del Munchausen por poder.

Ahora bien, una breve mención de esos modelos -aún sin diferenciar según las formas de maltrato en cuestión- puede ser útil para dejar planteada la complejidad que involucra. En otras palabras, las dificultades que se presentan para encontrar respuestas a la pregunta: ¿por qué se produce el maltrato infantil?

Sin embargo, los métodos de correlación estadística y, en particular, la regresión múltiple utilizados por los autores en los que se apoyó Moreno Manso, presentan limitaciones al aplicarse a problemáticas cualitativas como el maltrato infantil, indican asociación más no necesariamente relaciones causa-efecto, las que ellos mismos manifiestan en sus conclusiones:

“El maltrato infantil es un síntoma de dificultades, no sólo individuales o familiares, sino también de comunidad y vecindario. Es un indicador social a la vez que psicológico. Lo bueno que se puede sacar de esto es que, como indicadores sociales, las tasas de malos tratos infantiles pueden ser sensibles al cambio social (esto es, el efecto energizante de la movilización comunitaria). Nuestra serie de estudios a pequeña escala es sugerente, pero no muy definitiva (...)” (Garbarino y Kostelny, 1992: 147).

En el primer modelo unicausal priman los factores psicológicos. En el siguiente, lo hacen los sociológicos. Solo que, así como los factores psicológicos resultan insuficientes; la pobreza de las redes sociales o de los soportes que estas redes proveen, por sí mismas, también lo son. Es sabido y cuenta con alto grado de consenso, que las situaciones de maltrato infantil "atravesan" a las clases sociales. Es, precisamente, una de las problemáticas actuales (como las de género o étnicas, por ejemplo) que han sido utilizadas en contra de



Subsecretaría de Maestrías y Carreras de Especialización
Secretaría de Estudios Avanzados

determinaciones lineales de clase social. A la inversa, si así fuese, en ausencia de "estrés socioeconómico" deberían estar ausentes también las situaciones de maltrato infantil.

Hay un tercer modelo unicausal centrado en la vulnerabilidad del niño: embarazos no deseados, madres adolescentes, hijos extramatrimoniales, nacidos luego de la separación de los padres, niños con déficits, enfermedades frecuentes, no responsivos, niños "difíciles" según la percepción subjetiva de los padres (se adapta al caso de los niños adultos).

Belsky es autor de un modelo del maltrato infantil que intenta lograr la integración de distintas variables en diferentes niveles ecológicos: macrosistema, exosistema y microsistema. El macrosistema incluye variables socioeconómicas, estructurales y culturales; el exosistema abarca los aspectos que rodean al individuo y a la familia y que les afectan directamente (las relaciones sociales y el ámbito laboral); y el microsistema comprende los comportamientos concretos de los miembros de la unidad familiar y su composición.

"Al tiempo que los padres abusivos entran al microsistema familiar con una historia evolutiva que puede predisponerles a tratar a los niños de manera abusiva o negligente (desarrollo ontogenético), existen factores elicítadores de stress, tanto en la familia inmediata (el microsistema) como más allá de ésta (el exosistema), que incrementan la posibilidad de ocurrencia de un conflicto entre padre (madre) e hijo. El hecho de que la respuesta de un padre a este conflicto y stress tome la forma de abuso infantil es una consecuencia tanto de la propia historia de infancia del padre (desarrollo ontogenético) como de los valores y prácticas de crianza infantil que caracterizan a la sociedad o subcultura en la cual el individuo, familia y comunidad se encuentran inmersos (el macrosistema)." (Belsky 1980, p. 330; citado por Arruabarrena Madariaga, 1987: 4)

Esta propuesta de Belsky parece superar los rasgos unilaterales o jerarquizantes de los factores causales del maltrato infantil. Los niveles analíticos permiten, en efecto, una organización más propicia para el diagnóstico y para la intervención. Sin embargo, se mantienen las características descriptivas de todos los modelos mencionados hasta aquí.

Los modelos de tercera generación (década de los '90) de procesamiento de la información o cognitivos (Milner, Hillson y Kuiper) tienen, en cambio, capacidad explicativa:

"Este modelo [de Milner] pretende dar un paso adelante en la búsqueda de las causas que generan el maltrato. Si los modelos de segunda generación ponían fin a la simplicidad de los modelos tradicionales al proponer la interacción de las variables que estos describían, los de tercera generación intentan pasar de un plano meramente descriptivo a uno explicativo, centrándose en los procesos psicológicos que subyacen al maltrato. Por lo tanto, los

Subsecretaría de Maestrías y Carreras de Especialización
Secretaría de Estudios Avanzados

fundamentos teóricos del modelo buscan explicar los factores y procesos que inciden en el maltrato.

La teoría del procesamiento de la información social de Milner (1995) Propone que el maltrato físico se produce a partir de errores en el procesamiento de la información específicamente referidos al comportamiento del niño. Describe las fases del procesamiento cognitivo y de un estadio cognitivo-conductual que corresponde al acto mismo del maltrato. Estas fases están precedidas por los esquemas cognitivos preexistentes.

