

margen N° 78 – setiembre 2015

Acerca de las representaciones sociales de la Intervención del Trabajo Social

Así como nos miran, ¿nosotros nos miramos?

Por María Cecilia Rosacher

María Cecilia Rosacher. Licenciada en Trabajo Social. Ex Residente del Servicio Social del Hospital de Niños de la Santísima Trinidad. Programa de Residencia de Trabajo Social y Salud. Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba, República Argentina.

Presentación

“La identidad se estructura y se mantiene en relación con otros (...) La identidad no es sólo una definición acordada por el colectivo profesional (...) La mirada de los otros, de los “no trabajadores sociales” marca profundamente nuestra propia mirada sobre nosotros mismos, y desde esta idea, también nos constituye”.

(Acevedo, Patricia; 2000)

El presente artículo tiene como objetivo presentar algunas reflexiones de la investigación desarrollada en el marco de la Residencia en Trabajo Social y Salud en la ciudad de Córdoba, cuyo objetivo fue *analizar las representaciones sociales que los profesionales del equipo de salud (médicos, psicólogos y trabajadores sociales) del Hospital de Niños de la Santísima Trinidad mantienen respecto de la intervención profesional del Trabajo Social.*

Se parte de considerar que en torno a la intervención del Trabajo Social circulan un conjunto de representaciones sociales relacionadas con aquellos resabios y herencias que dieron origen a la profesión: prácticas filantrópicas de voluntariado o religiosas. Asimismo, “la mirada” construida históricamente en torno a la niñez derivó en prácticas de “control social” hacia las familias más vulnerables. En particular, el quehacer profesional en el Hospital de Niños de la Santísima Trinidad de la Ciudad de Córdoba, está atravesado por la perspectiva médica-hegemónica que prevalece en la institución, impregnando de una visión positivista a “lo social”.

Precisamente, la iniciativa de desarrollar la mencionada investigación se centró en el análisis preliminar de algunas demandas de intervención que otros profesionales realizaban al Trabajo Social vinculadas con tareas administrativas o de control social sobre los grupos familiares, atravesados por esta dinámica institucional.

Se toman aportes del sociólogo francés Pierre Bourdieu (2002), quien desde el constructivismo estructuralista ayuda a pensar la salud (e institucionalmente, el Hospital de Niños de la Santísima Trinidad), el Trabajo Social y la niñez en términos de campo. Asimismo, se tienen en cuenta los aportes de autores del campo la Psicología Social como Moscovici (2002) y de su discípula Jodelet (2003) para comprender las representaciones sociales. Por último, se recuperaron aportes del campo disciplinar del Trabajo Social, especialmente de Cristina González (2015), Nora Aquin y Patricia Acevedo (2007) con la finalidad de analizar las estrategias de intervención profesional.

Se llevó a cabo una investigación de tipo exploratoria con un diseño cualitativo. Los resultados de la investigación se convierten en un insumo fundamental para que el colectivo profesional problematice el “quehacer” del Trabajo Social en el ámbito hospitalario, y genere rupturas respecto de intervenciones inmediatistas e indiscriminadas – sin mayores mediaciones teóricas- asentadas en objetos pre-construidos por otros profesionales.

El “mirar hacia dentro” del colectivo profesional desde las representaciones sociales de los miembros del equipo de salud, puede aportar al proceso de consolidación de nuestra identidad profesional, habilitándonos para disputar espacios frente a otras disciplinas y ampliar márgenes de autonomía profesional en el contexto institucional hospitalario.

Aproximaciones teóricas

La perspectiva de análisis se centra en dos conceptos fundamentales propuestos por Pierre Bourdieu (2002) para comprender y entender la realidad social: campo y habitus, desde donde se analizarán aspectos fundamentales como la **Salud**, el **Trabajo Social** y la **Niñez**.

Respecto del **campo de la salud**, Bilavcik y Rimondi (2012) nos invitan a entender el sistema de salud nacional como un campo, en donde una multiplicidad de actores ocupan diferentes posiciones debido a que poseen diferentes tipos de capitales. En dicho campo, predomina una tendencia biologista de la salud, en el cual disciplinas como el Trabajo Social, proveniente de las Ciencias Sociales, quedan en una situación desventajosa. Por su parte, Torcuato Di Tella (2004), habla que en Occidente pueden reconocerse tres paradigmas respecto de la salud-enfermedad:

- *Paradigma Biomédico*: en donde la enfermedad es considerada como producto humoral del cuerpo, y este es dividido en compartimentos, diagnosticando y estableciendo tratamientos sobre las partes afectadas.

- *Paradigma sanitarista o desarrollista*: a mediados del siglo XX se agregan los factores sociales, psicológicos y ambientales, sin embargo no cuestiona la concepción biomédica.

- *Paradigma alternativo de la medicina social*: se considera a la salud-enfermedad como un proceso social en el que intervienen multiplicidad de factores y busca el origen del vivir, enfermar o morir en los procesos de producción o reproducción social.

En relación al **campo de Trabajo Social**, Nora Aquín (2004) propone pensar la disciplina como un campo constituido por tres esferas:

- *Los procesos de reproducción cotidiana de la existencia*: Este concepto alude al conjunto de actividades que aportan al mantenimiento de la población existente a través de las tareas domésticas de subsistencia.

- *Los proceso de distribución secundaria del ingreso*: hace referencia a los recursos a través de los cuales el Estado se hace cargo de la cuestión social.

- *Sujetos con dificultades para atender por sus propios medios las necesidades derivadas de su reproducción cotidiana*. También se abordan obstáculos que presentan sujetos que no se ven desfavorecidos en el marco del sistema de producción capitalista, pero que son derivados o eligen acceder a programas o políticas que tienen origen en la distribución secundaria del ingreso.

Se suman los aportes de Aquín y Acevedo (2007) quienes invitan a pensar la intervención profesional como “una irrupción en la realidad para producir un cambio, un quiebre, una modificación en el curso de los hechos” (Pp. 1). Por su parte, Cristina González (2015) afirma que la intervención profesional presenta implicancias éticas, supuestos teóricos referenciales y supuestos metodológicos.

En relación al **campo de la niñez**, se toman los aportes de Marily Piotti (2000) quien entiende que la infancia y la adolescencia son construcciones socio-culturales, y distingue tres paradigmas predominantes:

1. Paradigma del Control Social de la Infancia - Adolescencia o con modificaciones posteriormente la Doctrina de la Situación Irregular.
2. Doctrina de la Protección Integral del Niño o en su evolución el Paradigma de Protección de Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes.
3. Paradigma de la Promoción y el Rol Social de la Infancia – Adolescencia o el Paradigma de Protagonismo Infantil Organizado.

Ahora bien, esos paradigmas han prevalecido en el ejercicio de la profesión según el momento histórico, por lo cual es posible reconocer sus particularidades a lo largo de la historia, a través de los aportes de Acevedo (2000) y de Alayón, Barreix y Cassineri (1971).

