

DOSSIER DE CONFLUENCIAS Nº 62 - ABRIL de 2008

LA NIÑEZ CASTIGADA

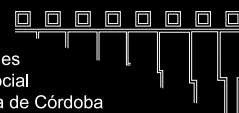
Intervención del trabajador social en el síndrome de Münchhausen

Autora: Lic. Luque Lorena



Confluencias
Dossier

Colegio
de Profesionales
en Servicio Social
de la Provincia de Córdoba



***“...Ya se sabe que, a semejanza de los sabios
y a diferencia de los pragmáticos los niños
suelen darle a sí mismos el placer de visitar indefinidamente
aquello que los hace felices...”***



INTRODUCCION

En el siguiente trabajo se presentará una **Intervención social a nivel familiar** desarrollada en el Hospital de Niños de la Santísima Trinidad de Córdoba. Esta intervención surge a partir de la práctica profesional desarrollada en el marco de la Residencia de “Trabajo Social y Salud” dependiente del Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba, la cual se caracteriza por ser una capacitación-formación profesional en servicio.

El siguiente trabajo, fue llevado a cabo durante el 1° año de la residencia (2004) como referente de una sala de internación desde donde se abordan situaciones de riesgo y/o vulnerabilidad social y familiar que afectan al proceso de salud/enfermedad del niño internado.

En este caso se trata del abordaje de una situación de maltrato infantil, que dentro de las diversas tipologías mencionadas al respecto; se denomina como **“Síndrome Münchhausen “por poderes” (Münchhausen syndrome by proxy)**.

Cabe aclarar que esta intervención es muy particular no solo por haber sido una de mis primeras como profesional sino también por lo inusual de la situación presentada.

Para ello se procederá a establecer el encuadre de dicha intervención, a nivel teórico, metodológico, práctico y temporo-espacial. La secuencia de datos aportados tratará de ser coherente con la estrategia de intervención implementada.



ESCENARIO INSTITUCIONAL DE LA INTERVENCION

El *Hospital de Niños de la Santísima Trinidad* es un efector de salud correspondiente al tercer nivel de atención dentro de la red sanitaria pública de la Provincia de Córdoba.

El Hospital se encuentra conformado por profesionales que imponen sus visiones parciales de la organización, generando subestructuras y subculturas, los cuales construyen su sector de acuerdo a los requerimientos necesarios para la obtención de sus objetivos. Esta situación impide la puesta en práctica de estrategias coherentes que entienden la organización como un todo. Por lo que el “niño paciente” es visualizado como una suma de diferentes partes, que requiere atención y curación y no como un individuo inserto en un contexto familiar, social y cultural propio.

Con relación a la atención de los pacientes, ésta, ha sido prevista con la modalidad de cuidados progresivos. La atención se organiza por áreas y sectores según niveles de cuidados progresivos, confluyendo las diferentes especialidades que actúan alternativamente en las distintas áreas de cuidado.

¿DONDE SE POSICIONA EL TRABAJADOR SOCIAL?

Como una integrante más del Equipo de salud, el Trabajador Social, realiza su intervención social en sala de internación. Esta intervención se enmarca en un marco teórico, ideológico y político específico que le otorga especificidad y científicidad a la profesión.

Desde Trabajo Social en el Hospital de Niños se entiende la ‘Salud: como la expresión de las condiciones y la calidad de vida y no simplemente como el acceso eventual a los servicios de salud’. La salud se define como “expresión compleja de las determinaciones económicas y sociales que inciden sobre las condiciones de vida de los grupos familiares a los que pertenecen los niños que concurren al Hospital de Niños”.

El objetivo general es “Intervenir disciplinaria e interdisciplinariamente, en referencia a aquellos grupos familiares de niños que concurren al Hospital de Niños, que se encuentran en situación de vulnerabilidad y que inciden en su proceso Salud/Enfermedad.”

La intervención disciplinaria en el Hospital de Niños, se realiza desde dos modalidades: una desde el carácter asistencial y la otra desde lo promocional y educativo. Desde lo asistencial se interviene en relación a las necesidades básicas de los niños en situación de mayor vulnerabilidad tanto material como relacional y simbólica. Desde lo *promocional y educativo* entendiendo al niño como sujeto de derechos sociales trabajando la dimensión no material, que hace referencia al proceso salud/enfermedad, trayectorias familiares, percepciones, representaciones en torno a la enfermedad, conflicto, crisis, etc.¹

La intervención del Trabajador Social en este hospital se estructura a partir de la división de los profesionales en las diferentes salas de internación, siendo referentes de las mismas. Los casos a atender pueden ser por inter-

1 Parrafos extraídos del “Diagóstico Organizacional” del Hospital de Niños de Córdoba, Lic. Mariana Gandolfo-Servicio Social. Año 2006.

consulta, captación, derivación o demanda espontánea. A partir de allí las profesionales evalúan la pertinencia de la intervención, para comenzar a trabajar.

