

**DOSSIÉ**

**Recibido em:  
10/03/2014**

**Aceito em:  
10/06/2014**

*Encontros Bibli: revista eletrônica de biblioteconomia e ciência da informação, v. 19, n.40, p. 267-286, mai./ago., 2014. ISSN 1518-2924. DOI: 10.5007/1518-2924.2014v19n40p267*

**Análisis de redes semánticas en un estudio sobre  
criterios de alta en situaciones de Maltrato a la Niñez y  
Adolescencia**

*Analysis of semantic networks in a study of discharge criteria  
for abused children and adolescents*

José María VITALITI<sup>1</sup>  
Gabriela Susana MORELATO<sup>2</sup>

**RESUMEN**

Este estudio surge de la investigación realizada sobre el “alta” en la problemática del maltrato a la niñez y adolescencia. El propósito del presente artículo es reflexionar sobre la importancia otorgada por los profesionales, a la diversidad categorías emergidas de lo entendido por Alta o finalización del abordaje expuestos por los mismos. El Corpus de datos utilizado surge de la entrevista ad hoc administrada a 67 profesionales de diferentes profesiones que abordan la problemática del Maltrato a la niñez y adolescencia. La técnica del análisis de redes sociales (ARS) permitiría analizar los diferentes niveles de importancia y valoración las categorías conceptuales a través de los grafos y matrices construidas para tal fin (Mitchel, 1969; Hanneman, 2001). Los resultados indican que las categorías o conceptos con mayor centralidad e intermediación responden a la interrelación de conceptos que demuestran la fuerza en la dinámica de la red semántica. Estas relaciones responden a diferentes perspectivas y paradigmas tanto disciplinares como etiológicos. Además se observarían con mayor claridad aquellos conceptos que tienen mayor relevancia en el discurso de los profesionales en el abordaje del maltrato a la niñez y adolescencia.

**PALABRAS CLAVE:** Análisis de redes sociales. Alta. Maltrato a la niñez y adolescencia.



Esta obra está licenciada sob uma [Licença Creative Commons](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

<sup>1</sup> Lic en Minoridad y Familia. Coordinador Espacio de Docencia e Investigación del Departamento Técnico y Jurídico, Programa Provincial de Prevención y Atención del Maltrato a la Niñez y Adolescencia – vitajm83@yahoo.com.ar

<sup>2</sup> Dra. en Psicología. Investigadora asistente en Psicología Evolutiva y Educativa INCIHUSA - CONICET - CCT Mendoza Prof. Adjunta en Psicología del Desarrollo I. Universidad del Aconcagua - Fac. de Psicología – gmorelato@mendoza-conicet.gob.ar

## **ABSTRACT**

This study arises from a research on “discharge” in a situation of abused children and adolescents. Its purpose is to reflect on the importance given by the professionals to the different categories involved in the concept of “discharge” there presented. Our corpus is provided by a set of 67 interviews to professionals from different disciplines dealing with child and adolescent abuse. The network analysis technique (ARS) permits to evaluate the conceptual categories through diagrams and matrixes built for this purpose (Mitchel, 1969; Hanneman, 2001). Results show that the central categories are those related to the interrelation of concepts that demonstrate the dynamic strength of the semantic network. These relations correspond to different disciplinary and etiological approaches. Using the network analysis technique, the most relevant concepts appear clearly in the discourse of professionals that deal with children and adolescents abuse.

**KEYWORDS:** Social networks analysis. Discharge. Child abuse.

## **1 MARCO TEÓRICO REFERENCIAL**

La problemática del Maltrato a la niñez y adolescencia (en adelante MNA) ha sido definida desde múltiples dimensiones (Kempe, 1962; Barnett, Manly, & Cicchetti, 1993). Estas dimensiones pueden fácilmente homologarse a marcos etiológicos de producción del MNA (Bringiotti M. I., 2006; Bringiotti M. I., 1999; Gracia Fuster, 1995) y a la vinculación de las diferentes disciplinas con la complejidad del fenómeno (Gil, 1970; Parke y Collmer, 1975; Burgess, 1979; Belsky y Vondra, 1989 citados en Gracia Fuster, 1995). Esta multidimensionalidad y complejidad de la problemáticas del MNA, dieron lugar a nuevas definiciones, nuevos indicadores o conductas alertadoras, distintos marcos etiológicos interdisciplinarios e incluso la integración de planos micro-macro en la delimitación de causas y consecuencias del MNA.

Los marcos explicativos del MNA se desarrollan en las prácticas cotidianas de intervención. Es en ese espacio íntimo y preñado de relaciones de poder, donde se materializa: los marcos disciplinares, los marcos etiológicos y los planos micro-macro atribuidos. Es así, como se hace necesario reflexionar acerca del abordaje del MNA y puntualmente de las etapas de la intervención.