La primera fase corresponde a la percepción – inadecuada – que tienen los padres de sus hijos y de su conducta.

La segunda corresponde a las interpretaciones, evaluaciones y expectativas sobre la conducta del niño.

En la tercera fase tiene lugar la integración – asimismo inadecuada – de la información y selección de la respuesta.

La cuarta y última alude a la ejecución y el control de la respuesta.

Milner distingue entre procesamiento controlado y automático. Los padres que maltratan físicamente a sus hijos utilizan más el procesamiento automático, lo que puede explicar reacciones inmediatas y explosivas. El procesamiento automático puede llevar del primer estadio al cuarto sin pasar por las fases medias, donde se integra la información sin tener en cuenta a los atenuantes.

Los factores que median en el procesamiento de la información son el estrés real y percibido, las alteraciones neurofisiológicas, la hiperactividad fisiológica, las alteraciones emocionales, la baja autoestima, el locus del control externo, el bajo apoyo social y el abuso de alcohol y drogas.” (Contreras et. al., 2010: 4)

La teoría del estrés y del afrontamiento de Hillson y Kuiper “Parte de la premisa de que todo sujeto se enfrenta permanentemente a situaciones difíciles derivadas de su propio comportamiento, del comportamiento de las personas con quienes interactúan y del ambiente en que se desarrolla, poniendo especial énfasis en las formas en las que enfrentan el estrés.

Los elementos que componen esta teoría son los posibles factores de estrés, de los padres, del niño y situacionales; la evaluación cognitiva primaria, que determina la naturaleza estresante o no de los factores antecedentes, y secundaria, que establece los recursos internos y externos de que dispone el cuidador para afrontar el estrés; los componentes del afrontamientos- tendencias disposicionales y respuestas-, y la conducta del cuidador: adaptativa, negligentes o abusiva. Según estos autores, las evaluaciones y

Subsecretaría de Maestrías y Carreras de Especialización
Secretaría de Estudios Avanzados

estrategias de afrontamientos basadas en las emociones y su desahogo pueden ser desadaptativas y conducir al maltrato físico.” (Contreras et.al., 2010: 4)

El carácter explicativo que se atribuye a los modelos de tercera generación se basa en que intentan conocer los factores cognitivos que desencadenan el maltrato. En el modelo de Milner los cuidadores realizarían mal el proceso de información referido al comportamiento de los niños, salteándose fases o llevándolo a cabo de manera automática. En el modelo de Hillson y Kuiper el estrés y el aprontamiento mediarían en el proceso de información, desatando la agresión por parte de padres o cuidadores.

Si relacionamos los indicadores de maltrato infantil citados en el apartado anterior y esta limitada reseña de modelos, cabe inferir que su interfase con los cuadros que suelen presentarse en un hospital pediátrico de alta complejidad requiere de un análisis específico de su abordaje institucional en tales casos.

4. LEGISLACIÓN VIGENTE

La Declaración de Ginebra o Declaración de los Derechos del Niño de 1924, producida por la entonces existente Sociedad o Liga de las Naciones (Tratado de Versalles, 1919), es el primer antecedente en materia de especificación de un sujeto particular de los derechos humanos, en este caso, la infancia.

Una selección cronológica tomada de UNICEF al respecto es la siguiente:

“1924: La Sociedad de Naciones aprueba la Declaración de Ginebra sobre los Derechos del Niño, elaborada por Eglantyne Jebb, fundadora de Save the Children Fund. La Declaración expresa que todas las personas deben reconocer el derecho de los niños a contar con los medios necesarios para su desarrollo, a recibir ayuda especial en épocas de necesidad, a tener prioridad en las actividades de socorro, a gozar de libertad económica y protección contra la explotación, y a acceder a una educación que infunda conciencia social y sentido del deber.

1946: La Asamblea General de las Naciones Unidas crea el Fondo Internacional de Emergencia para la Infancia, UNICEF, centrado en los niños de todo el mundo.

1948: La Asamblea General de las Naciones Unidas aprueba la Declaración Universal de Derechos Humanos, cuyo artículo 25 da derecho a las madres y los niños a “cuidados y asistencia especiales”, así como también a “protección social”.



Subsecretaría de Maestrías y Carreras de Especialización
Secretaría de Estudios Avanzados

1959: La Asamblea General de las Naciones Unidas aprueba la Declaración de los Derechos del Niño, que reconoce, entre otros, el derecho del niño a la educación, el juego, la atención de la salud, y a un entorno que lo apoye.

1966: Con el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, los Estados Miembros de las Naciones Unidas se comprometen a defender la igualdad de derechos –incluyendo la educación y la protección– para todos los niños.

1973: La Organización Internacional del Trabajo aprueba la Convención 138, que fija en 18 años la edad mínima para desempeñar trabajos que podrían ser peligrosos para la salud, la seguridad o la moral de las personas.