Ante todo se tiene en cuenta los objetivos planteados como profesionales pertenecientes a una institución de salud, y principalmente aquellos que la profesión nos plantea propios de nuestro accionar. Las situaciones familiares a atender que llegan al Trabajador Social del Servicio Social del hospital, son abordadas desde los distintos niveles de abordaje (individual, familiar, comunitario e institucional), combinando éstos y siguiendo para ello pautas hospitalarias establecidas desde la organización del Servicio, siendo las mismas comunes a todos los profesionales aunque estableciendo cada profesional su particularidad y enfoque profesional.

MARCO TEORICO-CONCEPTUAL DE LA INTERVENCION

La intervención no se hace nada fácil cuando existe mucha movilidad de pacientes y los tiempos requeridos para el abordaje de una problemática familiar nunca son los necesarios. Si bien en lo social, el tiempo real con que se cuenta tanto a nivel profesional como familiar nunca es suficiente, los Trabajadores Sociales inmersos en una institución pública de salud, debemos adaptarnos a la dinámica institucional y así tratar de responder a nuestra intervención, a la demanda recibida (sea esta directa o indirecta) y principalmente a satisfacer y acompañar a los niños y sus familias (sujetos de nuestra intervención), a resolver la problemática social detectada.

Por otro lado, la no permanencia de un Equipo de trabajo estable y de referencia (llámese residentes médicos, psicólogos, etc.), impide un trabajo en conjunto e interdisciplinario y relaciones profesionales descomprometidas.

Como profesional de la salud, el Trabajador Social interviene en situaciones de “riesgo social” a partir de la demanda directa (principalmente) de los profesionales médicos, detectadas en familias que permanecen con uno o mas hijos internados.

Y acá es bueno aprovechar la oportunidad para aclarar o mencionar la percepción que los médicos poseen de estas familias y para las que solicitan nuestra intervención.

Con el tiempo podemos ver como son caracterizadas o definidas como “familias conflictivas, problemáticas, que dificultan su tarea, madres que no entienden o simplemente familias que genera problemas..”

Personalmente creo que hay un interés desmesurado hacia el “caso” más que hacia el “niño”, por parte de los profesionales. Desde Trabajo Social preferimos hablar de “**niños y familias** que atraviesan o se encuentran en situaciones de **riesgo social**”, encontrando dificultades en su producción y reproducción social de la vida cotidiana, repercutiendo ésto en el proceso salud-enfermedad del niño y su entorno.



Tomo el concepto de riesgo social como “conjunto de factores que determinan la posibilidad de que se produzca un daño o una vulneración”.² Cuando decimos que “un niño está en riesgo” hablamos de factores de riesgo y factores de protección. Entendemos por factores de riesgo a todas aquellas características, hechos o situaciones propias del niño, o de su entorno, que aumentan la posibilidad de producir desajustes bio-psico-sociales de graves consecuencias.

La intervención tiene como objetivo reducir la posibilidad de que el niño sufra un daño severo tratando de elevar el valor de los factores protectores a partir de la valoración de lo que ha sucedido en el pasado o pueda estar sucediendo en el presente. Así, cuando un niño se encuentra en situaciones de desprotección y alta vulnerabilidad tal que comprometa su crecimiento y desarrollo, podremos evaluar su contexto vincular.

La familia de hoy está sujeta a múltiples tensiones derivadas de la vida moderna, lo que aumenta sus conflictos internos. Por conflicto se debe entender una disputa no resuelta entre dos o más sujetos dentro del grupo familiar, y que comporta diversos grados de agresividad. La conflictividad familiar es uno de los componentes más importantes del riesgo, por las implicancias que tiene, es decir, por su cualidad de ser resultado de comportamientos previos y por la gama de aspectos a que se refiere.³

En cada familia se tejen relaciones de interacción, de comunicación y de poder. Dentro de estas relaciones entre los miembros de cada familia, y las situaciones de conflictividad que pueden darse, se mencionará específicamente el concepto de “maltrato” y cómo esto repercute en los niños, como sujetos más vulnerables dentro del grupo familiar.

Gil da una de las definiciones más conocidas, aceptadas y citadas de la literatura: “*Cualquier acto que implique deliberación o, en contraposición, omisión o negligencia emanado de personas, instituciones e incluso sociedades, que privan al niño de sus iguales derechos y libertades e interfieren su óptimo desarrollo, constituirán por definición actos o situaciones de abuso, maltrato y abandono*”.⁴

No desagregare en este trabajo los distintos tipos de maltrato que existen; sino solo haré referencia a la caracterización del **Síndrome Münchhausen “por poderes” (Münchhausen syndrome by proxy)** porque tiene que ver con el marco teórico conceptual de la situación problema a presentar.