Recuperando lo anteriormente desarrollado, en este artículo se parte de considerar que la intervención desde Trabajo Social en un Hospital de Tercer Nivel está impregnada por los vestigios que dejó su origen centrado en la caridad y la filantropía; y se encuentra atravesada por los lineamientos del paradigma del control social de la infancia o de la "situación irregular," en el marco de una institución donde predomina el modelo médico hegemónica, centrado en una visión biomédico-positivista.

Finalmente, para el abordaje de las representaciones sociales se toman aportes de Moscovici (2002) y Jodelet (2003). El primero entiende por representación social *"una modalidad de conocimiento, cuya función es la elaboración de los comportamientos y la comunicación entre los individuos (...) gracias a las cuales los hombres hacen inteligible la realidad física y social (...) Son sistemas de valores, nociones y prácticas que proporciona a los individuos los medios para orientarse en el contexto social y material, para dominarlo..."* (Moscovici, 1979; 11-24). En la investigación se utilizaron los siguientes conceptos: las condiciones de surgimiento, sus dimensiones, dinámica y determinación de una representación social.

Enfoque y diseño metodológico

Se llevó a cabo un estudio cualitativo de carácter exploratorio con el objetivo de: *"analizar las representaciones sociales que los profesionales del equipo de salud (médicos, psicólogos y trabajadores sociales) del Hospital de Niños de la Santísima Trinidad mantienen respecto de la intervención profesional del Trabajo Social"*.

Dentro de ese marco, los objetivos específicos que orientaron el estudio fueron los siguientes:

- Indagar las nociones que prevalecen en los profesionales del equipo de salud pertenecientes al Hospital de Niños de la Santísima Trinidad respecto de la intervención del Trabajador Social.
- Identificar las concepciones que las trabajadoras sociales del Servicio Social poseen respecto del ejercicio profesional en la institución.
- Analizar las demandas de los profesionales del equipo de salud que solicitan la intervención del trabajador social.
- Analizar las situaciones en las que efectivamente intervienen las trabajadoras sociales del Servicio Social, y la forma en la que construyen su objeto de intervención.

La población estuvo compuesta por médicos, psicólogos y trabajadores sociales del Hospital de Niños de la Santísima Trinidad. Las variables que guiaron la investigación fueron las representaciones sociales (nociones, concepciones y prácticas), estrategias de intervención profesional y demandas al Trabajo Social.

Teniendo en cuenta que los medios que vehiculizan las representaciones sociales son los discursos y las prácticas, la muestra de carácter intencional se constituyó por profesionales del equipo de salud y por los informes psico-sociales elaborados por trabajadoras sociales conjuntamente con profesionales de psicología durante el año 2014. Los criterios para la selección de los entrevistados fueron: profesionales médicos, trabajadoras sociales y psicólogos que se desempeñan en sala de internación común, que participan de un Programa Hospitalario de atención a niños, niñas y adolescentes con enfermedades crónicas, que tengan más de cinco años de experiencia en el ejercicio de su profesión en el hospital, y que trabajen regularmente con trabajadoras sociales.

Se realizaron dos entrevistas semi-estructuradas a psicólogos y dos a médicos; y dos entrevistas en profundidad a trabajadores sociales. Para ello, se elaboraron tres guías de entrevistas diferenciadas. Para el análisis de los informes, se diseñó y aplicó una matriz de análisis conteniendo los siguientes tópicos: fecha de realización y destinatario, demanda que da origen a la intervención / necesidades y objeto de intervención, identificación de estrategias desarrolladas durante la intervención, solicitud hacia organismos de protección de derechos, sujeto de intervención y concepciones teóricas de referencia.

La investigación se inició en 2013 con la formulación de la pregunta de investigación, desarrollándose el

trabajo de campo y análisis de la información durante 2014 -2015. En julio de 2015 se finaliza el estudio con la elaboración del informe de investigación.

Algunas “miradas” dicen más que mil palabras

Respecto de la intervención profesional, los profesionales de psicología manifiestan que el trabajador social es quien aborda el contexto, es quien se encarga del aspecto social del grupo familiar. Es el “nexo” entre el ámbito hospitalario y el contexto comunitario del cual el niño forma parte, y realiza la evaluación y fortalecimientos de redes.

De hecho, consideran que la articulación con la comunidad y el posicionamiento desde una perspectiva de derechos es lo “específico” de la intervención del Trabajo Social, aunque también reconocen que son aportes que pueden realizarse desde Salud Mental, pero que ellos “se achanchan” al reconocer que hay alguien que maneja estas cuestiones.

Se observan dificultades para definir “lo específico” del Trabajo Social, por lo cual se acude previamente a definir lo específico de la intervención del psicólogo: trabaja con la angustia y “mira la profundidad de los vínculos”. El Trabajo Social es definido mediante características tales como compromiso, el contacto cara a cara o desestructurado con el grupo familiar.

Aunque existe un reconocimiento de que el trabajador social puede “mirar” los recursos simbólicos del grupo familiar (las relaciones con organizaciones o referentes, funcionamiento y dinámica familiar), consideran que el aporte específico desde la profesión es la valoración del acceso a recursos materiales (ya sea en relación a las condiciones de la vivienda y de la situación económica), puesto que no puede ser realizado por otro profesional.

A pesar de que creen que tanto los grupos familiares como los médicos aún vinculan el Trabajo Social con la mera gestión de recursos o con la “sanción”, refieren que son los mismos trabajadores sociales las que delimitan su intervención con los grupos familiares, cuando les explican que pueden intervenir ante situaciones familiares complejas.

Consideran que la familia se constituye en el sujeto de intervención para el Trabajo Social en el Hospital, por las tareas de articulación comunitaria que realiza, y no por los objetivos de la intervención propiamente dicha.

Para los profesionales de psicología, desde la profesión pocas veces se interviene de manera directa con niños, niñas y/o adolescentes. El área de Salud Mental es la que centraliza el desarrollo de entrevistas con niños y niñas, puesto que creen que tienen una formación específica para dicha tarea.

Reconocen dificultades a la hora de precisar perspectivas teóricas en la intervención desde Trabajo Social. Logran identificar, finalmente, que se considera al niño como sujeto de derechos, y se trabaja en torno a la promoción y prevención de vulneración de derechos.

Respecto de las estrategias de intervención, se reconoce que es el Trabajador Social quien realiza la mayor cantidad de acciones desplegadas desde el momento de recibir la demanda, por asumir éste estas responsabilidades, y por ser delegadas por los psicólogos.

Se considera que es importante la intervención del Trabajo Social en situaciones de negligencia o “disfuncionalidad familiar”, según palabras de uno de los entrevistados. Esta creencia se vincula con el sesgo de “control social” que aún persiste en la profesión y en las instituciones hospitalarias. No se demanda la intervención para el abordaje de las emociones.

En relación a los Programas Hospitalarios, los entrevistados reconocen la importancia del abordaje del Trabajo Social en la dimensión simbólica del objeto: en conocer las representaciones sociales sobre el proceso de salud-enfermedad, en realizar acciones de acompañamiento, facilitar la expresión de las emociones, conocer las legislaciones vigentes y asesorar a los grupos familiares para facilitar el acceso a los servicios y recursos de salud. Sin embargo, se pueden identificar representaciones sociales que colocan al Trabajo Social en una posición de subordinación respecto del área de Psicología: el trabajador social es quien detecta las situaciones de malestar y angustia y las deriva al psicólogo para su abordaje.