1989: La Asamblea General de las Naciones Unidas aprueba la Convención sobre los Derechos del Niño, que reconoce el papel de los niños como agentes sociales, económicos, políticos, civiles y culturales, y es elogiada ampliamente como un logro histórico para los derechos humanos. La Convención garantiza y establece normas mínimas para proteger los derechos de los niños en todas las circunstancias.

1991: Expertos de UNICEF, Save the Children, Defensa de los Niños Internacional y otras organizaciones se reúnen para estudiar los datos obtenidos a través del proceso de presentación de informes de la Convención sobre los Derechos del Niño. La reunión conduce a la creación formal de la Red de Información de los Derechos del Niño (CRIN) en 1995.

1999: La Organización Internacional del Trabajo aprueba el Convenio sobre las Peores Formas de Trabajo Infantil, que exige la inmediata prohibición y eliminación de cualquier forma de trabajo que pueda perjudicar la salud, la seguridad o la moral de los niños.” (UNICEF)

Es decir, el reconocimiento de los derechos del niño como derecho humano propiamente dicho, tuvo lugar recién en 1989, con la Declaración de los Derechos del Niño de la Organización de las Naciones Unidas. En ésta, hay una referencia expresa a su inclusión en la categoría de derecho humano.

Los derechos establecidos por la Convención Internacional de los Derechos del Niño deben aplicarse *"sin distinción alguna, independientemente de la raza, el color, el sexo, el idioma, la religión, la opinión política o de otra índole, el origen nacional, étnico o social, la posición económica, los impedimentos físicos, el nacimiento o cualquier otra condición del niño, de sus padres o de sus representantes legales"*.



Subsecretaría de Maestrías y Carreras de Especialización
Secretaría de Estudios Avanzados

Los niños deben recibir, reza la Convención, protección *"contra toda forma de discriminación o castigo por causa de la condición, las actividades, las opiniones expresadas o las creencias de sus padres, o sus tutores o de sus familiares"*.

Por lo tanto, puede decirse que, aunque ya a principios del siglo XX, la amplitud etaria, jurídica y protectora de la niñez contaba con legalidad y legitimidad suficientes como para haber garantizado cambios cualitativos en la infancia humana; sin embargo, la forma de Convención Universal que invita a los Estados miembros a adherirse y el enfoque integral del asunto tuvo consagración recién a fines del siglo XX.

La adhesión de la Argentina tuvo lugar con la ley de protección integral de los derechos de las niñas, niños y adolescentes (26.061), sancionada en 2005.

La ley establece la *"protección integral de los derechos de las niñas, niños y adolescentes que se encuentren en el territorio de la República Argentina, para garantizar el ejercicio y disfrute pleno, efectivo y permanente de aquellos reconocidos en el ordenamiento jurídico nacional y en los tratados internacionales en los que la Nación sea parte"*.

De manera que, si el Estado omite su cumplimiento, la ley *"habilita a todo ciudadano a interponer las acciones administrativas y judiciales a fin de restaurar el ejercicio y goce de tales derechos"*.

Y fundamentalmente, otorga vigencia legal en nuestro país a la Convención sobre los Derechos del Niño que pasa a ser *"de aplicación obligatoria en las condiciones de su vigencia, en todo acto, decisión o medida administrativa, judicial o de cualquier naturaleza que se adopte respecto de las personas hasta los dieciocho años de edad."*

Concretamente señala que *"Los derechos y las garantías de los sujetos de esta ley son de orden público, irrenunciables, interdependientes, indivisibles e intransigibles"*.

Son derechos sustentados en el principio del "interés superior del niño", entendido como *"la máxima satisfacción, integral y simultánea de los derechos y garantías reconocidos en esta ley"*.

La ley obliga a respetar:

Su condición de sujeto de derecho;

El derecho de las niñas, niños y adolescentes a ser oídos y que su opinión sea tenida en cuenta;

El respeto al pleno desarrollo personal de sus derechos en su medio familiar, social y cultural;

Subsecretaría de Maestrías y Carreras de Especialización
Secretaría de Estudios Avanzados

Su edad, grado de madurez, capacidad de discernimiento y demás condiciones personales;

El equilibrio entre los derechos y garantías de las niñas, niños y adolescentes y las exigencias del bien común;

Su centro de vida. Se entiende por centro de vida el lugar donde las niñas, niños y adolescentes hubiesen transcurrido en condiciones legítimas la mayor parte de su existencia.

El corpus legislativo se completa con un conjunto de normas e instituciones que han tenido amplio desarrollo en los casi tres lustros que han transcurrido desde su sanción.

Dicho corpus se cimentó en la derogación de la ley del patronato de menores. O sea, implicó un cambio de paradigma.

Sin embargo, un equipo que realizó un trabajo de campo al respecto concluyó que:

“A partir del análisis de las entrevistas realizadas se desprende la idea de que los adultos entendían a los niños, niñas como objeto de intervención (de los padres, de la escuela, del gobierno) Los imaginarios sociales seguirían estando regidos por el paradigma del niño como objeto. Es por esto que el constructo teórico de cambio de paradigma parece poco consistente para analizar en un marco integral las concepciones actuales sobre la niñez y se explica mejor este fenómeno desde la corriente del análisis institucional o sociopsicoanálisis, en los términos de una permanente tensión entre lo instituido y lo instituyente.” (de la Iglesia, Velázquez y Piekarz, 2008:8).

