

## **Servicios Públicos de Salud Mental de Niños, Niñas y Adolescentes en situaciones de maltrato. Percepciones y representaciones en torno al abordaje de la problemática y el acceso a la salud. Ciudad de Buenos Aires (2005-2010)**

*Por María Micaela Bazzano<sup>1\*</sup>*

### ***Introducción***

**E**l presente artículo plantea los resultados obtenidos en una investigación de maestría. Dicha investigación trató sobre las políticas de salud mental que abordan el maltrato hacia niños, niñas y adolescentes, en el ámbito de la salud pública en la Ciudad de Buenos Aires.

Se presentará brevemente el objetivo de la investigación, el marco teórico, su metodología y los principales resultados sobre los que nos interesa reflexionar en este artículo.

### ***Marco y contexto de la investigación***

Desde mediados de los años 90' en la Ciudad de Buenos Aires, aumentaron las barreras de accesibilidad de los niños y niñas a los servicios de salud (Barcala, Lopez Casariego, et al, 2002 (2)), acentuándose éstas aún más en aquellos con una mayor vulnerabilidad psíquica. El abandono de los tratamientos adecuados y la imposibilidad de realizarlos aumentaba la brecha en términos de equidad, en relación con las posibilidades de acceso a una cobertura en salud mental de niños y niñas que provenían de familias pobres (Barcala, Torricelli, et al, 2007). Se identificó a los niños maltratados como uno de los grupos más afectados al respecto.

En la investigación se hizo hincapié en la equidad del derecho de acceso a la salud de niños víctimas de violencia, conformando un grupo poblacional con alta vulnerabilidad. Sin embargo, cabe mencionar que en este caso nos referimos a una subpoblación dentro de la niñez que son los niños maltratados, cuyos derechos han sido vulnerados y su aproximación a los servicios de salud es una parte de su restitución.

Las preguntas que condujeron la investigación fueron: ¿Cuáles son las respuestas que brindan los servicios de salud mental frente a estas circunstancias? ¿Cuáles son las acciones que la componen? ¿Qué características asumen? ¿Cuáles son los obstáculos y los facilitadores en el acceso? ¿Cuáles son las representaciones que se encuentran en las intervenciones que componen dichas respuestas?

### ***Marco conceptual***

En cuanto a la niñez, se tomó el artículo 1° de la Convención Internacional de los Derechos del Niño, Niña y Adolescente, ratificada en Argentina por unanimidad del Congreso a través de la ley 23.849, el 27 de setiembre de 1990. El artículo 1° es una de sus reservas, y considera niño todo ser humano desde la concepción en el seno materno hasta los 18 años de edad.

---

<sup>1\*</sup> Facultad de Ciencias Sociales. Instituto de Investigaciones Gino Germani. Universidad de Buenos Aires. E-Mail de contacto: mmicaelabazzanoutlook.com



En este estudio se tomó la noción de accesibilidad según la definición de Stolkiner, que sostiene que “la accesibilidad se define como el vínculo que se construye entre los sujetos y los servicios” (Stolkiner y Otros, 2000). Este vínculo surge de una combinatoria entre las “condiciones y discursos de los servicios y las condiciones y representaciones de los sujetos y se manifiesta en la modalidad particular que adquiere la utilización de los servicios” (Stolkiner y Otros, 2000: 282).

Respecto la **violencia o maltrato hacia los niños y niñas** (se utilizarán ambos términos de manera indistinta), la Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que 40 millones de niños sufren violencia en el mundo, y en la Región de las Américas y el Caribe ésta se da en todas sus formas.

En el presente estudio hemos considerado **maltrato** hacia los/as niños/as a todas las situaciones no accidentales en las cuales el niño o la niña sufre daño físico, es privado/a de la satisfacción de sus necesidades básicas de alimentación y cuidados, se lo/la abusa sexualmente, o cuando se les hace un daño mental o emocional como resultado de una acción u omisión por parte de quienes tienen las funciones paternas o son adultos responsables (Ferreira, 1999; Bringiotti, 1999). También se considera maltrato ser testigo de violencia. El maltrato de los niños puede ser físico, abandono físico o negligencia, maltrato emocional, abandono emocional, y abuso sexual (Forward, 1991).