Este tipo de maltrato se define como “...*la descripción de hechos falsos o la provocación de síntomas de enfermedad por parte de los padres o tutores, para generar un proceso de diagnóstico y atención médica continuada. Puede iniciarse con la fabricación de signos y síntomas leves y esporádicos pudiendo llegar a provocar la muerte del niño...*”⁵

Este tipo de maltrato infantil, es caracterizado por muchos autores como una topología dentro del “físico”, aunque otros lo encuadran como una clasificación del maltrato “psicológico”. X Querol, lo describe y menciona las características destacadas de este Síndrome: “... *es secundario a enfermedades psiquiátricas de los padres, que inducen a inventar signos, síntomas o enfermedades concretas, e incluso a intoxicar al pequeño, utilizándolo como víctima y como vehículo de los problemas de los padres. El*

2 Eroles Carlos, Adriana Fazzio y Gabriel Scandizzo. “Políticas Públicas de Infancia. Una mirada desde los derechos”. Ed. Espacio, 2ª edición. Buenos Aires, 2005.

3 Bronfman, Mario. “Como se vive se muere. Familia, redes sociales y muerte infantil”, Editorial Lugar, 2001.

4 Gil, Dg. “Physical abuse of children...” en “El niño maltratado” por X. Querol. Editorial Pediátrica, Barcelona- España, 1990.

5 Comité de Ética Asistencial “Maltrato en la Infancia”, Jospital Sant Joan de Déu, Barcelona, España.

*pequeño es ingresado en múltiples ocasiones y en hospitales distintos, donde los padres acuden para llamar la atención. En particular, se presenta más comúnmente en la madre; las cuales suelen ser complacientes, cooperativas y apreciadas por todo el personal hospitalario, lo que debe tenerse en cuenta en el momento de emitir un diagnóstico. Las madres, persiguen, con la simulación, trasladar sus propios problemas hacia el hijo, convirtiéndose en centro de atención y protección por parte de los médicos....”*⁶

INTERVENCION PROFESIONAL

Presentación de la situación problemática.

El abordaje de esta situación problemática surge a partir de la demanda directa por parte de un médico especialista del Servicio de Quemados. La interconsulta fue formulada a los 18 días de ingreso del niño Santiago⁷ con diagnóstico médico de **“Quemadura de pie derecho, con infección”**, solicitando la valoración del Trabajador Social a fin de **“Descartar Síndrome de Maltrato Infantil”**. El fundamento del médico, fue *“...que observaba a la mamá con dificultades para las curaciones del niño y sin avances en su estado de salud...”*, considerando este hecho de carácter No intencional.

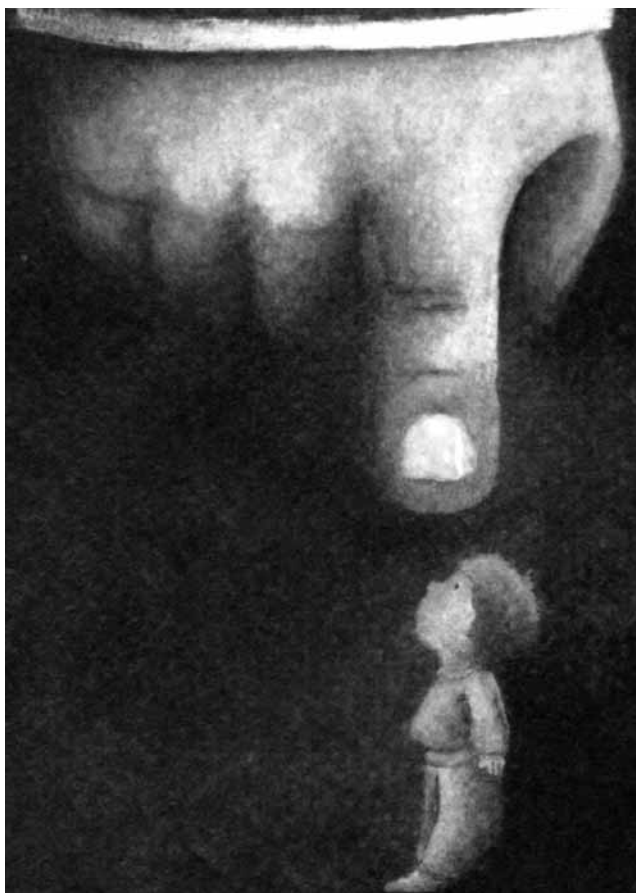
El niño ingresó a la internación con **1 año y 5 meses de edad**; acompañado por su progenitora. El hecho habría sido producido en su hogar 8 días antes del ingreso; relatando su madre durante la primera entrevista que *“...movió la cocina y se le cayó un jarro de té hirviendo sobre el pie...”*. Al momento del hecho el niño se encontraría sin compañía de un adulto, y con desplazamiento propio (gateaba) aunque todavía el niño no caminaba. La progenitora registraba consultas a la guardia de este hospital para curaciones, hasta el momento de su internación.

En la **primera entrevista** de admisión realizada con la madre del niño y para poder elaborar un Diagnóstico Social o una aproximación a éste, se conoce la situación sociofamiliar del niño, y los hechos sucedidos que dieron lugar a la internación del mismo.