La intervención consta –tradicionalmente- de cuatro etapas básicas: diagnóstico, objetivo, tratamiento y alta. A su vez, son variados los atravesamientos que confluyen en la práctica asistencial, y directa y/o indirectamente se filtran en la intervención con los sujetos.

Sujeto inesperado, en palabras de Carballada (2008), que irrumpiendo “en este contexto y en la singularidad de cada situación de intervención, (...) no es el esperado por los viejos mandatos institucionales. Ese otro, que muchas veces recibe la mirada asombrada e interpelante de la institución que lo ratifica en el lugar de un objeto no anhelado. Así, el sujeto es solo individuo precario, temporal; donde se obtura su posibilidad de ser en su relación con otros”.

Este sujeto inesperado, emerge allí, donde la complejidad del sufrimiento marca las dificultades de los abordajes uniformes y preestablecidos, en expresiones transversales de la cuestión social que superan muchas veces los mandatos de las profesiones y las instituciones (Carballada A. , 2008). Es por ello, que resulta necesario volver a los marcos de intervención, preguntarnos acerca de las herramientas que utilizamos, su efectividad o su desuso, su confiabilidad, si es posible medir o no ese retazo de realidad complejidad, transversal y dinámica.

En cuanto al alta en la problemática del MNA es una de las etapas del abordaje que se plantea con mayores controversias debido a: la insuficiente existencia de bibliografía sobre esta instancia del abordaje (Olmos-Espinosa, Madoz - Gúrpide y Ochoa, 2001; Curco y Barcenilla, Trenchs Sainz de la Maza y Pou Fernández, 2006; López Hernández - Ardieta, Félix Alcántara, Simón, Navarro y Ganan, 2008; Sabaté Rotés, Sancosmed Ron, Cebrián Rubio, Canet Ponsa y Martín González, 2008; Giraldo Arias y González Jaramillo, 2009; Martínez González, Graña Gómez y Trujillo Mendoza, 2009 citado en Morelato, Casari, Vitaliti, Giménez, Soria, Guillot & Moscuén, 2012), es una pregunta epistemológica sin una respuesta clara en los equipos de intervención y representa un problema de conocimiento sin sistematización por parte de equipos de investigación. A partir de la revisión del concepto de alta realizado por citada investigación se ha podido expresar que:

1. La palabra *alta* se considera un concepto vinculado al modelo médico generando cierto *rechazo*, dada la complejidad del fenómeno de la violencia hacia los niños/as.

2. El *cierre de la intervención o cierre de proceso* es la concepción más recurrente. Asimismo, esta instancia se vincula directamente con el cumplimiento de los objetivos que se plantean explícita e implícitamente al inicio del trabajo con las familias. Los mismos están asociados al diagnóstico del caso, a las estrategias implementadas y a su efectividad, lo cual se enmarca en una serie de límites relacionados al ámbito profesional, institucional y social.

Si bien estas aseveraciones constituyen un dato relevante en relación con el cierre del abordaje, es necesario profundizar acerca de las vinculaciones realizadas por los profesionales con respecto a esta instancia. Ya que se podría indagar ¿cuáles son las etapas del abordaje que se vinculan preferentemente con el cierre del abordaje?; ¿cuáles son los núcleos semánticos mayormente legitimados en relación a las definiciones brindadas por los profesionales? y ¿qué disciplinas legitiman el cierre de abordaje frente a cuáles instancias del mismo?.

El análisis de redes sociales (en adelante ARS), es una metodología que se está abriendo espacio en diversas disciplinas humanas y sociales. Su nueva perspectiva ha logrado instaurar nuevos problemas de investigación interdisciplinarios (Paredes, 2011).

El ARS como herramienta metodológica se fundamenta en dos características expresadas por K. Faust y S. Wasserman (1994 citados en Miceli, 2007):

1. Los actores y sus acciones son tratados como interdependientes más que como unidades autónomas o independientes,
2. Los lazos relacionales entre los actores son canales para la transferencia de recursos (materiales o no).

Esta interrelación entre actores y la transferencia de recursos expresada en los lazos, permite visualizar los datos en forma global, donde las relaciones en sí son tan importantes como los nodos que se conectan (Hanneman, 2001).

El presente trabajo tendrá como eje: Describir las relaciones existentes entre las diferentes etapas del abordaje y la importancia otorgada por las disciplinas a estas etapas.