El objetivo general fue analizar las condiciones y características de accesibilidad que se presentan desde los servicios de salud mental de niños víctimas de violencia y en la Ciudad de Buenos Aires. (2005-2012).

Los objetivos específicos fueron los siguientes:

-Producir un diagnóstico de situación sobre disponibilidad de recursos especializados o intervinientes en la atención niños víctimas de violencia y abuso sexual en la Ciudad de Buenos Aires.

-Identificar y caracterizar las respuestas asistenciales de los servicios públicos de salud mental.

-Analizar las percepciones de los equipos de salud que se presentan al momento de la implementación de las respuestas mencionadas.

-Identificar y caracterizar facilitadores y obstáculos en la respuesta/resolución de las intervenciones institucionales sobre los casos de maltrato.

En este artículo se desarrollará, aquellos que refieren al primer, segundo y tercer objetivo.

### **Metodología**

El estudio fue exploratorio descriptivo. La estrategia metodológica se basó en el paradigma cualitativo.

Se enmarca en las investigaciones en Sistemas y Servicios de Salud. El mismo privilegia en la delimitación del objeto: el estar vinculado a la acción concreta desde una perspectiva transformadora de la realidad; incluir la visión de los actores involucrados en la problemática y en la implementación de los resultados; relacionar la actividad académica con la toma de decisiones en políticas sociales; posibilitar la transferencia inmediata de los conocimientos producidos en el proceso de investigación. (Stolkiner, 1995, IDRC, 1998).

La investigación tuvo sede en el Centro de Salud Mental y Acción Comunitaria N°1, Dirección de Salud Mental, perteneciente al Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires con el objeto de que el producto de este estudio tenga transferencia directa al sistema sanitario y duró un año. Fue dirigida por la Dra. Alejandra Barcala.



En cuanto al ámbito, se estudió el acceso a los servicios de salud mental que atienden a los/as niños/as víctimas de violencia familiar en el sistema de salud estatal de la Ciudad de Buenos Aires, conformado por: los Hospitales Generales y Pediátricos pertenecientes al Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, el Hospital de Día Infantil del Centro de Salud Mental N°1 y el Hospital Infanto-Juvenil Tobar García.

El **universo** estuvo compuesto por los Servicios de Salud Mental de los Hospitales de la Ciudad de Buenos Aires que trabajaban con niños víctimas de violencia y con niños.

Las **unidades de análisis** fueron los servicios de salud mental. Las unidades de observación fueron los responsables o miembros de los equipos de Psicopatología Infanto-Juvenil de los Hospitales Generales y Pediátricos pertenecientes al Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, el Hospital de Día Infantil del Centro de Salud Mental N°1 y el Hospital Infanto-Juvenil Tobar García.

Se realizaron 18 entrevistas semi-estructuradas a profesionales de distintos servicios de salud mental en el marco de diversos seminarios, jornadas hospitalarias y reuniones de redes, en las que se indagó sobre las variables mencionadas en el punto anterior.

Con el fin de profundizar sobre las prácticas y las representaciones en la atención de la salud de estos niños se tomaron 6 entrevistas en profundidad a profesionales de los Equipos de Niños de los Servicios de Salud Mental, relevados a partir de la composición del Sistema de Salud.

A continuación se presenta la caracterización de las respuestas asistenciales que abordan maltrato infantil en tres subtítulos, en correspondencia con las variables planteadas que se seleccionaron para este artículo: modalidad de atención, demandas más frecuentes y utilización de protocolos.

### ***Modalidad de atención***

La mayoría de los servicios desarrollan más de una modalidad de atención, siendo las combinaciones más frecuentes las de tratamientos psicoterapéuticos y tratamientos farmacológicos y tratamientos psicoterapéuticos y tratamiento familiar.

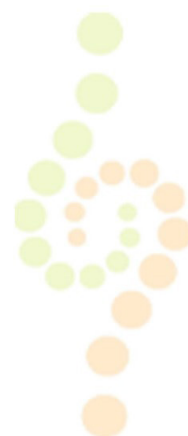
Además de esta distinción, surge de las entrevistas en profundidad otra posible clasificación entre aquellos abordajes que son generales y aquellos que son específicos.

Los primeros refieren a aquellos los/as niños/as se alojan en el marco de servicios como salud mental, servicios sociales u otros. Es decir, los niños/as son atendidos por psicólogos que atienden también otras problemáticas, sin otorgarle al tema más especificidad más que la que atañe al caso mismo como tal.