En cuanto a los **antecedentes prenatales y médicos**; se puede decir: parto domiciliario, sin controles de embarazo de la madre, antecedente de otra internación en este hospital por bronqueolitis al mes de vida. Peso al nacer normal, vacunas completas.

Controles médicos por pediatra de cabecera en Dispensario del barrio.

En cuanto a la **familia conviviente del niño**, se trataba de una familia de tipo nuclear con jefatura masculina; conformada por 6 miembros: padre (30), madre (25) y 4 hijos: todos varones de 6, 5, 3



⁶ X. Querol. “El niño maltratado”, Editorial Pediátrica, Barcelona- España, 1990.

⁷ El nombre del niño ha sido modificado a los fines de preservar la identidad del mismo.

años y Santiago de 1 año y 5 meses (paciente). El hermano mayor de éste era paciente del Servicio de Salud Mental de este hospital, con Diagnóstico de “hiperquinesia”, y bajo tratamiento médico periódico. Además asistía a Escuela Especial.

Los tres mayores estaban escolarizados y asisten al comedor escolar.

En cuanto a los progenitores, éstos convivían (no matrimonio legal) desde hace 6 años, con separaciones reiteradas por situaciones de violencia conyugal. Residían en el barrio hace muy poco tiempo.

Redes familiares extensas: con la familia materna no tenían contacto ni contaban con su apoyo teniendo relaciones muy débiles o inexistentes, y con la familia paterna mantenían relaciones mas periódicas aunque conflictivas, pero de apoyo para la progenitora en el cuidado de los niños en forma circunstancial. Vínculo inestable.

En cuanto a la **situación económica del hogar**, el ingreso monetario provenía de la actividad en el sector informal del progenitor, con ingresos escasos y la progenitora era ama de casa siendo la encargada del cuidado de los niños y percibía subsidio estatal (Plan Jefes de Hogar), además de otras ayudas estatales.

Reseña Social

Durante la **primera internación** del niño, se le practica un injerto en el pie y se solicita en reiteradas oportunidades la intervención desde el Servicio de Salud Mental, no interviniendo en el mismo ya que manifestaron “...*ser una familia trabajada por el otro niño (hermano mayor de Santiago)*...”

Al iniciar con la intervención, se receptan reclamos y denuncias por parte de una enfermera de la sala quien relataba situaciones de riesgo social en la familia (hechos de violencia infantil, descuidos, antecedentes judiciales, violencia conyugal, y la consecuente mudanza del barrio a causa de lo mencionado anteriormente).

Por otro lado, en antecedentes de la comunidad existían datos ambivalentes desde los referentes de los Dispensarios e Instituciones escolares; algunos manifestando la protección y cuidados de la progenitora calificando este hecho como “*accidental*”, y por otra parte se calificaba a la progenitora como “*madre no muy normal, persona conflictiva, descuidando la salud de sus hijos, existiendo maltrato por acción u omisión con los hijos...*”.

Se otorga alta médica a los 37 días de internación, acordando con el Dispensario de referencia un estricto seguimiento médico y social y también desde las Instituciones escolares donde asisten los niños, a fin de acompañar a la madre en los cuidados post alta. Desde Trabajo Social se valora que al momento del alta, existían indicadores de riesgo a trabajar en la familia que requerían de acompañamiento en domicilio; especialmente



con la mamá para el cuidado y atención de los niños del hogar. Hasta ese momento, no se observaron indicadores compatibles con maltrato infantil. Discrepancias en los antecedentes familiares obtenidos desde comunidad. A los 45 días, el niño reingresa por continuar con infección en el pie. Durante esta **segunda internación** se continúa trabajando con la madre del niño ante la reiteración de interconsulta por “SMI” (Sospecha de Maltrato Infantil), por lo cual se conoce las dificultades de la misma para cumplir con las indicaciones médicas para la atención del niño y elaborar conjuntamente estrategias de protección que el niño requería.

Se recibe desde el Dispensario la solicitud de intervención judicial del niño lo cual es negado por el equipo médico del hospital ya que se reconocía la asistencia de la madre a los controles médicos asignados para curación.

Se realiza intervención conjunta con **Salud Mental** realizando entrevistas con la familia extensa paterna (tía y abuelo del niño); en las cuales se observan antecedentes de violencia conyugal en la familia paterna, alcoholismo por parte de abuelo, acompañamiento de la tía en el cuidado de los niños (durante la internación de Santiago es quien cuida del resto de los niños), reconocimiento de irresponsabilidades y ausencia por parte del progenitor, etc. Manifestaron entregar ayudas económicas hacia la familia, y colaborar en relación a la escolaridad de los niños, reconociendo las dificultades de la madre pero a su vez, rescatando su actitud de compromiso ante las tareas del hogar y atención de sus hijos.