El ojo del “amo” a veces engorda al ganado

Por un lado, los médicos entrevistados reconocen el aporte del Trabajo Social en el abordaje de situaciones familiares que hacen a las condiciones de vida de una persona, y que trascienden la perspectiva que se centra en la mera ausencia de enfermedad. Por otro lado, continúan solicitando a Trabajo Social el desarrollo de acciones desde el control de los grupos familiares, sin otorgarle ningún tipo de connotación negativa, y considerándolo necesario y parte de lo que históricamente ha desarrollado el Trabajo Social.

Reconocen que en el Hospital el trabajador social realiza un trabajo con mucho compromiso. Esto lo relacionan con la intervención que realiza una profesional en particular, lo que ha permitido la circulación de nuevas informaciones en torno al Trabajo Social, otorgándole un lugar de liderazgo y reconocimiento en el equipo de salud.

Otorgan gran valor al ejercicio de la profesión, debido a que la relacionan con *“Solución de problemas de la comunidad”* o *“lo asocio con compromiso, acompañamiento y seguridad para el bienestar de ese niño”*.

En cuanto a la intervención profesional, los médicos definen al trabajador social como el “nexo” entre un hospital de tercer nivel y la comunidad en la que está inserto el grupo familiar. Esto es reconocido como un aspecto “fundamental” en el abordaje familiar: *“yo creo que si no existiera el trabajador social que es el que articula, eso, muchos pacientes los perderíamos.”*

Pareciera que el Trabajo Social es quien tiene la *“potestad”* en la articulación con los organismos del Sistema de Promoción y Protección de Derechos, puesto que entiende de leyes y derechos. Esto puede relacionarse con las acciones de capacitación al interior del colectivo profesional, que permite disputar espacios para “hablar” acerca de la niñez.

La intervención sería “mas abarcativa” que la de un psicólogo, puesto que el trabajador social también aporta al logro de la “salud mental”, agregándole la tarea de trabajo en red. Por lo anterior, concluyen que el trabajador social debería coordinar el trabajo interdisciplinario.

Los entrevistados reconocen que la intervención del trabajador social se inicia por la demanda indirecta del médico, otorgándole a dicha interconsulta el mismo valor que la que se realiza a cualquier otra especialidad médica.

Según una médica entrevistada que se desempeña en la sala de internación, actualmente Trabajo Social aborda situaciones de manera mancomunada con los médicos y sus valoraciones tienen impacto en las decisiones, puesto que hay mayor presencia de éste en la sala de internación.

En el marco de los Programas Institucionales, el Trabajo Social inicia su intervención ante la situación de un niño o niña diagnosticado con una enfermedad crónica. Esto amplía significativamente los márgenes de autonomía profesional, ya que la profesión tiene potestad para definir y construir su propio objeto de intervención. Sin embargo, como la enfermedad conllevaría algún “riesgo inminente”, permanecen prácticas de control social. A pesar de ello, consideramos que el trabajo desde los Programas se convierte en la estrategia que permite vincular a la profesión con la función de educación social.

Los médicos entrevistados valoran que las re-internaciones de los niños se relacionan con dos aspectos. Por un lado, con el hecho de que las familias “no insisten” en acceder a la atención en el Hospital, “sabiendo” que pueden acercarse cuantas veces sea necesario. Por el otro, la existencia de problemas derivados de la dinámica familiar, los cuales impactan en el proceso de salud-enfermedad de niños y niñas.

Pareciera que se termina “culpabilizando” a los adultos responsables de la situación de los niños. Dicha representación social se asienta en el paradigma de la “situación irregular”, y nos permite pensar en los modos en los que se reproduce este patrón en la dinámica institucional.

Se presentan coincidencias notables en las concepciones que mantienen los médicos entrevistados respecto del objeto de intervención del Trabajo Social. En la década del 2000-2010, la intervención se centraba en el abordaje de casos específicos y con determinada gravedad: enfermedades crónicas, maltrato infantil, carencia de recursos económicos, casos de “negligencia” por parte de los padres y madres, o ante la ausencia de los niños en los controles hospitalarios.

Actualmente, los médicos entrevistados valoran modificaciones respecto de la intervención vinculada con

los elementos internos y externos del campo profesional. En relación a los *elementos internos*, se reconocen cambios en el modo de comprender las problemáticas: no sólo se interviene ante situaciones “graves”, sino que trabaja a través de acompañamiento al grupo familiar.

En relación con *elementos externos* al campo profesional, la emergencia de nuevas y más complejas problemáticas sociales (tales como violencia o consumo de drogas), impacta en el aumento de las demandas a Trabajo Social.

Se distinguen dos modalidades en las estrategias de intervención profesional: por un lado, se realiza un trabajo con el grupo familiar para que éste pueda fortalecer sus habilidades en la crianza y cuidado. Por otro lado, en los casos en que el grupo familiar no ha podido asumir la atención del niño, el equipo de salud solicita a la Secretaría de Niñez, Adolescencia y Familia, -desde ahora, SeNAF- una valoración con el objetivo de buscar una familia de acogimiento o internación en instituto.

Reconocen que la estrategia de internación se centra en la derivación. Esto permite interrogarnos sobre la ausencia de otro tipo de abordajes durante los periodos de internación o en consultorios externos. A su vez, se puede hacer un paralelismo entre la intervención que se realizaba desde el Trabajo Social en la época de la Doctrina de la Situación Irregular (con la participación de los Juzgados de Menores) y la que se realiza actualmente con las nuevas legislaciones: realización de valoración del grupo familiar, y ante alguna situación crítica para el niño o niña se eleva informe al organismo correspondiente para solicitar su resguardo, o si no, el profesional hace “cumplir” a los padres con determinados controles o condiciones para los niños justificando que esto favorece el ejercicio de derechos. Estas situaciones favorece la permanencia de la representación social que vincula a la profesión con el control social

Se observa en el discurso de los médicos el modo en que se sincretizan concepciones diferentes en torno al Trabajo Social: “control social” con prácticas de acompañamiento desde una perspectiva de derechos. Por un lado, relacionan la intervención con la tarea de un “investigador”, con saber “todo” del grupo familiar. Esto permite interrogarnos en torno a las implicancias éticas de la intervención, vinculadas a la intromisión en la vida cotidiana del grupo familiar. Por otro lado, el trabajador social facilita el acceso a derechos del grupo familiar, pero desde una perspectiva de “cumplimiento” y de “control”.

Los entrevistados ubican a la trabajadora social como una profesional que indica a los miembros del grupo familiar las acciones que debieran realizarse: “educación un poquito presionada”. Además, es quien realiza la valoración para confirmar o rechazar “sospechas” del médico, determinando si los progenitores se desempeñan “bien” o “mal” en términos de cuidado hacia un niño. Es decir, vinculan sus intervenciones con “ajustar” o “marcar”.