Los abordajes específicos son aquellos en los que los profesionales que los abordan están especializados en violencia hacia los niños/as, o conforman grupos de trabajo que se dedican al tema, o en el caso del Hospital Elizalde conforman una división específica.

Esta distinción trasluce una diferencia en el posicionamiento de los profesionales que componen los equipos. Algunos consideran que el abordaje debe ser en un marco general para no ser estigmatizados:

*“En el caso de ellos, un chico que entra la unidad de maltrato. Esta sensación de... ¿se puede salir del maltrato si uno entra a una unidad de maltrato? Lo que representa eso simbólicamente es fuerte. Hay que pensar estas cosas cuando se trabaja con pibes.” (Referente en la materia)*



Y otros en un marco de especificidad:

*“(...) la gran diferencia entre los equipos de salud mental y el que atiende esta problemática es que la problemática de violencia intrafamiliar está el SECRETO. Si no sabemos trabajar con situaciones de secreto, con el resguardo del chico, nos hacemos cómplices, y de hecho muchos equipos de salud mental, porque asistimos a gente a chicos que están con depresión, con trastornos obsesivo compulsivo o con trastornos de la alimentación, o que tiene un síndrome conversivo y no puede mover un brazo y hay una situación de maltrato de larguísimo tiempo. O chicos que se auto agreden, uno los ve como que los estaban asistiendo en distintos lugares de salud mental, pero que no sabían o eran cómplices por no saber de como se debe trabajar la situación de violencia familiar. El chico debe trabajar en resguardo: significa que no debe ver a la persona violenta mientras dure el proceso diagnóstico y la primera etapa de tratamiento”. (Hospital de Niños)*

Otra cuestión que se destaca es la importancia de la interdisciplina, entendiéndola como una discusión y un acuerdo entre profesionales de distintas disciplinas para tomar una decisión en relación a cada situación planteada:

*“Lo que consideramos es que la interdisciplinar es ponernos de acuerdo entre disciplinas. Y no la multidisciplina, que es el pediatra dice algo y lo anota en la historia clínica, el psicólogo viene y anota y así... Ahí se dan diagnósticos o miradas contradictorias. Nosotros tenemos que ponernos de acuerdo.” (Hospital de Niños)*

Este contexto interdisciplinario la presenta también servicios que no son del ámbito de la salud, sino de desarrollo social, como es el caso del Centro Integrador de la Mujer que se entrevistó:

*“Se empieza con entrevistas psicológicas, sociales, abogados. Nosotros tenemos un equipo interdisciplinario: psicólogas, asistentes sociales y abogada, que no patrocina, asesora al equipo y a las personas que vienen. Pueden hacer interconsultas, pedidos de informes. Se establece la situación de red, juzgados, escuelas, todo lo que se pueda y sea necesario para evaluar.” (Integrante de un equipo específico en Violencia del Desarrollo Social del GCBA)*

En todos los servicios manifiestan que la modalidad de atención que se implementa se concreta según cada niño/a y lo que la situación amerite. Sin embargo, en algunos establecimientos, la instancia de supervisión es fundamental para la toma de tal decisión.

### ***Demandas más frecuentes***

Cada servicio mencionó un tipo de demanda o más.

Si bien la frecuencia de la categoría de las consultas por maltrato o abuso es la más alta, en relación al total sólo conforman un 24%. Lo cual nos indica que por lo general las consultas llegan a los consultorios por diversas razones, que luego desembocan o dan pie a la manifestación de situaciones de maltrato o abuso. Esto se corroboró durante las entrevistas en profundidad.



En cuanto a la derivación proveniente de instituciones que no pertenecen al sector salud, en su mayoría se refieren a juzgados, escuelas y defensorías.

Al indagar acerca de las demandas más frecuentes resulta relevante el registro de una demanda excesiva. La derivación es un factor muy importante, tanto aquella que ingresa a la institución como aquella derivación a la cual la institución deriva en busca de articulación o de una respuesta que no puede satisfacer.