En la entrevista con el papá del niño, éste se mostró muy preocupado por la salud de Santiago, acusando a los médicos del alta apresurada del niño. Manifestó ser quién pone los límites en el hogar y reclamó descuido de su pareja ante el cuidado de Santiago, justificando su ausencia en el hospital por cuestiones laborales. Se acuerda con él; mayor presencia del resto del grupo familiar en el cuidado del niño durante su internación.

Se establece como Diagnóstico médico: “**Necrólisis Epidérmica Tóxica**” y el niño en poco tiempo empezó a aumentar su porcentaje de expansión de la enfermedad (90 % del cuerpo), pasando de la sala común a la Sala de cuidados intermedios (UCI), por su delicado estado de salud y ante los cuidados específicos que requería en ese momento. No se encuentran causas etiológicas que explique este tipo de lesiones. A los 14 días de permanecer en esta sala, el niño es valorado como “*paciente de alto riesgo, en mal estado general, con posibilidades de fallecimiento*”, pasando rápidamente a la Unidad de terapia intensiva del hospital (**UTI**). Allí el personal de salud informa al Servicio Social sobre “*...actitudes sospechosas de la madre hacia con el niño...*”, observando conductas de riesgo para la salud del niño, poniendo en duda los cuidados de la madre. Tanto el personal de enfermería como los médicos, denuncian que “*...la madre puede estar manipulando los procedimientos médicos necesarios para la recuperación del hijo, perjudicando su salud, logrando la misma de esta forma el no regreso a su hogar...*”

Esto surge por los manejos de la madre con el niño observados en la UTI (siendo una sala de poco contacto entre madre y paciente), las dificultades médicas para trabajar con la misma, desobediencias ante indicaciones médicas, ingreso de sustancias alimentarias y/o materiales (juguetes u otros) que podían perjudicar su infección, sin medidas de limpieza asignadas, buen manejo de recursos hospitalarios y de diagnósticos médicos y como dato más relevante se observa a la madre manipulando el suero con leche.



Se solicita informe médico y de enfermería con lo observado y evolución en Historia Clínica correspondiente, para darle validez a lo mencionado, lo cual no fue realizado.

A esto se le suma la negativa de la madre de regresar a su hogar para estar con sus otros hijos (**a 2 meses de internación**), padre ausente, sin apoyo familiar como se había acordado anteriormente, negativa de la mamá para que los Profesionales de Salud Mental trabajen con el niño, malas relaciones entre el personal de salud y la madre, actitud poco colaborativa de la misma, etc.

Se realizan reiteradas entrevistas con la progenitora para aclarar lo sucedido en la sala, acompañar a la madre, escuchar su discurso, conocer el manejo hospitalario, observar sus comportamientos, comprender sus relatos decodificando los mismos y trabajando con ella sus necesidades, sentimientos actuales y futuros ante el estado delicado de salud del niño. También el progenitor fue citado para entrevista en reiteradas oportunidades, manifestando éste su angustia ante el estado del niño y el avance de la enfermedad, además de la preocupación por la falta de contacto de la madre con sus otros niños y la negativa de regresar al hogar. Se acuerda visitas más periódicas al niño, y una nueva reorganización del grupo familiar.

A los **3 meses de internación** y en la **valoración psicológica** de la madre en relación al vínculo con Santiago, se valora: niño con compromiso psicológico, conductas de autismo, escasa relación entre madre e hijo, progenitor ausente, ausencias de la madre en el hospital, dificultades en el vínculo, llegando a valorar la posibilidad de dar intervención judicial, a causa de la falta de atención de la misma con el hijo.

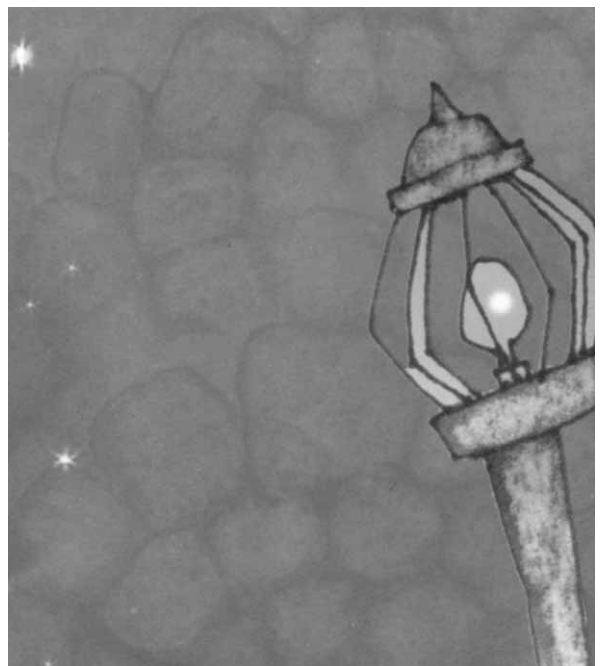
Se observaba que el niño al interactuar con otras personas (cuidadoras del mismo durante su internación), mejoraba su estado anímico, físico y relacional, encontrando los médicos problemas con la madre cuando se encontraba en la sala, por ello se tuvo que asignar un cuidador permanente para vigilar a la mamá.