Asimismo, observan que las familias se sienten “controladas o acusadas” cuando se presenta alguna problemática en el grupo familiar o con relación al niño. Pero en aquellas situaciones en las que la familia no se considera con dificultades, creen que el trabajador social interviene para facilitar el acceso a recursos o para desarrollar una función más educativa.

Según los médicos, el sujeto de intervención para el Trabajo Social lo constituye el grupo familiar, puesto que es quien realiza la articulación con la comunidad. No lo vinculan con objetivos de la intervención, sino con las acciones que despliega el profesional.

Ver para crear

Los trabajadores sociales entrevistados consideran que la profesión de Trabajo Social no está siendo valorada ni reconocida cabalmente por otras disciplinas, al vincular la intervención con aspectos que no se corresponden con su especificidad profesional: prácticas de “control social”, gestión de recursos materiales y el establecimiento de contacto con instituciones. Asimismo, los profesionales entrevistados consideran que tanto médicos como psicólogos tratan al Trabajo Social como una profesión subordinada, por lo cual les indican las tareas o acciones que deben realizar: “haceme”, “traeme”. Pareciera que la legitimación que van alcanzando se vincula más bien con el tipo de relación personal que se construye con el médico que con cuestiones profesionales.

Por otra parte, como los tiempos de la intervención profesional se enmarcan en los tiempos de la internación de un niño o niña, los abordajes resultan generalmente acotados en relación a las necesidades

de las familias.

Respecto de la construcción del objeto de intervención, los trabajadores sociales expresan ciertas dificultades para definir el “sobre que” de su intervención. En primer lugar, hacen referencia a instrumentos operativos, objetivos, funciones y técnicas que desarrollan y tratan de diferenciarse del psicólogo, aunque en ocasiones explican “antes yo hacía de psicóloga”. Posteriormente, pueden definir al objeto de intervención en relación a la necesidad de modificar “algo”, una situación determinada.

Hay situaciones en las que el objeto aparece pre-construido por el sujeto que realiza la interconsulta, lo cual nos lleva al complejo campo de la heteronomía profesional. Es decir, si el médico valora de “gravedad” o simplemente percibió que “algo no anda bien”, suele solicitar la intervención del trabajador social indicando sobre qué y cómo se debería trabajar.

Los profesionales entrevistados manifiestan que las situaciones familiares relacionadas con “lo vincular” son incumbencias exclusivas de la psicología, minimizando el aporte que el trabajador social puede realizar en dicho tema. Este asunto nos invita a la reflexión en torno a la competencia profesional para intervenir en la dimensión no material o simbólica del objeto, referido a las representaciones y relaciones sociales que son cruciales en los procesos de salud-enfermedad.

Las profesionales definen como sujeto de intervención del Trabajo Social al niño o niña en su grupo familiar, puesto que la acción profesional se centra en revertir o mejorar una situación de salud del niño, pero trabajando con cuestiones que deben modificar los padres y/o cuidadores. Cuando valoran “negligencia” por parte de los progenitores, el trabajador social les “marca” lo que deben revertir. En cambio, cuando la función es de “educador social”, el trabajador social promueve que las estrategias de modificación o fortalecimiento familiar emerjan de los propios adultos responsables. Estas particularidades también se vinculan con las implicancias del “control social” en la intervención.

Reconocen modificaciones respecto de los modos de pensar a los sujetos con los que trabajan: anteriormente el profesional era quien realizaba todas las acciones por el otro, colocándolo en una posición de incapacidad/imposibilidad. Con la emergencia del enfoque de derechos, los sujetos son considerados con capacidades y derechos. Sin embargo, la intervención con niños y niñas se centra básicamente en el trabajo con adultos, quienes son los que finalmente deciden cuáles son los intereses de los primeros, es decir, “lo mejor para ellos”.

Aunque reconocen la influencia de la perspectiva de derechos, se observa la presencia de ciertos rasgos de control social asentados en enfoques positivistas, valorando la “disfuncionalidad” de un grupo familiar. Esto genera tensión entre la acción y el discurso, en un espacio de trabajo en el que prevalece la perspectiva médico-biologicista, y en el que históricamente el trabajador social se desempeñó desde una perspectiva funcionalista.

La intervención profesional generalmente se inicia por una demanda indirecta ante situaciones valoradas como “problemáticas” por otros agentes del campo de la salud, imprimiendo a la intervención de rasgos vinculados con el “control social” de la infancia.

En relación a las estrategias de intervención, los entrevistados refieren que se realizan acciones con el objetivo de restituir derechos, es decir, garantizar el acceso a controles de salud, medicación, Documento Nacional de Identidad, a escuela común o de modalidad especial, etc. Este conjunto de acciones permite resignificar la gestión en la profesión -vinculada históricamente con lo administrativo-, entendiéndola como un procedimiento viable para favorecer la efectivización de derechos de niñas, niños y adolescentes.

Expresan que en el contexto hospitalario, la acción de derivación se constituye en el principal procedimiento de actuación profesional, cuando se valora la necesidad de seguimiento y/o acompañamiento del grupo familiar ante situaciones de vulneración de derechos que no requieren de la adopción de medidas de excepción para su resolución. Esto lo vinculan con la particularidad de la intervención en un Hospital de Tercer Nivel de Atención.

Los entrevistados señalan que, generalmente, se asesora a personas para la realización de denuncias ante situaciones de vulneración de derechos o la derivación y solicitud de intervención a los organismos competentes tales como SeNAF. Se reconoce las limitaciones de la intervención profesional para la resolución de ciertas problemáticas sociales.

En el marco de los Programas Hospitalarios, no se observa claridad respecto de las estrategias implementadas por el trabajador social: se mezclan los aspectos metodológicos (diagnóstico) con los procedimientos (acompañar, fortalecer). No obstante, la intervención profesional tiene el objetivo de comprender al niño en su dinámica familiar, desarrollando estrategias de fortalecimiento y acompañamiento familiar, bajo una perspectiva de derechos, lo que permite sortear las limitaciones que imprime el hospital a la intervención.

En relación al desarrollo de las técnicas de actuación profesional, las entrevistas con niños y niñas son consideradas como competencia exclusiva de la psicología, justificada a que siempre fueron realizadas por la psicóloga y por sentirse incapacitadas para contener lo que pueda emerger en su desarrollo

“Lo escrito, escrito está”: análisis de las estrategias de Intervención profesional en informes sociales

El objetivo de este apartado consiste en analizar las estrategias de intervención descritas en los informes sociales elaborados por trabajadores sociales del Servicio Social del Hospital de Niños. Para hablar de informe social, tomamos los aportes de Alicia González (2002), quien lo conceptualiza como un instrumento o herramienta enmarcada en un tiempo y un espacio, que expresa la síntesis de la unidad teoría-práctica.

En cada informe social se analiza la manera que se desarrolla la descripción e interpretación de la información, así como las sugerencias y propuestas de intervención. Esto permite el acercamiento al modo en que los profesionales de Trabajo Social disputan su posición en el campo de la salud, en términos de Bourdieu (2002), mediante la lucha por los modos en que se “nombran” a los sujetos y sus necesidades.