Cabe decir que la dinámica de derivaciones no está claramente definida ni es estática. La Ley de Protección de Derechos del Niño, Niña y Adolescentes introdujo cambios que aún en la práctica no resultan aplicables, ni claros, ni establecidos:

*“A partir de la Ley de Protección lo que llega como derivaciones a veces son del Consejo de Derechos del Niño, no del juzgado. En el caso del juzgado, cuando interviene el juzgado en el caso cuando haya una medida excepcional de algún niño que se termina judicializado porque el Consejo de Derechos del Niño llega hasta ahí, por la aplicación de la ley.” (Hospital General)*

Un aspecto que cabe destacar es que en muchas ocasiones el sistema de salud cuenta con los servicios que brinda el área de desarrollo social para el abordaje de la problemática de la violencia, como es el caso de los Centros Integradores de la Mujer (CIM), en algunos de los cuales existen programas especializados en de maltrato infantil, y cuyos equipos están conformados de manera similar a los servicios específicos de los servicios de salud, con la distinción de que incorporan una transversalización de la perspectiva de género al abordar las situaciones de violencia en el ámbito doméstico.

### **Utilización de protocolos**

Respecto a la utilización de protocolos, nueve (9) servicios no utilizan protocolos.

Cinco (5) servicios sí los utilizan: 2 (dos) utilizan el protocolo elaborado por la Red de Violencia de la Ciudad de Buenos Aires, otro servicio utiliza uno basado en la ley 114 y la 448 de salud mental, y 2 (dos) tienen protocolos de admisión propios de la institución en la que se encuentran.

En las entrevistas en profundidad (excepto en una) la no utilización de protocolos aparece como una dificultad u obstáculo por:

- la desorientación que genera el no tenerlo,
- y el respaldo que proporcionaría al equipo profesional en su intervención.

A continuación un ejemplo que ilustra y amplía:

*“Protocolos, manual de procedimiento donde todos se sientan protegidos, que están haciendo lo correcto. (...) Eso facilitaría, todo junto, un reconocimiento de una modalidad de trabajo, un protocolo bien hecho, ayuda. El juez dice a ver qué hizo, está bien, es lo que tenía que hacer.” (Hospital General)*

Por otro lado se encontró también a través de las entrevistas que existió un protocolo pero no se implementó por demoras en su reglamentación.

El Hospital Elizalde trabaja con un protocolo de asistencia. Además, también se planteó en este mismo lugar la existencia de un acuerdo que se dio en años anteriores, en donde se realizó un trabajo que informatizó todas las historias clínicas con el fin de que en un futuro todos los hospitales pudiesen ingresar a una base de datos con historias clínicas





únicas. Luego debido a un cambio de autoridades políticas este trabajo quedó truncado. El propósito, según los entrevistados de esta iniciativa, fue el de evitar superposiciones que conducen a una revictimización por parte de las instituciones que se supone deben subsanar la vulneración.

### ***Percepciones de los equipos de salud sobre las prácticas de asistencia***

Al momento de pensar junto con las personas entrevistadas sobre las percepciones acerca y en torno a las respuestas mencionadas en los puntos anteriores, aparecen en primer lugar aquellas relacionadas a cuestiones macro y a decisiones políticas, muchas de las cuales vienen dadas a partir del traspaso del sistema del patronato al de protección de derechos.

Si bien la Convención de los Derechos del Niño, Niña y Adolescente rige en Argentina a partir de 1989, convivió con la ley de patronato hasta el año 2005 cuando fue derogada por la Ley 26.061. Cuando se implementan los servicios locales que debieran llevar a cabo las medidas que anuncia la ley, las formas de trabajo cambian.

Pero estas formas no cambian en sí mismas, es decir, en los equipos o en las prácticas de los profesionales para con los niños/as en la atención directa, sino más bien en la articulación y la vinculación con otros actores intervinientes.

En este sentido las articulaciones más afectadas resultaron ser las que se dan entre los servicios de salud con los juzgados, defensorías y servicios zonales.