A los 2 meses de permanecer en **UTI (3 meses y medio de internación)**, se denuncia nuevamente desde la sala, "*...que la madre ha tocado las heridas del niño...*". Se le prohíbe las visitas a la madre, aunque con compañía del progenitor se realizaban encuentros con el niño.

El niño había empezado a mejorar y pasa a la sala **UCI** (de cuidados intermedios) siendo nuevamente manipuladas sus heridas (*.. "la madre sacó cascaritas de las ampollas secas..."*) lo que produjo en pocas horas, el regresó a la sala de **UTI** (cuidados intensivos).

Plantean la posibilidad de intervención judicial del niño, pero al no contar con los informes médicos de lo observado en relación a las actitudes de la mamá y estando el niño en grave estado de salud, se decide postergar dicha judicialización. Se trabaja con personal del Voluntariado y Maestras de la escuela para acompañar al niño.

A los **4 meses de internación** se decide en reuniones conjuntas de todo el Equipo profesional interviniente, dar aviso a **Juzgado de Menores Prevención** fin de proteger al niño y para control de la mamá; observándose una falta de cumplimiento de pautas acordadas con los progenitores durante la internación del niño y



solicitando supervisión hacia la madre durante el cuidado del niño y la promoción de estimulación adecuada que el niño requería. La intervención judicial, sólo se limitó a audiencias con los progenitores.

Durante este tiempo era la progenitora quien cuidaba del niño bajo la supervisión permanente del personal hospitalario.

Al **5º mes de internación**; el niño pasa a la sala común de internación (cuidados mínimos), encontrándose en buen estado general. A los 8 días en esta sala, se descompensa abruptamente, pasando nuevamente a la UCI y UTI. No se encuentran causas etiológicas que explique este tipo de lesiones.

Así el niño permanecía pocas horas en la sala común (donde la vigilancia es menor y la permanencia de la cuidadora mayor, con mas participación en el cuidado del niño, y con posibilidades de alta hospitalaria), pasando rápidamente e inexplicablemente a una sala de cuidado intermedio, empeorando su estado de salud. A los **8 meses de internación** y con excelente estado de salud y grandes posibilidades de alta hospitalaria, regresa a sala común. Ese mismo día, informan desde enfermería que el niño de repente se ampolló, comenzando a sangrar sus heridas, con nuevas lesiones; pasando a UCI.

El personal que estaba al cuidado del niño durante este momento manifestaron que la madre fue quien tiró líquido al niño sobre su cabeza (agua caliente o perfume) lo que haría brotar las lesiones ampollares del niño, encontrándola a la misma con una frasco en la mano en el momento en que acudieron a la habitación. También testigos informaron al Juez, de comentarios de otras madres de la sala que vieron a la progenitora con una maquinita de afeitar usándola en el niño.

Considerando que el niño empeoró su salud al llegar la madre a la habitación y a partir de que horas antes la misma habría amenazado a los médicos de la UCI cuando se enteró del traslado de sala del niño y de su pronto alta medica, se diagnosticó como **Síndrome de Münchhausen**. “...Las lesiones encontradas no son características de su enfermedad de base, por lo que no es posible descartar Injuria provocada...” (según refirió informe médico)

Dada la gravedad de la situación del niño y considerándose un hecho intencional, con total acuerdo y testigos de ello, quedando registrado cada hecho en la historia clínica correspondiente, y enviando informes médicos, sociales, psicológicos y de enfermería; se cita la “**Prohibición de visitas de la madre**”, ante Juzgado de Menores actuante.

Con presencia del Médico Forense de Juzgado quien revisó al niño y valoró “...la presencia de lesiones no compatibles con su patología de base, tampoco son accidentales; sino lesiones producidas por líquido caliente...”

Desde Juzgado se prohíbe las visitas de ambos progenitores y a todo tipo familiar, con presencias reiteradas de la madre, por lo cual se asigna desde Juzgado un guardia policial en la sala. En este momento tuvimos problemas con el personal de enfermería del hospital, ya que le permitían ingresar la mamá a la habitación porque les daba lástima, teniendo que reforzar la protección del niño y hablar con las enfermeras.

Al mes de permanecer allí (**9 meses de internación**), pasa el niño a la sala común, estando al cuidado de un Acompañante terapéutico las 24 horas del día, con grandes mejorías en poco tiempo. Se solicitó en varias oportunidades una familia sustituta para el niño, lo cual fue negado desde Juzgado.



Se otorga alta hospitalaria el 09/11/05, cumpliendo en total 1 año y 2 meses de estadía en el hospital. El niño de 2 años y 6 meses de edad es retirado por personal de la Subsecretaría de Protección del Niño y Adolescente, siendo internado en un Instituto de Menores de Córdoba. Seguimiento por consultorio externo con grandes y rápidas mejorías físicas, psicológicas y sociales del niño por un período de tiempo. Cambio de Institución de Salud por decisión judicial.