La mayoría de los informes sociales analizados estaban dirigidos a instituciones barriales o territoriales sanitarias, así como a otras dependencias del sistema de protección de derechos de la Niñez, Adolescencia y Familia de la Provincia de Córdoba.

Demanda que da origen a la Intervención:

La mayoría de los informes sociales, muestran que la intervención de Trabajo Social se inicia a partir de demandas indirectas provenientes del equipo de salud (principalmente de médicos), solicitando valoración del grupo familiar, y particularmente, valoración de la madre, de su capacidad y posibilidad para garantizar los derechos de los niños. En escasa ocasiones, las intervenciones se inician por demandas directas de familiares del niño o niña internado.

Podemos afirmar, entonces, que a pesar de los avances en términos de creación de nuevas prácticas dirigidas a la promoción y protección de derechos, las demandas de intervención al Trabajo Social se corresponden con representaciones sociales que aún subsisten en el ámbito hospitalario, vinculadas con prácticas de control social.

Necesidades y Construcción del Objeto de Intervención:

La comparación entre la demanda que da origen a la intervención profesional y el “sobre qué” se interviene efectivamente, nos introduce al complejo tema de la construcción del objeto de intervención en Trabajo Social, el cual implica una mediación teórica respecto de los hechos empíricos presentados en la demanda inicial.

Se observa que los trabajadores sociales intervienen directamente sobre la problemática que se presenta en la demanda inicial que se origina en la sala de internación, aunque en ocasiones amplían la mirada, reconociendo otras vulneraciones de derechos: niño sin Documento Nacional de Identidad, sin escolarización, dificultades entre padres respecto de los cuidados y tenencia de sus hijos. En la mayoría de los informes, se observa una profundización respecto de la demanda inicial efectuada por otro sujeto. En la mayoría de los informes analizados, la construcción del objeto se vincula con la dimensión simbólica del mismo, expresados como “naturalización” frente a los cuidados que el niño necesita respecto de alguna

patología diagnosticada, “dificultades en la mamá para decodificar necesidades de su hijo”, “dificultades en la crianza”, “falta de cuidados”, “dificultades para asumir el rol materno”, etc.

En los informes sociales analizados no se describen estrategias de abordaje de los mismos durante la internación del niño. Más bien las estrategias se concentran en la derivación.

Por otra parte, en gran parte de los informes sociales se hace referencia a los obstáculos que presentan los cuidadores en la decodificación de las necesidades de los niños, concentrándose la mayoría de ellos en el ejercicio del rol materno. Esto se vincula con que es la madre quien permanece al cuidado de los niños internados, por lo cual el equipo médico observa y realiza interconsultas por aspectos que tienen que ver con este vínculo.

Sin embargo, prevalece en los agentes de salud del hospital una perspectiva de desigualdad de género, puesto que se valora el vínculo madre-hijo, aunque haya presencia y contacto regular del niño con su padre. En otros informes se mencionan las dificultades en las tareas de cuidado y crianza de parte de ambos progenitores, pero las valoraciones recaen de nuevo sobre la mujer madre.

Las madres son nombradas como “mamá de...” y responsables de la situación actual de su hijo, y no como mujer, sujeto de derecho en sí misma, invisibilizando sus necesidades, intereses y condiciones actuales como mujer.

Por otro lado, aunque en ocasiones se identifican un conjunto de necesidades que afectan a miembros adultos del grupo familiar, finalmente se abordan aquellos obstáculos que se vinculan directamente con la situación del niño. En los casos en que estas necesidades afectan a otro niño, generalmente hermanos, la estrategia del profesional se centra en la derivación o en la solicitud de profundización de valoración familiar ante otro organismo. Dichas consideraciones nos permiten visualizar la reproducción de ciertos rasgos de “control social” presente en la intervención profesional.

Se pueden definir dos categorías que nos permiten analizar el modo en que se utilizan mediaciones teóricas para comprender las situaciones familiares y definir las estrategias de intervención profesional.

1. *Interpretación teórica de la problemática familiar:* Las profesionales realizan mediaciones teóricas con la situación familiar que se presenta en la demanda de intervención. Es decir, aparecen conceptos como red social formal, red social informal, comunicación intra-familiar, naturalización o no problematización del estado de salud, dificultades para ejercer el rol materno, ciclo vital familiar, víctima y testigo de violencia, dificultades para asumir funciones parentales, estrategias familiares de reproducción social y modos de organización familiar. Como puede apreciarse la presencia de estos conceptos responde a corrientes de pensamiento bastante heterogéneas.
2. *Descripción de acciones profesionales, de necesidades y de problemas:* No se realiza una interpretación teórica de la situación familiar, sino una descripción de acciones (entrevistas), necesidades y problemas expresados en el contexto familiar. Se mencionan, por ejemplo antecedentes de consumo de drogas, falta de controles de salud y cuidados en el niño, no escolarización, falta de conocimiento de las patologías, conflictividad en la relación entre padres, no acuerdo en relación al reconocimiento de la niña, ausencias de familiares en la internación, entre otros. Una variante de esta categoría, se refiere a la presencia de informes sociales en los cuales no se realiza una mediación teórica durante el desarrollo del mismo, pero que en el párrafo final cuando se realiza la solicitud de derivación, se utilizan conceptos para definir “sobre qué” se interviene, que no se tuvieron en cuenta anteriormente. Dichos conceptos se expresan en términos de naturalización de las necesidades del niño, dificultades en la crianza, dificultades vinculares, violencia conyugal, dificultades en los padres para brindar los cuidados necesarios y la precariedad habitacional.

Estrategias de intervención:

Generalmente, se realizan entrevistas con madres y abuelas de los niños internados. En escasas ocasiones se realizan entrevistas con padres. En este sentido, se podría decir que la intervención profesional reproduciría la división sexual del trabajo entre varones y mujeres, adjudicándole a estas últimas la responsabilidad de las tareas de cuidado de sus hijos

En escasos informes sociales se especifica el abordaje de los obstáculos simbólicos durante la internación, -que trasciende la función de derivación y articulación con otras instituciones-. En estos casos, se realiza la gestión de recursos, asesoramiento, acompañamiento y seguimiento del grupo familiar por consultorio externo, y se realizan sugerencias en torno al acceso a derechos. Habría que preguntarse si realmente se realizan este tipo de abordajes aunque no estén mencionados en los informes; si las realiza otro profesional del equipo de salud como el psicólogo, y si este aspecto estaría favoreciendo la representación social en torno al trabajador social vinculado con la “gestión” y “el acceso a recursos” y/o con el desarrollo de las redes comunitarias.

En general, los obstáculos que se abordan desde el Trabajo Social se vinculan con la definición de sujeto, es decir, con problemáticas que atraviesan al niño internado.

Las estrategias de intervención visualizadas en los informes sociales pueden agruparse en dos:

1. Derivación: en la mayoría de los informes sociales se realiza derivación a la institución receptora para sugerir determinados abordajes, solicitar valoración de alguna situación o para seguimiento familiar.
2. Informar: el objetivo es comunicar a la institución receptora lo actuado.