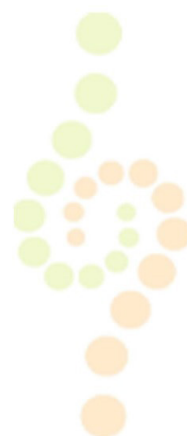
Estos cambios entonces, no fueron acompañados por medidas políticas adecuadas que favorecieran una organización institucional adecuada a dicha transformación:

*“Entonces la guardia de abogados sufre una serie de cambios, igual que las defensorías. Las defensorías dividieron en 4 grupos: zona sur, norte, sureste y centro, que no coincide esa división comunal con las regiones sanitarias, ni con los distritos escolares. Entonces educación quiere trabajar y los distritos escolares no condicen con las regiones sanitarias ni con la organización comunal de protección de derechos. Y esto me parece que también es una situación de poder. El Consejo maneja su cuota de poder, salud maneja su cuota de poder y educación lo mismo. Y en el medio están los chicos. Me parece que pasa todo esto” (Hospital de Niños)*

También respecto a esta organización, aparece una dificultad relacionada con la accesibilidad a los servicios de asistencia en términos de estabilidad, en donde la rotación constante de personal conforma una barrera que solo es capaz de superarse en el plano de las políticas sanitarias:

*“Nosotros estamos definitivos [personal de los servicios de salud en planta]. La gente del Consejo [del Niño, Niña y Adolescente] tiene que hacer un contrato todos los años, esto es fundamental. Si el Estado quisiera proteger a los chicos, dar una jerarquía, desde los sueldos, la estabilidad laboral y confeccionar equipos, que se capaciten que invierta el Consejo en capacitación y que no la tire por la borda.” (Hospital de Niños)*

*“Esa es la diferencia entre un país desarrollado y este. Porque invertimos un montón de recursos y después los despilfarramos. A salud le pasa lo mismo. Forma residentes y después los manda al sector privado. Si formás algo agarrate a los mejores por lo menos... Es una inversión.” (Hospital General)*



Esta rotación desmembra los equipos y es producida por renunciaciones de gente contratada por locación de servicios que consigue propuestas laborales mejores en cuanto a estabilidad y residencias que concluyen.

Otro plano de análisis es el plano institucional. Una de ellas se refirió a la discusión acerca de la necesidad de la especificidad de los servicios que atienden maltrato infantil. Esto se desarrolló en los resultados del objetivo anterior.

Por otra parte, apareció con frecuencia el problema de la revictimización de los/as niños/as que sufrieron abuso sexual y maltrato, siendo los primeros los más perjudicados debido a que la totalidad de situaciones que plantean estos/as niños/as requieren un acceso a la justicia rápido y efectivo. En cambio se encuentran numerosas contradicciones al momento de actuar y el problema más grave consiste en la reiteración de entrevistas y revisiones para construir la prueba del delito.

A continuación un relato que ilustra lo dicho desde la opinión de muchos entrevistados:

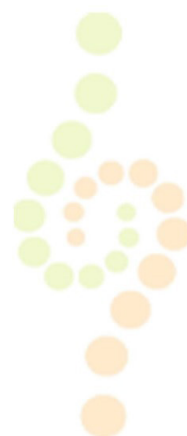
*“Al principio las evaluaciones las hacían todos los equipos. Y los juzgados si eran de equipos especializados tomaban en cuenta estas evaluaciones. Empiezan a recibir las denuncias por las evaluaciones. Por otro lado los juzgados dejan de tomar esto como algo que ellos puedan confiar y validar. Vuelven a hacer evaluar a los chicos en el cuerpo médico forense. Entonces llega un momento donde teníamos un caso con abuso, hacíamos la evaluación, lo validábamos, se denunciaba, el chico volvía a pasar por otra evaluación, entonces el chico decía ‘ya les conté, no voy a hablar más’.” (integrante de un equipo específico en Violencia del Desarrollo Social del GCBA)*

También se planteó una modalidad que evita la revictimización:

*“Nosotros ese diagnóstico pueden pasar varias cosas: podemos validar la sospecha. Decir bueno, el chico nos pudo contar, la validación no es cualquier cosa, no es lo que nos parece o le parece a la familia. Es que pueda contar por su lenguaje, sus expresiones, lúdicas o sus dibujos lo que le está pasando, claramente, que lo pueda decir. Eso se puede lograr o no. La otra situación es que descartemos (el otro extremo de la validación) y la otra intermedia es que no hay esta posibilidad, el chico no nos dijo, pero hay indicios. Porque esta etapa diagnóstica no la podemos extender más allá de dos meses, no podemos estar todo el tiempo, lo vemos 4 o 5 veces al chico. Ya está no le vamos a seguir machacando, nos contó o no. Pero puede haber en el medio situaciones donde nosotros pensamos “algo le está pasando”, está oculto, con miedo, temeroso, lo ponemos en los informes y lo que nosotros pedimos: que esté más en resguardo, que se lo proteja, que continúe con terapia a ver si algo pasa.” (Hospital de Niños)*

Otro tema que surgió en las entrevistas tiene que ver con las revinculaciones.