## **2 MARCO METODOLÓGICO**

El enfoque utilizado para el presente trabajo es el cualitativo entendiéndose éste como el estudio, uso y recolección de una variedad de materiales empíricos que describen momentos habituales y problemáticos y los significados en la vida de los individuos (Becker, 1958, Goetz & Le Compte, 1988; Vasilachis de Gialdino, 1992, 2006, 2011; Hernández Sampieri, Fernández Collado, & Baptista Lucio, 2006; Reguera, 2008)

El instrumento de recolección de datos es realizado a través de entrevistas semidirigidas ad hoc, construida con el propósito de recabar datos acerca de los criterios que utilizan o no utilizan los profesionales especialistas en la problemática maltrato infantil para otorgar altas. Las mismas son administradas a los profesionales en su ámbito de acción, llamados Unidades Especializadas Departamentales que se encuentran en Hospital regional o Centro de Salud. Este instrumento pretende obtener mayor riqueza, profundidad y calidad de información (Hernández Sampieri, et all., 2006 citado en Morelato et all., 2012). La entrevista constó de dos partes: la primera recaba datos demográficos (género, edad, lugar de trabajo, profesión, tiempo laboral, formación académica, entre otras) y la segunda parte se introduce en el tema sobre criterios de alta indagando acerca de: conceptualización profesional sobre el alta, altas en los últimos dos años, predominancia del criterio disciplinario o interdisciplinario, tiempo de duración de un caso en el programa, criterios de alta a nivel disciplinar y por último, existencia o no de norma pre-establecida respecto del alta.

El corpus de datos está compuesto por 67 entrevistas realizadas a profesionales intervinientes de la problemática del MNA. El análisis se realizó teniendo en cuenta el trabajo previo realizado a través de la sistematización de datos en Vitaliti (2013), de la cual surgieron las siguientes categorías:

1. Diagnóstico: es un procedimiento que permite conocer y analizar la situación de salud de grupos, comunidad o población, con el fin de identificar o diagnosticar problemas y necesidades, determinar sus factores, como parte de un proceso de intervención (Ramos Domingue, 2006; Fiorini, 2002; Di Paolo, 2011; Carballeda, 2006). El diagnóstico incluye el tipo de maltrato: físico, emocional, por negligencia, abusos sexual infantil (Mollo, Martín, & Stagni, 2009); la cronicidad (si es episódico o de prolongada exposición); el grado de severidad, el cual es evaluado a través de una grilla de indicadores (Morelato, 2009); por último, la particularidad de la situación teniendo presente las distintas formaciones familiares y la particularidad del sujeto (Carballeda, 2007; Fiorini, 2006; Karsz, 2007; Velázquez, 2012; Giberti, 1994);
2. Objetivos: se trata de indicar el destino o los efectos que se pretenden alcanzar con su realización. Conforman el elemento fundamental, ya que expresan los logros definidos que se busca alcanzar (Ander-Egg & Aguilar, 2000). Los objetivos surgen a partir de la evaluación de las causas, a través de la jerarquización de las mismas se realizada dirección sobre la que se articularan las estrategias de intervención y el tratamiento;
3. Tratamiento/estrategias: programa de operaciones simultáneas o sucesivas surgidas a partir del reconocimiento del campo de intervención. A partir de allí se perfilan grandes etapas en el abordaje de la situación y se fundamenta su secuencia (Ander-Egg et alls., 2000; Perez Chaca, Mollo, & Giunchi, 2008);
4. Evaluación: La evaluación del modelo de intervención es un proceso de análisis de la acción o intervención. Se realiza en momentos muy concretos y sirve para juzgar periódicamente, de manera profunda, la acción, y si se presenta el caso, reorientarla (Di Paolo, 2011).

A su vez se construyó una matriz de modo 2 (Hanneman, 2001) teniendo en cuenta las disciplinas de los/as entrevistados/as y las categorías descriptas previamente. El dato del contenido de la matriz pertenece a las vinculaciones realizadas por los profesionales en relación al concepto de alta o cierre de abordaje. Es decir, cada entrevistado/a a través de su disciplina vincula el alta a una de las categorías.

Al realizar la vinculación en la construcción de la matriz se le asignada un (1) uno y la celda que quedara vacía se le asigna un (0) cero. Por ejemplo si el entrevistado/a cuya disciplina-profesión es la psicología y define al alta como: “Alta: es finalización del trabajo con la familia cuando se han logrado cumplir los objetivos ligados al inicio del abordaje en función del diagnóstico”.

En la matriz se considerarían los datos de esta manera:

Cuadro 1. Ejemplo de sistematización de la definición de alta dada por un profesional

<b>Profesión-disciplina</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Diagnóstico</b>	<b>Estrategias/tratamiento</b>	<b>Evaluación</b>	<b>Totales</b>
<b>Psic</b>	1	1	0	0	<b>2</b>

Luego a través del soporte del Software UCINET<sup>3</sup> y NETDRAW se construye la matriz (Anexo cuadro N°3) y se visualizan las redes obtenidas.