Al poco tiempo de internación el niño fue dado en guarda a una familia para su posterior adopción, con encuentros periódicos entre la madre y el niño a fin de no perder su vínculo y principalmente con sus hermanos quienes demandaban la presencia del niño. El resto de los niños, conviven con sus progenitores.

Se inició proceso penal en contra de la progenitora, por el tipo de lesiones. Se solicitó tratamiento psiquiátrico de la madre el cual no fue cumplido hasta la fecha. Continúa con tratamiento de un hermano del niño en Salud Mental, sin adhesión al tratamiento del niño y con reclamos judiciales para recuperar a Santiago.

Desde Trabajo Social, no se continuó interviniendo en la situación familiar desde el Alta Hospitalaria del niño por la relación entre profesional y madre.



ESTRATEGIA DE INTERVENCION PROFESIONAL

Desde el 1º ingreso del niño al hospital, se trabajó con la problemática del niño y su familia. Delimitando el “sujeto de Intervención” podemos decir que éste era **“el niño, su familia más próxima y su entorno”**.

En una primera instancia la demanda de intervención fue **“las dificultades de la progenitora para el cuidado del niño”**, llegando a la **“Sospecha de Maltrato Infantil”**. A partir de ésto se fueron realizando diversas acciones que hacen al quehacer profesional y que permiten a la profesión llegar a un **“Diagnóstico social”**, a partir de la información recabada. Por ello, en cada Intervención profesional, hablamos de un proceso de interacción entre **“investigación-intervención”**.

Variables que se utilizaron para el Diagnostico de la situación sociofamiliar:

- Datos personales y antecedentes médicos – sociales del niño.
- Datos del Grupo familiar conviviente y familia extensa.
- Estructura y dinámica familiar.
- Redes comunitarias.
- Relato del hecho, por los diferentes actores.

- Historia de internación y evolución del estado de salud del niño.
- Diagnóstico médico e Intervención del equipo de salud.
- Actuación del Juzgado de Menores.

Indicadores de riesgo observados en el grupo familiar:

- Niño con diagnóstico de ingreso de “infección en un pie” lo que desencadenó una “Necrólisis Epidérmica tóxica”, a causa de un accidente doméstico.
- Niño con internación prolongada (más de 1 año de internación), encontrándose en reiteradas oportunidades en situación de riesgo.
- Antecedentes prenatales de riesgo (embarazo no controlado) y otra internación del niño en el hospital.
- Hermano del niño con diagnóstico de “hiperquinesia”, lo que repercute en la dinámica familiar y especialmente en el cuidado de la madre hacia los niños.
- Progenitora al cuidado de los niños en el hogar y encargada de las tareas domésticas cotidianas, sin apoyo del progenitor ni familia extensa.
- Progenitora encargada del cuidado del niño durante toda su estadía de internación, con dificultades en el cuidado del niño y en la aceptación de indicaciones médicas.
- Prolongada internación del niño que supone una ausencia de la progenitora del hogar y reorganización familiar.
- Tiempo de permanencia de la madre con la negativa de regresar a su hogar, y posterior ausencias en el hospital.
- Ausencias durante la internación del progenitor y familia extensa como se había pactado.
- Comportamientos de riesgo de la progenitora durante la internación (peleas con el personal de salud, manipulación de tratamientos y/o procedimientos médicos, manejo hospitalario de recursos y diagnósticos, relaciones interinstitucionales, desobediencias a las indicaciones médicas, etc).
- Evolución de la salud del niño y desestabilización en pocas horas al producirse cambio de sala (más próxima al alta médica), observándose desmejorías abruptas del niño coincidentes con la permanencia de la madre en la sala o de conductas observadas en el contacto entre madre e hijo.
- Relación madre e hijo progresivamente distante, con diagnóstico psicológico del niño de “autismo”.
- Antecedentes de violencia conyugal, en el grupo familiar conviviente del niño y en la familia materna y paterna extensa.
- Antecedentes de alcoholismo en el progenitor.
- Cónyuges con relación de pareja inestable.
- Embarazo de la madre durante la internación.
- Redes familiares y comunitarias inestables o inexistentes.

Valoración Profesional:

Si bien la intervención familiar comienza por la necesidad de acompañamiento y seguimiento a la familia ante los indicadores de riesgo observados que dificultan la dinámica familiar y cómo esto repercute en los miembros de esta familia, progresivamente se constituye un Diagnóstico acabado para el cual se requirió de tiempos y acuerdos profesionales. Es decir, que de pasar a caracterizar a este hecho como “descuido”, o “actitud negligente de la madre”, se determina como Diagnóstico médico, social y psi-



cológico de **“Síndrome de Münchhausen”**.