Las revinculaciones son disposiciones que dictaminan los juzgados indicando la reconstrucción del vínculo de un niño o una niña con la persona adulta que ejerció maltrato en cualquiera de sus formas. Las situaciones más graves son las que se dan en los los/as niños/as que han sido víctimas de abuso sexual.



En algunas entrevistas la revinculación aparece como una modalidad de revictimización, mientras que en otras aparece como dispositivo de atención según el caso.

A raíz de lo conflictivo que resulta la orden de revinculación del juzgado y del aumento de este requerimiento en los últimos 8 o 10 años, se indagó acerca de los fundamentos que se sostienen desde los juzgados para avalar revinculaciones en las que los equipos de los servicios de salud no están de acuerdo. Algunas entrevistas han referido que el argumento está basado en el “síndrome de alienación parental”. Se trata de un síndrome que genera que un/a niño/a no quiera ver a su padre porque supuestamente su madre tiene una influencia relevante en su pensamiento:

*“El síndrome supuestamente, toda la sintomatología es igual al abuso. Todo lo que le pasa por una situación de abuso ellos te dicen que no hubo abuso, sino que esta mamá hizo un trabajo de lavado de cerebro con el chico y le inculcó. Apelan a la memoria construida. (...) Surge de Wagner, que se suicidó, tuvo él una denuncia por abuso, tuvo un pleito, se suicida. Era un psiquiatra militar de EEUU que tenía todo un trabajo de lavado de cerebro a soldados. Arma este síndrome donde dice que las mamá inducen, pero no solo eso, hay lavado de cerebro.” (profesional del área de salud)*

Por último, se vincula la violencia y el abuso sexual a la discapacidad como factor de riesgo:

*“Un chico con una discapacidad, cualquier discapacidad, mental, física, sensorial, es un chico que tiene mucha probabilidad de ser abusado respecto de la población general. Esto lo sabemos los que estudiamos esto. En salud mental se trabaja mucho desde la medicación sintomática, trastornos de alimentación, le damos algo para eso, si es depresión, le damos algo para la depresión, si es un ADD lo medicamos.” (Hospital de Niños)*

Como hemos visto, estas representaciones acerca de la revictimización, la estabilidad del personal que integra los equipos, la formación, agudizan el déficit de accesibilidad simbólica a los servicios de salud mental de los/as niños/as que atravesaron situaciones de violencia.

### **Discusión**

En primer lugar cabe mencionar que existió una dificultad en el acceso a los servicios de salud en lo que refiere, en términos metodológicos, al relevamiento de información o recolección de datos.

Esta dificultad no tiene que ver con la concertación de entrevistas o la disponibilidad de información, sino con la complejidad de las problemáticas que aborda esta investigación y la complejidad que requieren los servicios de salud para abordarlas.

Se relevaron los servicios que asisten maltrato infantil y se logró distinguir con claridad aquellos que reciben niños/as que sufrieron maltrato en el marco de un servicio general, como por ejemplo el de salud mental; como aquellos que se están conformados como espacios dedicados al tema.

Así, vemos que la oferta de servicios que abordan las situaciones de maltrato infantil con alguna especificidad puede clasificarse en tres grandes modalidades: la que





lleva a cabo el hospital Elizalde, la del Hospital Gutiérrez (pertenecientes al ámbito de salud) y las del ámbito de Desarrollo Social.

La primera se trata de la conformación de servicios específicos que abordan la problemática, compuestos por equipos interdisciplinarios y formados especialmente en la materia, que detectan y hacen tratamientos.

La segunda modalidad se refiere a la conformación de comités a nivel institucional, también integrado por profesionales de diversas disciplinas, en los que se tratan los/as niños/as que presentan las situaciones más complejas y se decide el abordaje disponiendo de los diferentes servicios que ofrece la institución (salud mental, pediatría, trabajo social, etc.).