5. EL ABORDAJE INSTITUCIONAL DEL M.I. EN UN HOSPITAL PEDIÁTRICO DE ALTA COMPLEJIDAD

Pasemos al abordaje institucional del maltrato infantil. La pregunta central de mi trabajo es: ¿cuál podría ser un aporte desde el TS a dicho abordaje actualmente existente en el caso concreto de un hospital pediátrico de alta complejidad?

Consideraré en primer lugar el protocolo vigente y, a continuación, incluiré un breve esquema del papel del TS en las intervenciones en maltrato infantil. Más abajo propondré algunas sugerencias referidas a potenciales aportes desde el TS en esa materia.

El protocolo del Hospital Garrahan del año 2004, denominado *“Circuito de evaluación y orientación del niño con sospecha o evidencia de maltrato o abuso”*, entiende que no es una patología de seguimiento para el perfil de ese hospital pero que es necesario un circuito operativo. Responde a las preguntas acerca de: a) El modo mediante el cual se determinaría

Subsecretaría de Maestrías y Carreras de Especialización
Secretaría de Estudios Avanzados

si hay sospecha o evidencia de maltrato o abuso; señalando indicadores de evidencia o alta sospecha e indicadores de menor sospecha de maltrato o abuso. b) Los pasos a seguir ante la evidencia o sospecha de maltrato o abuso. c) Como vincularse con el niño y la familia. d) Que hacer si el paciente se fuga. Así como conformar un equipo interdisciplinario ad hoc. (Hospital Garrahan, 2004)

Las tareas de intervención en situaciones de MI/ASI, en las que participa el Servicio Social del Hospital Garrahan donde desempeño mi labor profesional, pueden surgir desde diferentes áreas de la institución:

- a) de la Guardia del Servicio Social mismo, en donde se reciben situaciones de demanda espontánea;
- b) ante requerimientos de psicólogos y psiquiatras del Servicio de Salud Mental;
- c) a partir de las derivaciones de médicos clínicos de los sectores de Bajo o Mediano Riesgo de la patología compleja a raíz de la cual el/la paciente haya acudido al hospital;
- d) como consecuencia de las interconsultas efectuadas por los médicos de emergencias de la Guardia General del hospital;
- e) cuando las internaciones breves, incumbencias de la UCE (Unidad de Cuidados Estacionales), dan lugar a sospechas o evidencias de maltrato infantil que indican la interconsulta con el Servicio Social;
- f) como parte del recorrido que los pacientes deben hacer cuando ingresan en la modalidad de Hospital de Día Polivalente;
- g) cuando los Servicios de Infectología, Dermatología o Nutrición se encuentran ante sospechas o evidencias de maltrato infantil;

Esto significa que las intervenciones del TS en situaciones de MI/ASI tienen lugar mediante dos variantes fundamentales. Por un lado, cuando se trata de demandas espontáneas verificadas en la Guardia del Servicio Social mismo. Por el otro, cuando las situaciones de MI/ASI resultan de interconsultas o solicitudes de intervención de otras áreas del Hospital. En ambos casos, el trabajo de abordaje no solo lo hacen profesionales del Servicio Social, sino que lo hacen también el Servicio de Salud Mental, un médico/a de referencia y la especialidad que requiera la situación (ginecología, traumatología, etc.)

En el caso de las situaciones de MI/ASI surgidas de la propia Guardia del Servicio Social hay que tener en cuenta que: *“Una demanda es una acción, un acto realizado por el usuario (...) Hacer una demanda al trabajador social implica una movilización de la persona (o grupo) con el fin de encontrar una solución al problema que quiere resolver”.* (De



Subsecretaría de Maestrías y Carreras de Especialización
Secretaría de Estudios Avanzados

Robertis, 2003: 97). De todas maneras, lo relevante en estos casos, se limita a que cambia la dinámica de conformación del equipo interdisciplinario.

En lo que se refiere a la modalidad del TS dentro de los equipos interdisciplinarios ad hoc que se conforman, al momento de recibir la demanda, la interconsulta o la solicitud de intervención; se abocan a cada situación problemática suscitada, dos profesionales del Servicio Social, dos TS de planta permanente o una profesional de planta permanente responsable de la intervención y una becaria que se encuentra en proceso de formación en la orientación salud del TS.

Hay que subrayar que en este hospital el Servicio Social interviene en este tipo de situaciones, asignando la tarea de dicha intervención siempre a dos profesionales. Ello constituye una forma de abordar estos problemas que responde al requerimiento de una dinámica y abordaje especial, caracterizada por la acción combinada de varias personas poseedoras de los conocimientos específicamente pertinentes y de diferentes visiones sobre la situación particular de la que se trate. El trabajo resulta así enriquecido y beneficioso tanto para el sujeto de intervención como para los mismos profesionales, ya que se pueden compartir opiniones y líneas de abordaje. También implica contar con conocimientos compartidos de la situación abordada, que favorecen la toma de decisiones que son frecuentemente de difícil resolución.