De ello se desprende que la principal acción del Trabajo Social en el Hospital de Niños consiste en la **derivación**, ya sea para seguimiento, valoración o tratamiento, lo que puede estar asociado con que el Hospital de Niños es una institución de tercer nivel de atención. Sin embargo, en los informes sociales no se describen otras acciones desempeñadas por el trabajador social durante el tiempo de trabajo con el grupo familiar.

En la totalidad de los informes analizados, se observa que las profesionales actuantes hacen referencia a la denominación de “niño” o “niña” como sujeto de intervención, en ocasiones mencionándolo por su nombre de pila. Sólo en uno de ellos, se utiliza el concepto de “paciente”.

En relación al *sujeto de intervención*, se recuperan algunas concepciones elaboradas en el marco de las capacitaciones y debates del Servicio Social del Hospital, que permiten analizar los modos en que se nombra al sujeto:

Sujeto Niño Aislado: se identifica como sujeto de intervención al niño. La estrategia se centra, generalmente, en garantizar los derechos de las niñas o niños, sin considerar sus relaciones sociales y la situación actual del grupo familiar.

Sujeto Niño en su Grupo Familiar: En esta concepción se realiza un análisis de las situaciones de amenaza o vulneración de derechos que atraviesan los niños, pero se contempla la situación general del grupo familiar en tanto contexto que favorece u obstaculiza la efectivización de esos derechos. Sin embargo, la mirada sobre los adultos recae en el rol de padres en tanto cuidadores y responsables de la crianza y bienestar de sus hijos, y no en la calidad de sujetos como sujetos de derechos (mujer, varón, trabajadores, con padecimientos, etc.).

Sujeto Niño en su Red Social y Familiar: en esta concepción se analiza el ejercicio efectivo o vulneración de derechos de todos los miembros del grupo familiar conviviente y de la familia extensa, aunque no haya vínculo consanguíneo. La madre es considerada como mujer en relación a sus propios derechos, y así sucede con otras personas del grupo familiar. En estos casos el abordaje termina siendo integral y progresivo, en tanto se comprende la interdependencia de los derechos. Se comprende que la vulneración de derechos en un niño puede deberse a la vulneración de derechos de los miembros del grupo familiar, en tanto viven su cotidianeidad en una determinada posición social.

Reflexiones finales

En el presente trabajo se pudo observar que el Trabajo Social participa de diversas disputas inherentes al campo hospitalario, que definen su posición en el mismo pero que también permiten ampliar márgenes de autonomía en la intervención profesional.

En este marco, se reproduce una tensión permanente entre representaciones sociales vinculadas con los orígenes e institucionalización de la profesión ligadas a prácticas caritativas y de control social, con aquellas que se asientan en un enfoque de derechos. El camino no es lineal ni acumulativo, sino circular, de permanente conflictos. Mientras algunos trabajadores sociales construyen cotidianamente mayores márgenes de autonomía profesional, también es posible observar que se ceden espacios a otras profesiones o disciplinas, especialmente por la preponderancia del pensamiento médico-hegemónico en la institución hospitalaria.

Es importante destacar que médicos, trabajadores sociales y psicólogos expresan que la intervención profesional se vincula con la perspectiva de derechos, pero en ocasiones se contradice con algunas prácticas que buscan “controlar”, “hacer cumplir”, retar o “tirar las orejas,” “investigar la dinámica familiar”, etc. Sin embargo, los profesionales médicos no otorgan una connotación negativa a la función de “control social” del Trabajo Social, sino mas bien, la valoran como necesaria e importante para el trabajo con las familias.

Las representaciones sociales de médicos y psicólogos identifican al Trabajo Social como el “nexo” o contacto entre el Hospital y la comunidad, lo que le permite tener una “mirada integral” de la situación familiar. Aún más, para los médicos la intervención del trabajador social es imprescindible para el abordaje integral de situaciones que presentan niños o niñas, llegando a afirmar que le otorgarían la función de “coordinador del equipo de salud”.

Sin embargo, para los profesionales de la psicología el trabajo interinstitucional y la intervención desde la perspectiva de derechos no son específicos del Trabajo Social, sino que son tareas que le han sido delegadas. Al contrario, profesionales de la medicina vinculan al Trabajo Social con la perspectiva de derechos, poniendo de manifiesto las diversas perspectivas sobre la profesión que se reproducen en el ámbito hospitalario.

Una de las actividades que no asume el Trabajo Social es la “entrevista con niños y niñas”. Psicólogas y trabajadoras sociales coinciden en que la profesión aún no está formada para realizar este tipo de entrevistas. Sin embargo, la perspectiva de derechos y las nuevas legislaciones en materia de infancia ofrecen sustentos para que se escuchen y se tomen en consideración las opiniones y expresiones de niños y niñas ante situaciones que los involucran. Esta situación coloca a la profesión frente al desafío de desarrollar los conocimientos y herramientas metodológicas necesarias para garantizar el derecho de los niños de ser oídos durante su internación o en la atención ambulatoria.

Los trabajadores sociales coinciden en que no habría un reconocimiento genuino de parte de otras disciplinas hacia la profesión. Consideran que desde la medicina y la psicología se enmarca a la profesión con la mera gestión de recursos, con el “control” familiar, con el establecimiento de contactos con la comunidad, o para resolver alguna situación que les dificulta el trabajo a éstas profesiones. A su vez, consideran que esta posición subsidiaria de la profesión se ve reflejada en las demandas de intervención: “haceme”, “llama”, “necesito”, que llevaría a reproducir una función “para-médica” o “para-psicológica” del Trabajo Social.

Tanto para los trabajadores sociales como para los médicos, el Trabajo Social es una disciplina que se forja y se ve atravesada por las modificaciones que se dan en el contexto político, económico, normativo y cultural vigente, lo cual repercute en las definiciones que se realizan respecto del objeto, objetivos, funciones y sujetos de la intervención en el ámbito hospitalario.

En relación al objeto de intervención, Trabajo Social ha generado un cambio: ya no se trabaja solamente con niños con alguna enfermedad de gravedad, sino que también se abordan situaciones sociales que involucran vulneraciones de derechos de niños, y en ocasiones, las del grupo familiar. Sin embargo, en los informes sociales pueden identificarse escasos procesos fundamentados de construcción del objeto de intervención. Este aspecto nos permite comprender la necesidad de avanzar en este tipo de procesos, que son los que permiten sentar las bases para consolidar la disciplina y fortalecer la especificidad profesional. Asimismo, nos otorga legitimidad ante otras disciplinas para hablar de “lo social”, y distanciarnos paulatinamente de prácticas fundadas en el sentido común, que aún aparecen en las representaciones sociales del equipo de salud respecto del Trabajo Social.