Y por último, similar a la primera pero en otro marco institucional, las que desarrollan desde las áreas Mujer de Desarrollo Social. Se trataría de los Centros Integradores de la Mujer. Como vimos anteriormente, algunos disponen de servicios o programas dedicados a niños en situación de maltrato y otros albergan la problemática desde otro ángulo tomando a las madres en los tratamientos para resolver situaciones de maltrato que se dan a nivel doméstico.

Esto se relaciona con otra cuestión que señalan los resultados: que la problemática, para ser abordada de manera eficaz y efectiva, requiere de la intervención simultánea y articulada de varias instancias, como lo son salud, justicia, educación y desarrollo social.

Ligado a esto vimos que surgió el tema de la revictimización, estrechamente relacionado con las instituciones y la circulación de los niños y niñas por las mismas. Esta circulación se debe a una búsqueda de atención específica y en otros casos a cuestiones relativas a validaciones de abusos sexuales. Estas situaciones son las de mayor gravedad en términos de revictimización y constituyen una vulneración de derechos gravísima ya que se produce sobre una vulneración anterior que de por sí -como muestra la bibliografía, los antecedentes y las entrevistas- produce un daño y un sufrimiento psíquico y emocional severo.

Al respecto podríamos estar hablando de violencia institucional.

Dos ámbitos son entonces los que surgen vinculados a los servicios de salud que asisten niños/as en situaciones de maltrato con alta frecuencia: justicia y desarrollo social. El primero por dos cuestiones: una la transición del patronato al sistema de protección de derechos, y la otra porque existen casos en los que debe intervenir la justicia penal porque se trata de delitos tipificados (abuso sexual).

El segundo porque es un ámbito que proporciona espacios de contención y tratamiento tanto para el/la niño como para su entorno. Cuando las personas entrevistadas mencionaban el entorno, se referían especialmente a las madres y llama la atención el acento que se pone en la transversalización de la perspectiva de género en los tratamientos, en lo que respecta a violencia y abuso. A partir de esto surgió en interrogante acerca de la importancia de esta perspectiva en los servicios de salud mental que asisten niños/as y de ver cómo se piensa esta distinción en términos de las prácticas asistenciales y la accesibilidad.

Por esta razón es imperiosa la necesidad de articular con la justicia y jerarquizar la práctica profesional y el estudio que produce conocimientos desde el sector salud.

El abordaje de salud mental a problemáticas tan complejas como las mencionadas requiere de políticas claras y respuestas institucionales adecuadas, y no basadas en la buena voluntad de los equipos, como se evidencia en el trabajo de campo realizado.

Si bien hay un consenso de que estas son problemáticas en aumento, según refieren los entrevistados, los servicios de salud mental no se encuentran en condiciones de dar

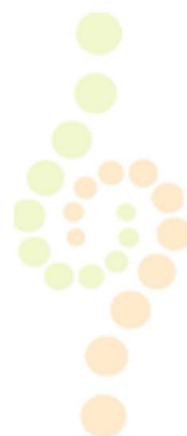


una respuesta integral a las necesidades que garanticen el derecho a la salud planteado por la Convención Internacional de los Derechos del Niño, Niña y Adolescente, la ley 114 y la ley 448 de Ciudad de Buenos Aires. En este sentido las respuestas institucionales para los/as niños/as que atraviesan situaciones de violencia resultan insuficientes.

Las representaciones descritas en los resultados agudizan el déficit de accesibilidad simbólica a los servicios de salud mental dado que constituyen una barrera por la cual muchos/as niños/as terminan no accediendo a dichos servicios o siendo objeto de una práctica inadecuada que vulnera sus derechos.