En situaciones de ASI/MI, se evalúa, diagnostica y deriva para ser abordado en diferentes dispositivos específicos (organismos de protección de derechos de niños, niñas y adolescentes). Se realizan evaluaciones de riesgo a partir de las cuales, en determinadas situaciones, se decide de manera interdisciplinaria, la internación como medida de protección para continuar con las valoraciones pertinentes y en otras se planifica proseguir la evaluación de manera ambulatoria. Esta dupla de trabajo continúa con la intervención hasta concluida la evaluación y derivación a instituciones pertinentes, si así correspondiera.

El conjunto de estas formas mediante las cuales surgen las intervenciones en MI/ASI y las modalidades con las cuales se las aborda, colocan al profesional del TS en condiciones de observar en profundidad, tanto las posibilidades profesionales para intervenir en situaciones de MI/ASI como las aportaciones que, desde la profesión, pueden hacerse a su abordaje institucional en un caso tan específico como el hospital al que vengo refiriéndome.

En ese sentido, las situaciones de maltrato infantil que ingresan en un hospital pediátrico de alta complejidad, pueden:

Subsecretaría de Maestrías y Carreras de Especialización
Secretaría de Estudios Avanzados

a) Presentarse combinada con una patología de alta complejidad (solapada, secundarizada o finalmente prevalente), detectada en casos clínicos o resultado de consultas directas por maltrato infantil.

b) Requerir, en consecuencia, de su atención por equipos interdisciplinarios (cualquiera sea su inserción en la estructura formal de la organización institucional) formados específicamente para abordar el maltrato infantil y con atribuciones para responsabilizarse de tales situaciones; porque:

“El sentido de las acciones de cada uno de los operadores actuantes en casos de malos tratos contra la infancia, debe estar definido por el marco de trabajo interdisciplinario, los objetivos básicos, la identidad profesional, el rol y las funciones del especialista: la definición de todo esto les compete a los miembros de las distintas profesiones.” (Molina, M. L. A. Barbich, 2012: 76).

c) Incluir situaciones de cualquier jurisdicción del país y aún de situaciones originadas preferentemente en países limítrofes, dado que, al ser una institución autárquica, no tiene un área programática delimitada.

d) Encontrar como contraparte institucional miradas no siempre convergentes y, a menudo, dispares o atrasadas en la ejecución de los regímenes normativos vigentes sobre niños, niñas y adolescentes; dada la diversidad de los abordajes provinciales/locales en un país federal como la Argentina.

El conjunto de las consideraciones precedentes permite, en mi opinión, identificar dos componentes fundamentales de las dificultades institucionales en el abordaje de situaciones de maltrato infantil:

a) la actual o potencial invisibilización de situaciones de riesgo;

b) la actual o potencial revictimización involuntaria, que resultara de déficits en la formación específica en maltrato infantil por parte de los equipos intervinientes.

Así pues, la pregunta esencial de una investigación al respecto reside en las dificultades institucionales actuales en materia de invisibilización y/o revictimización (en el Hospital Garrahan) durante el proceso de detección, diagnóstico y derivación de situaciones de sospecha de maltrato infantil.

Tal indagación debería aportar conocimientos y proporcionar hallazgos referidos a la modalidad y las herramientas con las que cuentan los profesionales de salud que se desempeñan laboralmente en la atención directa con pacientes en el Hospital arriba mencionado, para el proceso de intervención en situaciones y sospecha de maltrato infantil.

Subsecretaría de Maestrías y Carreras de Especialización
Secretaría de Estudios Avanzados

Así, podría contribuirse también a la prevención y/o mitigación de diversos tipos de “errores en la protección” cuando las instituciones u organizaciones intervienen frente al maltrato infanto-juvenil”. En efecto:

“Cuando la sociedad civil no tiene los recursos indispensables para intervenir, es obligación del Estado tomar un rol protagónico en la tutela de las personas o grupos más vulnerables (...) La ausencia de prácticas coherentes y decididas por parte del Estado, en pos del bienestar de niños, niñas y adolescentes y sus familias, lo ubican, a menudo, lejos de la posibilidad de declararlo como un Estado Protector (...) De manera recurrente tenemos conocimiento de que se mantienen intervenciones cuyas consecuencias resultan devastadoras para las víctimas que han permanecido en total desamparo por parte de quienes tuvieron alguna posibilidad de revertir su infortunada situación” (Molina, M. L. y A. Barbich, 2012: 57-58).