El trabajo estuvo centrado principalmente con la progenitora quien era la acompañante del niño durante su internación. Se hablo con ella para conocer sus sentimientos, perspectivas, nociones a cerca de la enfermedad; realizándole contención, apoyo y orientación. Pero esto no bastó para clarificar la situación a tiempo.

Las reiteradas denuncias en contra de la madre nunca fueron acompañadas de un diagnóstico médico claro, ni manifestando fehacientemente lo acontecido con la madre, generando ambigüedades en lo que refiere a las acciones de la misma planteando si los cuidados favorecían o perjudicaban el bienestar del niño.

La situación de riesgo comprobada expuso al niño a situaciones de vulneración de sus derechos, situaciones que podrían haber sido prevenidas a tiempo.

Cuando se parte de diferentes perspectivas, relatos, hechos, etc se corre el riesgo de caer en ambigüedades y contradicciones que dejan entrever las fallas en el accionar profesional.



Es de importancia mencionar algunos de los errores, que a mi parecer hubo en esta intervención:

- Falta de un diagnóstico psicológico que evalúe la relación del niño y su madre, acompañado de un trabajo continuo desde ese Servicio.
- Falta de pericia psiquiátrica de la madre.
- Muchos relatos dispares, sin compromiso fundado de lo relatado.
- Discrepancias en los profesionales actuantes, lo que puede caracterizarse como Maltrato Institucional.
- Diagnóstico médico sin certeza de su causa etiológica.
- Deficiente seguimiento comunitario, ligado a una falta de compromiso hacia el caso.
- Demora en el tiempo para detectar el Síndrome de maltrato infantil lo que conllevó a un Síndrome de Münchhausen.
- Incoordinaciones y falta de compromiso profesional a nivel hospitalario.
- Inexistencia de trabajo interdisciplinario.
- La posibilidad de trabajar directamente con el niño cuando su edad lo permite.
- No fortalecer suficientemente las redes familiares a fin de generar un compromiso a nivel familiar.
- Manejar tiempo legales que no permiten la prevención de daños futuros, sino que se convierten en acciones burocráticas.
- Sin medidas de protección con los hermanos del niño.
- Imposibilidad de seguimiento del niño y de su causa judicial.

CONCLUSIONES

Uno aprende de las acciones realizadas y de las no realizadas también.... Considero que una intervención a nivel familiar desde una perspectiva que se escuche la voz del niño, donde lo principal sea su derecho, donde el objeto de intervención esté centrado en el proceso salud-enfermedad y sus repercusiones a nivel familiar, donde exista una efectiva y rápida respuesta desde las autoridades judiciales, con instancias intermedias entre el seguimiento comunitario y la intervención del Juez de Menores, donde el trabajo profesional sea en equipo, interdisciplinario y sumamente comprometido, potenciando los factores protectores de la familia y su entorno y no valorando solamente los factores de riesgo. Esto es un desafío para nuestra profesión y en el día a día se construye colectivamente los cimientos para ello.

BIBLIOGRAFIA

- Barg, Liliana "Los vínculos familiares. Reflexiones desde la practica profesional". Editorial Espacio, Buenos Aires, 2003.
- Bedolla, Yabbur. Trabajo Final. 2000. Apuntes Seminario Salud-Salud Mental. Escuela de Trabajo Social. Modulo III.
- Bronfman, Mario. "Como se vive se muere. Familia, redes sociales y muerte infantil", Editorial Lugar, 2001.
- Cazzaniaga Susana (compiladora) "Intervención Profesional: legitimidades en debate", en capitulo "Entre lo Publico y privado: la violencia en la familia" Lic. Marisa Paira. Espacio editorial, Buenos Aires, 2006.
- Comité de Etica Asistencial. "Maltrato en la Infancia", Hospital Sant Joan de Déu, Barcelona - España.
- El llibre d' en Pau; Generalitat de Catalunya; Departament de Sanitat i Seguretat Social, Barcelona, 1996.
- Eroles, Carlos , Adriana Fazzino y Gabriel Scandizzo. "Políticas Públicas de Infancia. Una mirada desde los derechos", Ed. Espacio, 2º edición. Buenos Aires, 2005.
- Eroles, Carlos (coordinador), "Glosario de Temas fundamentales en Trabajo Social", Ed. Espacio. Buenos Aires, 2005.
- Gandolfo Mariana "Diagnóstico Organizacional" del Hospital de Niños de Córdoba,- Servicio Social. Año 2006.
- Giberti, Eva (Compiladora) "Abuso sexual y malos tratos contra niños, niñas y adolescentes. Perspectiva psicológica y social". Espacio editorial, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 2005.
- Gil, Dg. "Physical abuse of children..." en "El niño maltratado" por X. Querol. Editorial Pediátrica, Barcelona- España, 1990.
- Manual de Procedimientos Servicio Sociales Hospitalarios. Ministerio de Salud de Córdoba.
- X. Querol. "El niño maltratado", Editorial Pediátrica, Barcelona- España, 1990.



Colegio
de Profesionales
en Servicio Social
de la Provincia de Córdoba