### Referencias

- ALVAREZ ZUNINO, B. (2002) “Creando Redes para la integración Infantil”. Proyecto de Integración Social y Comunitaria.
- AZEVEDO (2001). Entrevista con informante Calificado de la OPS Dr. Azevedo. Buenos Aires, marzo de 2001.
- BARCALA, A., LOPEZ CASARIEGO, V., CZERNIEKI, S., SCAVINO, C., STOLKINER, A. (2002): “Notas sobre inequidades en salud de los niños de la Ciudad de Buenos Aires y estrategias familiares de cuidado.” Del libro: Ensayos y Experiencias. Salud y Educación. Ediciones Novedades Educativas, pags.14-25.
- BARCALA, A; BRIO, M; Y OTROS (2004). “Caracterización de la consulta institucional en psicosis y autismo infantil en la ciudad de Buenos Aires. Estudio de caso.” En Revista de Investigaciones en Psicología. Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires. Año 9, Nro. 2.
- BARCALA, A., ÁLVAREZ ZUNINO., O., TORRICELLI, F, BIANCHI, V, YNOUB, R. (2003) “Niños/ as con trastornos psicopatológicos graves: representaciones sociales de los profesionales de salud mental que trabajan en los servicios de Salud pertenecientes al gobierno de la Ciudad de Buenos Aires”. Primeras Jornadas sobre Representaciones Sociales. Investigación y Prácticas. Universidad de Buenos Aires, octubre de 2003. Compiladores: M. T. Lodieu/ H. Scaglia. ISBN 950-29-0849-X Edición: MSPS-Integración.
- BRINGIOTTI, M. I. (1999). *Factores de riesgo para el maltrato físico en la población infantil*. Buenos Aires: Miño y Dávila.
- COMES, Y. (2003). Documento de Trabajo del equipo de investigación UBACYT “Accesibilidad y dignidad en la atención en Servicios de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires: sujetos y derecho a la atención en salud” Sede: Facultad de Psicología de la UBA, Directora: Alicia Stolkiner. Buenos Aires.
- FERREIRA, G. B. (1998). Manual de Prevención y Recursos para la Prevención de la Violencia Familiar. Buenos Aires: A.A.P.V.F.
- FORWARD, S. (1991). *Padres que odian. La incompreensión familiar: un problema con solución*. México: Grijalbo.
- GIBERTI, E. & GARAVENTA, J. (2006). *Vulnerabilidad, desvalimiento y maltrato infantil en las organizaciones familiares*. Buenos Aires: Noveduc.
- HAMILTON, G. (2001). Exclusión de la protección social en Salud en Argentina: Tres enfoques metodológicos – Publicado en: <http://www.isalud.org/documentacion> 10 de junio de 2003.
- LUCIANI CONDE; L.; BARCALA; A. Y OTROS (2005). “De la infancia en los márgenes a la ampliación de los márgenes de la infancia: ¿es posible la efectivización del



- derecho a la salud de niñas y niños en situación de calle? En *Diagnósticos en la infancia. En busca de la subjetividad perdida*. Gisela Untoiglich (coord.). 1ª Edición. Buenos Aires: Ediciones Novedades Educativas.
- MARRADI, A.; ARCHENTI, N.; PIOVANI, J. (2007). *Metodología de las Ciencias Sociales*. Buenos Aires: Emecé
- OLIVA M, ABRAHAM M, BARCALA A. (2001). Dispositivos Asistenciales para niños con trastornos Psicopatológicos Graves: Estrategias interdisciplinarias de Trabajo. *Revista Fonoaudiológica de la Asociación Argentina de Logopedia, Foniatría y Audiología*. 47:72-78
- PAWLOWICZ, M. P.; BAZZANO, M. Y OTROS (2008). Proyecto en etapa de redacción de informe final: *Bases para el desarrollo de una metodología de evaluación de recursos para atención de la violencia contra la mujer, a partir de diagnósticos participativos comunitarios*. Secretaría de Ciencia y Técnica de la Nación. La Matanza.
- SOUZA MINAYO, M. C. (2009). *La artesanía de la investigación cualitativa*. Buenos Aires: Lugar Editorial
- STOLKINER, A. (1995). “Asesoría en Servicios de Salud Mental.” Material de la Cátedra de Salud Pública y Salud Mental II. U.B.A.
- YNOUB, R. (1998). *Caracterización de los Servicios de Atención en Violencia Familiar en el área metropolitana de Buenos Aires: actores, instituciones e historia*. En: *Cadernos de Saúde Pública*, Vol. 14, nro. 1, pág. 71-83. Escola Nacional de Saúde Pública. Fundacao Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro. Brasil.

### **Legislación**

- Ley de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires
- Convención de los Derechos del Niño, Niña y Adolescentes
- Ley 114 de Protección Integral los Derechos del Niño, Niña y Adolescentes de la Ciudad de Buenos Aires