Estas mismas autoras señalan que

“Aunque parezca obvio es necesario recordar que toda intervención con una persona, familia o grupo debe iniciarse ya con algunos objetivos iniciales y de cumplimiento prioritario. Ejemplo:

- . cesar inmediatamente la situación de maltrato,*
- . implicar a la víctima y a su familia en la intervención,*
- . generar una relación entre los involucrados y el equipo a los fines de facilitar la evaluación y obtener la información veraz acerca de lo que acontece,*
- . generar un espacio de confianza y seguridad donde se pueda verbalizar lo padecido”* (Molina, M. L. y A. Barbich, 2012: 70-71).

El trabajo social aporta en el abordaje de este tipo de situaciones, la capacidad de delinear estrategias de intervención con una mirada interdisciplinaria que incluye como principal destinatario al niño, niña o adolescente y sus derechos.

La formación y el ejercicio profesional en materia de situaciones problemáticas en el ámbito de las políticas sociales -en este caso, las referidas a los derechos de niños, niñas y adolescentes- constituyen un expertise específico del TS. Puede postularse así, una contribución diferencial en materia de detección o, si se prefiere, de evitación de la invisibilidad que no pocas veces afecta al maltrato infantil.

Los profesionales del TS tenemos, además, como prioridad, junto a la familia y al equipo de salud, la de repensar estrategias para que estos niños no vuelvan a ser vulnerados. Para ello es fundamental el trabajo interinstitucional con redes barriales y organismos de



Subsecretaría de Maestrías y Carreras de Especialización
Secretaría de Estudios Avanzados

protección de derechos de la niñez. A esto le sumamos la contribución que pueden hacer las redes familiares y sociales que puedan aportar miradas y acciones para la protección de los niños en riesgo de revictimización. La identificación y efectivización de esas contribuciones es otro expertise incluido, en los equipos interdisciplinarios, por el TS. No se puede suponer que tales contribuciones tengan lugar espontáneamente.

En ambos casos, es fundamental la reflexión sobre la historicidad del sujeto de intervención como portador de derechos, y el efecto político-práctico que tendrán las diferentes formas de intervención que puede proponer el Trabajo Social de acuerdo a cuáles sean las características de dicha historicidad.

Es por tal conjunto de razones que este trabajo se centra en la importancia de la intervención profesional del Trabajo Social en la protección de los derechos de los niños en un ámbito institucional tan particular como el hospital al que ya he aludido reiteradamente.

Es, sin embargo, de vital importancia la formación y capacitación de todos los profesionales intervinientes en estas situaciones de alta complejidad cuando se combinen con las situaciones de maltrato infantil, incluyendo a médicos, psicólogos u otras profesiones. El TS aporta, entonces, una mirada que subraya la necesidad de equipos formados en la problemática y comprometidos con la misma.

Es por ello que intento reflexionar en este trabajo, sobre la modalidad de abordaje institucional actual del maltrato infantil en un hospital de las características ya mencionadas: para contribuir a hacerla consciente a nivel de equipos y a postular la importancia de construir nuevas áreas institucionales donde las situaciones de MI/ASI sean tratadas integralmente por profesionales idóneos, así como, que tales áreas sean estables y de referencia tanto para los pacientes y sus familias, como para los profesionales del equipo de salud.

Con esto quiero decir que *“(...)se puede coincidir en que una buena formación permitirá a los trabajadores sociales interpretar con sensatez cómo se debe ejercer la profesión y, a partir de ello, estar en mejores condiciones para bregar por la promoción, la defensa y la exigibilidad de los derechos de la niñez y la adolescencia. Sin embargo, ésta como tantas otras, es una cuestión compleja y contradictoria: la mayor y mejor capacitación de los profesionales no garantiza necesariamente, per se, el cambio de las prácticas institucionales, en beneficio de la infancia y la adolescencia. Tiene que ver con muchos otros factores interrelacionados: con los cambios culturales; con las tradiciones laborales; con las necesidades salariales; con el mantenimiento y reproducción del propio espacio laboral de los trabajadores sociales; con la debilidad y tradicional subordinación de los trabajadores*



Subsecretaría de Maestrías y Carreras de Especialización
Secretaría de Estudios Avanzados

sociales en relación a otras disciplinas y a otros profesionales; con la inexperiencia para articular estrategias, tácticas y conformación de alianzas para introducir con inteligencia y eficacia los cambios necesarios; etc. Pero también hay que reconocer que los cambios o las resistencias institucionales a cambiar, están ligados a los procesos políticos-sociales de carácter estructural que predominan en un determinado momento histórico. Los procesos de carácter estructural, en ocasiones condicionan y orientan las tendencias a introducir y concretar cambios progresivos, del mismo modo que -en otros momentos- solidifican y petrifican lo existente, fortaleciendo la inmutabilidad de las acciones y procedimientos más básicos.