Una aproximación a los modos de construcción del objeto de intervención también nos ofrece datos importantes respecto de la consolidación de la profesión. El hecho de que la intervención se inicie mediante el pedido de interconsulta de parte de otro profesional habla de los márgenes de autonomía y la posición

del Trabajo Social en la dinámica institucional. En términos generales, las estrategias de intervención quedan definidas por la valoración preliminar de “gravedad” que realiza el médico. Es decir, cuando los médicos afirman que una situación es grave, la intervención profesional desarrollada es prolongada realizándose múltiples acciones. En cambio, cuando el médico indica que la interconsulta es para ver “descartar dudas o presentimientos”, por lo general se establecen algunos contactos con la comunidad de residencia del niño o familia.

Para los médicos y psicólogos, el sujeto de intervención del Trabajo Social es la familia y/o la comunidad, puesto que son quienes realizan los contactos con la comunidad. Según los discursos y prácticas de las trabajadoras sociales el sujeto es el niño o niña aisladamente o en el marco de un grupo familiar determinado, considerándolo como factor determinante en el acceso a derechos. Generalmente, se dejan de lado como objeto de intervención las vulneraciones de derechos de otros miembros de la familia, lo que pone de relieve las dificultades que aún existen para incorporar en las prácticas profesionales el paradigma de protección integral de derechos.

Ahora bien, ¿Qué hacen los trabajadoras sociales de su profesión? Por un lado, se valora que el trabajador social es quien reproduce la representación de ser el responsable de la articulación con instituciones y del trabajo en red, puesto que es el que asume estas tareas, aunque critique dichas acciones. Por otro lado, si bien el Trabajo Social interviene en la dimensión simbólica del objeto (relaciones, vínculos o representaciones que tienen los sujetos), los trabajadores sociales entrevistados sostienen que “lo vincular” es competencia de psicología, cuando en realidad es parte de la dimensión no material de su objeto de intervención. Esto podría favorecer la reproducción de la representación generalizada de que el Trabajo Social interviene predominantemente ante obstáculos materiales.

En general, el trabajo en Programas Interdisciplinarios o Disciplinarios es la veta que encuentran los trabajadores sociales para proponer otro tipo de intervención profesional, despojada de lo urgente, centrada en el acompañamiento de los grupos familiares y en el trabajo directo con niños y niñas, asentada en una perspectiva de derechos. En estos espacios, las estrategias suelen ser de promoción y prevención, proponiendo abordajes que trascienden la mera derivación.

Por último, se identifican algunos desafíos que la intervención del Trabajo Social debe enfrentar para desarrollar una práctica crítica y reflexiva en el ámbito hospitalario:

- Ampliar los márgenes de autonomía profesional a partir de la elaboración disciplinar de criterios y procedimientos para favorezcan el inicio la intervención, es decir, que no quede enmarcada en la valoración acrítica de lo social.
- Revalorizar la función de gestión de recursos desde un enfoque de derechos y asumir el abordaje de los obstáculos simbólicos que trascienda la función de derivación, desarrollando intervenciones sostenidas con el grupo familiar. Y expresarlo en los informes sociales para visibilizar de manera cabal otros aspectos de la intervención profesional.
- Expresar en los informes sociales una valoración de las redes sociales formales e informales del grupo familiar en el contexto social del que forman parte.
- Desarrollar estrategias de intervención en Programas Interdisciplinarios que posibilite el abordaje de problemáticas desde la perspectiva de derechos, el acompañamiento a los grupos familiares y considerar al niño como sujeto de derecho.
- Generar espacios de debate y definición respecto del sujeto de intervención. Si se considera como sujeto al niño y su grupo familiar se debe realizar un análisis socio-histórico de la situación familiar y comprender que la vulneración de derechos de un niño o niña se vincula con vulneraciones que atraviesan a todo el grupo familiar. La consideración de la familia como sujeto de intervención posibilitará que las valoraciones profesionales no se centren únicamente en el modo en que los progenitores ejercen sus roles parentales -especialmente la madre-, es decir, si favorecen o dificultan el bienestar del niño.
- Dotar de mayor bagaje teórico el proceso de construcción del objeto de intervención profesional para trascender el sentido común. Asimismo, para que en los informes sociales se supere la mera descripción de datos (condiciones materiales de la vivienda, relaciones del grupo familiar con su comunidad o identificación de necesidades aisladas) y se reflejen las interpretaciones de los

profesionales de Trabajo Social respecto de la situación del grupo familiar.

- Problematicar las prácticas y discursos instalados en la profesión y en otras disciplinas que vinculan el Trabajo Social con la función de “control social”, fundamentadas a veces en acciones de fortalecimiento familiar y/o educación. Algunos interrogantes que surgen de dichas prácticas son: ¿Hasta dónde y para qué indagar sobre la vida cotidiana de un grupo familiar? ¿Se prioriza el riesgo de muerte o la necesidad de control? ¿De qué manera considerar los márgenes de autonomía familiar o las limitaciones para garantizar el bienestar del niño? ¿Cuáles son los límites éticos en la intervención?
- Capacitarse en entrevistas con niños y niñas para hacer efectivo el derecho de ellos a ser escuchados y que se opinión sea tenida en cuenta en los procesos de intervención.
- Construir nuevos modos de nominar a los sujetos y de construir teóricamente los problemas, impactará en la posición que ocupará el Trabajo Social en el campo hospitalario: resulta necesario dejar de referirse a los niños y niñas como pacientes y entenderlos como sujetos de derechos, comprender la interdependencia de los derechos en el contexto de un grupo familiar, así como explicar la constitución histórica de los problemas sociales. Al respecto es importante recordar las palabras de Nora Aquín (1994): “*Nuestra práctica profesional cotidiana tiene mucho para decirnos; pero no podrá hacerlo, a menos que le preguntemos*”.

Por último, consideramos que las representaciones sociales que los miembros del equipo de salud tienen de nuestra profesión aportan a la construcción de nuestra identidad como disciplina en el Hospital de Niños, resultando fundamental reflexionar sobre las mismas para comprender acerca de lo que nosotros hacemos de la profesión.

Bibliografía

ACEVEDO, P. (2000): “Ficha de Cátedra. Trabajo Social Comunitario. Reconstrucción Histórica del Trabajo Social Comunitario”. Escuela de Trabajo Social. Universidad Nacional de Córdoba. Mimeo.

AGUIAR, M. (1998): “Posibilidades y Limitaciones del Trabajo Social en Salud”. Mimeo.

ALAYÓN, N, BARREIX J. y CASSINERI E (1971): *ABC del Trabajo Social Latinoamericano*. Editorial ECRO. Buenos Aires. Cap. I, II y III. Pp. 13 - 59.

AQUIN, N. (1996): “La Relación Sujeto – Objeto en Trabajo Social: una Resignificación Posible”, en *La Especificidad del Trabajo Social y la Formación Profesional*. Espacio Editorial. Buenos Aires.

AQUIN, N. (2004): “El Campo del Trabajo Social. Ficha de Cátedra de Trabajo Social IV”. Escuela de Trabajo Social. Universidad Nacional de Córdoba. Mimeo.

AQUIN, N. (1994): “¿Por qué desarrollar la especificidad?”. Revista Acto Social N° 8. Córdoba, 1994.