El reconocimiento y la valoración deben construirse en el propio campo de acción y, en ese sentido, la posesión de una sólida formación profesional contribuirá para actuar reflexivamente en la definición de los problemas y en la apropiada adopción de las estrategias políticas y profesionales de intervención para la erradicación de los mismos.”
(Alayon 2004: 13)

CONCLUSIONES

La especificidad del abordaje institucional del maltrato infantil en un hospital pediátrico de alta complejidad como es el Garrahan, en conclusión, debería aportar conocimientos acerca de las posibilidades de los modos y las herramientas que poseen los profesionales que reciben de manera directa a niñas, niños y adolescentes que consultan en el Hospital Garrahan, para que no den lugar involuntariamente, a la invisibilización o revictimización de situaciones de maltrato infantil. Los aportes incluyen, por un lado, a aquellos relacionados con el expertise propio del TS en esta materia, pero, además, por el otro, a las recomendaciones en materia de el mejoramiento de la institucionalización del abordaje de esas situaciones.

Dicha especificidad tiene que ver fundamentalmente con el tipo particular de acceso pluridisciplinario que tales situaciones requieren en esa institución y su combinación con enfermedades pediátricas con distintos grados de complejidad.

En efecto, la atención médica infantil -sobre todo, considerando que a esta entidad de referencia acuden casos con diversos grados de complejidad- implican que la potencial



Subsecretaría de Maestrías y Carreras de Especialización
Secretaría de Estudios Avanzados

invisibilización/revictimización de niños, niñas y adolescentes que experimentan maltrato infantil, podrían exponerse, además, a la combinación de éstas últimas con sus difíciles cuadros médicos por los cuales habían acudido originalmente.

La temática es entonces, de significativa relevancia porque, de acuerdo con el conocimiento empírico que me ha proporcionado mi experiencia profesional en el TS en la institución hospitalaria mencionada, tanto la naturaleza propia de las situaciones de maltrato infantil como la necesaria participación de diversos roles profesionales cuando se realizan atenciones pediátricas; implica que se presenten frecuentes casos de invisibilización o revictimización de niñas, niños y adolescentes que las padecen.

Además, los requerimientos de atención, frecuentemente se constituyen en recursos de última instancia para pacientes de diferentes grupos sociales y diversos lugares de origen (provincias o países vecinos). Son precisamente este tipo de atenciones pediátricas, con sus específicos requerimientos en materia de emergencia, especialización y/o complejidad, las que en mi experiencia profesional han mostrado la ocurrencia involuntaria de casos de invisibilización o revictimización de las situaciones de maltrato infantil ya aludidas.

Las situaciones de maltrato infantil a las que vengo refiriéndome experimentan, así, la doble incidencia de la mencionada dificultad de abordaje y la imposibilidad electiva que le viene dada por su desventajosa posición en la desigual estructura social en la que se insertan.

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

- Alayón, Norberto 2004: Los derechos de la niñez y la formación profesional en Trabajo Social. www.ts.ucr.ac.cr
- Aries, Phillip (1987[1973]) El niño y la vida familiar en el antiguo régimen. Taurus. Madrid. cap. II.
- Arruabarrena Madariaga, María Ignacia (1987) Un modelo causal de los malos tratos y el abandono infantil. *Zerbitzuan: Gizarte zerbitzuetarako aldizkaria = Revista de servicios sociales*, ISSN 1134-7147, N. <https://dialnet.unirioja.es/2700248> (1).
- Bringiotti, María Inés (2006) Las cifras "ocultas" del abuso sexual infantil: una "segunda" lectura de las investigaciones. *Volnovich, Jorge (2006 comp.) Abuso sexual en la infancia 2. Campo de análisis e intervención. Editorial Lumen Humanitas. Buenos Aires.*
- Bringiotti, María Inés (comp.) (2015) Abuso y maltrato en la infancia y adolescencia. Investigaciones y debates interdisciplinarios. Lugar Editorial. Buenos Aires.
- Bringiotti, María Inés, Carla del Duca y María Florencia Guillem (2015) Prevalencia del abuso sexual infantil. *Bringiotti, María Inés (comp.) (2015) Abuso y maltrato en la infancia y adolescencia. Investigaciones y debates interdisciplinarios. Lugar Editorial. Buenos Aires.*
- Calderón Carrillo, Daniel (2015) Los niños como sujetos sociales: *Notas sobre la antropología de la infancia. Nueva antropología, Vol. 28 N° 82 México. p. 125-140.*
- Colángelo, María Adelaida (2011) La mirada antropológica sobre la infancia. Reflexiones y perspectivas de abordaje. Laboratorio de investigaciones en antropología social. Universidad Nacional de La Plata. Argentina.
- Colángelo; María Adelaida (2018) Construcción de la infancia y de un saber médico especializado: los comienzos de la pediatría en Buenos Aires, 1890-1920. *Historia, ciencias, saúde-Manguinhos vol.25 N° 4 Río de Janeiro Oct./Dec. 2018*
- Contreras, Connie Francisco González, Daniela Ponce, Paloma Navarro, Giovanna Salazar (2010) Vulnerabilidad Social Infanto Juvenil II. Modelos de tercera generación. Facultad de derecho y ciencias sociales. Trabajo Social. Universidad de las Américas. sede viña del mar
- De la Iglesia, Matilde María Eugenia Velázquez y Walter Pierkarz (2008) Devenir de un cambio: del patronato de menores a la protección integral de los derechos de niños, niñas y adolescentes. *Anuario de investigaciones; versión On-line ISSN 1851-1686. Anu. investig. v.15 Buenos Aires*



Subsecretaría de Maestrías y Carreras de Especialización
Secretaría de Estudios Avanzados

DeMause, Lloyd (1974) La evolución de la infancia. Antipsiquiatría. org. (original: The evolution of childhood. Chapter 1. The psychostory press). New York.

de Robertis, Cristina (2003) *Fundamentos del Trabajo Social: ética y metodología*. España Publicaciones Digitales, Sevilla.

Garbarino, James y Katherine Kostelny (1992) Los malos tratos infantiles como problema comunitario. *Anuario de Psicología*. Nº 53 Facultat de Psicologia. Universitat de Barcelona. España. pp: 137-348

Garrote, Norberto (2000) Maltrato infantil. Normas de diagnóstico y tratamiento del Hospital General de Niños Dr. Pedro de Elizalde. Buenos Aires.

Garrote, Norberto Javier Indart de Arza Ana Puentes Mercedes Smith Patricia del Bagge y Mónica Pérez Coulembier (2008) Síndrome de Munchausen por poder y manifestaciones de supuesto evento de aparente amenaza a la vida. *Archivos Argentinos de Pediatría*. 106(1): 47-53. www.researchgate.net.

Garrote, Norberto y Javier Indart de Arza (2009) Maltrato de niños y adolescentes. Los traumas vinculados al maltrato infantil. Hospital General de Niños Dr. Pedro de Elizalde. Buenos Aires.

Hospital de Pediatría S.A.M.I.C. “Prof. Dr. Juan P. Garrahan” (2004) Circuito de evaluación y orientación del niño con sospecha o evidencia de maltrato o abuso. Buenos Aires.

Lachica López, Emilia (2010) Síndrome del niño maltratado: aspectos médico-legales. *Cuad. med. forense*, Málaga, v. 16, n. 1-2, p. 53-63, jun. 2010. Disponible en <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-6062010000100007&lng=es&nrm=iso>. accedido en 02 mayo 2021.

Martínez Roig, Antonio y Joaquín de Paul Ochotorena (1993) Maltrato y abandono en la infancia. Ed. Martínez Roca. España.

Muela Aparicio, Alexander (2008) Hacia un sistema de clasificación nosológico de maltrato infantil. *Anales de Psicología* V. 24 Nº 1, pp: 77-87. Universidad del País Vasco, Donostia, San Sebastián, España.

Molina, María Lourdes y Alejandra Barbich (2012) Maltrato infanto-juvenil. Evaluación y toma de decisiones. Ed. Dunken. Buenos Aires.

Moreno Manso, Juan Manuel (2006) Revisión de los principales modelos teóricos explicativos del maltrato infantil. *Enseñanza e Investigación en Psicología*. Vol. 11 Nº 2. Consejo Nacional para la Enseñanza en Investigación en Psicología. A. C. Xalapa. México. pp: 271-292.



Subsecretaría de Maestrías y Carreras de Especialización
Secretaría de Estudios Avanzados

Morici, Silvia (2014) Síndrome de Munchausen por poder. Sociedad Argentina de Pediatría. Comité de salud mental y familia. Buenos Aires.

Mouesca, Juan Pablo (2016) Prevención del maltrato infantil: función del pediatra. Ira parte: Aspectos generales, evidencia, factores de riesgo, factores protectores y desencadenantes. SAP. Buenos Aires

Mouesca, Juan Pablo (2021) Maltrato infantil: definiciones. Hospital General de Niños Pedro de Elizalde. Buenos Aires.

OMS (2018) El maltrato infantil: definición y tipos. Sitio web PreveMI, disponible en <http://www.sld.cu/sitios/prevemi>

Rovere, Mario (2013) La pediatría y la construcción social de la infancia. Análisis y perspectivas. SAP Informe especial: <http://dx.doi.org/10.5546/aap.2013.224>

Santiago, Zoila (2007) Los niños en la historia. Enfoques historiográficos de la infancia. *Takwá. Revista de historia. México, Universidad de Guadalajara, N° 11-12.*

Volnovich, Jorge (2002) Abuso sexual infantil. Producción y poder. *Volnovich, Jorge (2002 comp.) Abuso sexual en la infancia. Editorial Lumen Humanitas. Buenos Aires.*

Volnovich, Jorge (2006 comp.) Abuso sexual en la infancia 2. Campo de análisis e intervención. Editorial Lumen Humanitas. Buenos Aires.

Volnovich, Jorge (2008 comp.) Abuso sexual en la infancia 3. La revictimización. Las “buenas” prácticas sociales, jurídicas y psicológicas. Editorial Lumen Humanitas. Buenos Aires.

Voltarelli, M.Ap., L. Gaitán Muñoz y B. Leyra Fatou (2018) La sociología de la infancia y Bourdieu: diálogos sobre el campo en los países hispano-hablantes. *Política y Sociedad, 55(1), pp. 283-309.*