AQUIN, N. y Acevedo, P. (2007): “Introducción a la Intervención.” Ficha de Cátedra Trabajo Social IV (Abordaje Comunitario). Escuela de Trabajo Social. Universidad Nacional de Córdoba. Mimeo.

AAVV. Dossier: “La Salud Pública, un Derecho sin Políticas. Aportes para Construir Políticas desde los Derechos, en *Revista Sudestada*. N°15. Ciudad de Córdoba.

BEDOLLA, L. y YABBUR, N (2000) Trabajo Final. “...es muy duro para el pobre las cosas...”. Seminario Trabajo Social y Salud. Escuela de Trabajo Social. Universidad Nacional de Córdoba.

BELLO, J. y De LELLIS, M. (2001): *Modelo Social de Prácticas de Salud. Comportamientos Familiares para el Cuidado y Recuperación de la Salud. Un Aporte a las Intervenciones en el Nivel Local*. Proa XXI Editores. Bs As.

BERGER, P. y LUCKMANN, T. (1995): *La Construcción Social de la Realidad*. Editorial Amorrortu. Bs. As.

BIAGGIO, N. (2007): “El Informe. Una Puesta en Acto de las Perspectivas Epistemológicas, Teóricas,

Metodológicas y Ético-políticas”. En UNER. Facultad de Trabajo Social Área de Capacitación y Posgrado. “El informe, el registro”. Entre Ríos. Mimeo.

BILAVCIK, C. LUQUE, L. VERON, D. (2005): *Manual de Procedimientos Generales para la Provisión de Recursos*. Primer trabajo en el marco de la Residencia de Trabajo Social en Salud. Servicio Social, Hospital de Niños de la Santísima Trinidad. Ministerio de Salud de Córdoba.

BOLCATTO, S (s/d): “El Informe en el Trabajo Social. Algunas ideas para trabajar.” En cursos de Profundización Intervención Profesional: El informe – El registro. UNER. Curso de Posgrado. Entre Ríos.

BOURDIEU, P. (1976): *El Oficio de Sociólogo*. Siglo XXI. Canillas. Bs As.

CANDREVA, A. y PALADINO C. (s/d): “Cuidado de la Salud: El “Anclaje” Social de su Construcción. Un Estudio Cualitativo”. Facultad de Medicina y Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. Universidad Nacional de La Plata. Bs As.

CARBALLEDA, A (2005): “Lo social de la Intervención”. El Proceso de Análisis en Trabajo Social”, en *Revista Margen*. Periódico de Trabajo Social y Ciencias Sociales. Edición N° 38, Junio. [En Línea]. Disponible en: <http://www.margen.org/suscri/margen38/losoc.html>“

DE DIOS, S. (2011) *El Trabajo Social en Córdoba: reconstruyendo los Orígenes del Espacio Ocupacional en las Políticas Públicas de Salud*. Tesis para la obtención del título de Magíster en Trabajo Social. Escuela de Trabajo Social. Universidad Nacional de Córdoba.

DI TELLA, T. (2004): *Diccionario de Ciencias Sociales y Políticas*. Editorial Ariel. Barcelona.

FERNÁNDEZ SOTO, S. (2004): “Implicancias de la Cuestión Social en la Intervención Profesional”, en *Revista Escenarios*. N°8. Editorial Espacio. Bs As.

FERRARA, A. (1985): *Teoría Social y Salud*. Ed. Catálogos. Bs. As.

FLORES, M. E. (2004): “La Intervención del Trabajador Social en Área de Salud Pública. Los Espacios Posibles”, en *Revista Regional de Trabajo Social*. Año XVIII. N° 31. EPPAL.

GONZÁLEZ, A (1994) “El Informe Social”, en *Revista Utopías*. Facultad de Servicio Social. U.N.E.R. Año 1. N°1. Entre Ríos.

GONZÁLEZ, C. y Otros. (2002): “El Informe Social - Aportes para su Aplicación en el Abordaje Familiar”. Escuela de Trabajo Social. Universidad Nacional de Córdoba. Mimeo.

GUTIÉRREZ, A. (2002): *Las Prácticas Sociales: una Introducción a Pierre Bourdieu*. Ediciones Tierra de Nadie. Madrid.

GUTIERREZ, A. (1997) *Pierre Bourdieu. Las Prácticas Sociales*. Editorial Universitaria. Universidad Nacional de Misiones.

KAMINSKY, G. (1990): “Sagas Institucionales” en *Dispositivos Institucionales. Democracia y Autoritarismo en los Problemas Institucionales*. Lugar Editorial. Buenos Aires.

LEY NACIONAL N° 26061 “Protección Integral de Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes”. Año 2005. Disponible en: <http://infoleg.mecon.gov.ar/infolegInternet/anexos/110000-114999/110778/norma.htm>.

LEY PROVINCIAL N° 9944 “Promoción y Protección Integral de Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes”. Año: 2011. Provincia de Córdoba. Disponible en: <http://web2.cba.gov.ar/web/leyes.nsf/0/30D3D607469A7195032578A800729695?OpenDocument&Highlight=0,9944>.

MORA, M. (2002): “La Teoría de las Representaciones Sociales de Serge Moscovici”, en *Athenea Digital*. N°2. Universidad de Guadalajara. México.

Observatorio de la Deuda Social Argentina (2007): “Barómetro de la Deuda Social de la Infancia: Condiciones de Vida de la Niñez y Adolescencia”. Departamento de Investigación Institucional de la Pontificia Universidad Católica Argentina y Fundación Arcor.

PERERA PÉREZ, M. (2003): A Propósito de las Representaciones Sociales. Apuntes Teóricos, Trayectoria y Actualidad. Biblioteca CLACSO. [En Línea]. Disponible en: "http://biblioteca.clacso.org.ar/Cuba/cips/20130628110808/Perera_perez_repr_sociales.pdf"

PIOTTI, María Lidia (2000): "Los Tres Paradigmas sobre la Infancia y Adolescencia y el Trabajo Social", en *Revista Confluencias*. Año 8 N° 36. Colegio de Profesionales de Servicio Social de la Provincia de Córdoba. Diciembre.

ROJAS ALARCOS, P. y LEAL SOTO F. (1999): "Las Representaciones Sociales en Acción: el ejemplo de la Violencia Conyugal", en *Revista In-Fieri*. Facultad de Psicología de la UCSO. Vol. 1, N° 1. Pp. 21-27.

ROZAS PAGAZA, M (s/d): "Las Distintas Tendencias del Trabajo Social en la Argentina de Hoy", en *Revista Trabajo Social y las Nuevas Configuraciones de lo Social*. Facultad de Trabajo Social de la UNER. Entre Ríos.

SACCHI, M. (1997): *Mortalidad Infantil: un Rostro, un Nombre, una Familia*. Ed. FLACSO. Buenos Aires.

TRAVI, B (2006): "El Papel de la Teoría en el Proceso de Elaboración de Diagnósticos Sociales y la Construcción de Legitimidad de la Intervención Profesional" en *Intervención Profesional: Legitimidades en Debate*. Espacio Editorial. UNER, Buenos Aires, Argentina.