El análisis se realiza a través de la metodología de las ARS. Utilizando esta herramienta para analizar el discurso de los/as entrevistados/as en relación a las categorías previamente explicitadas (Lozares, 2006; Avalue, 2007). Se realizará un análisis de la estructura de las redes a partir de medidas específicas para representarlas (Rodríguez 1995; Requena Santos 1989, 2003; Enriquez Rosas, 2000; Hanneman, 2000; Bronfman, 2001; Molina, 2001, 2005 citados en Pasarin, 2013):

1. Componentes: por medio de esta medida se establece ¿Cuántos componentes se encuentran en la red? Los componentes de una red son: “partes internamente conectadas, donde todos los actores están conectados” (Hanneman, 2001);
2. Nodos aislados: son actores de la red que no están conectados entre sí, ni con subgrupos o componentes;
3. Centralidad de grado: Los actores que tienen mayores vínculos con otros actores puede que tengan posiciones ventajosas. Debido a que tienen muchos vínculos, pueden tener formas alternativas de satisfacer necesidades y por tanto son menos dependientes de otros individuos. Además, dado que disponen de muchos vínculos, pueden tener acceso y pueden conseguir más del

---

<sup>3</sup> Versión de prueba. UCINET es un programa de análisis de redes sociales desarrollado por Steve Borgatti, Martin Everett y Lin Freeman. El programa es distribuido por Analytic Technologies (Pasarin, 2013).

conjunto de los recursos de la red. El hecho de tener más vínculos les posibilita a menudo ser terceros y permitir intercambios entre otros, pudiéndose beneficiar de esa posición. Así que una muy simple, pero a menudo efectiva, medida de centralidad de un actor y de su poder potencial es su grado (Hanneman, 2001);

4. Rango: que representa el número de lazos directos que un integrante de la red posee, es decir, con cuántos otros actores se encuentra directamente conectado;

5. Cercanía: es una medida que indica la cercanía de un nodo respecto del resto de la red y que representa la capacidad de tener un nodo de alcanzar a los demás;

6. Intermediación: que permite identificar a las personas que actúan como intermediarias entre otras dos personas del mismo grupo que no se conoce entre sí (lo que podríamos denominar persona puente)<sup>4</sup>.

### 3 RESULTADOS

Los resultados que se presentarán tendrán dos ejes: 1- La interrelación de las disciplinas en particular y las categorías y 2- La interrelación interdisciplinaria y las categorías. En el primer eje se priorizará la disciplina en relación con las categorías mayormente legitimadas. En el segundo eje se tendrá como referencias las categorías más importantes en relación con la interacción de las disciplinas con estas.

Los/as profesionales entrevistados/as pertenecían básicamente a las siguientes disciplinas:

1. Medicina (med.)
2. Psicología (psic.)
3. Trabajo Social (ts.)
4. Psicología social
5. Licenciatura en minoridad y familia (L. M.y F.)

---

<sup>4</sup> Cada una de estas medidas puede ser clara para una analista de redes, sin embargo para un sujeto que lee por primera vez este tipo de metodología puede no resultar familiar. Es por ello, que sugiero la lectura de Robert Hanneman (2001) "Introducción a los métodos de análisis de redes sociales" (2001), documento a través del cual explica con profundidad esta metodología y medidas. El mismo se encuentra en la web de la revista redes con libre acceso: <http://revista-redes.rediris.es/webredes/text.htm>



## 6. Tecnicatura en minoridad y familia (T. M.y F.)

A continuación se describirán cada uno de los grafos<sup>5</sup>, teniendo presente las disciplinas arriba mencionadas. Es importante aclarar que las últimas tres profesiones se presentarán en grafos de Trabajo Social y Psicología según corresponda a fin de analizar y priorizar la interacción.

Este grafo, donde se analiza la disciplina médica, se construyó a partir de la participación de 12 entrevistados/as médicos/as de distintas especialidades, entre las que se encuentran: toco ginecóloga, medicina de familia, pediatría, psiquiatría, entre otras.

En la figura N° 1 se puede apreciar que existen dos componentes, y cinco nodos aislados. Los nodos aislados demuestran que cinco entrevistados/as de los cuales representan el 42% del total entrevistado, no han vinculado el alta con alguna de las instancias del abordaje<sup>6</sup>. En el componente 1 se puede apreciar que la categoría *diagnóstico* (rango 4) tiene mayor centralidad en relación a las categorías restantes. Siguiendo con el mismo componente se observa que la categoría *objetivo* (rango 2) se encuentra intermediada por dos nodos que vinculan: por un lado diagnóstico-objetivo y por otro objetivo-evaluación; y por último la categoría *evaluación* (rango 1).

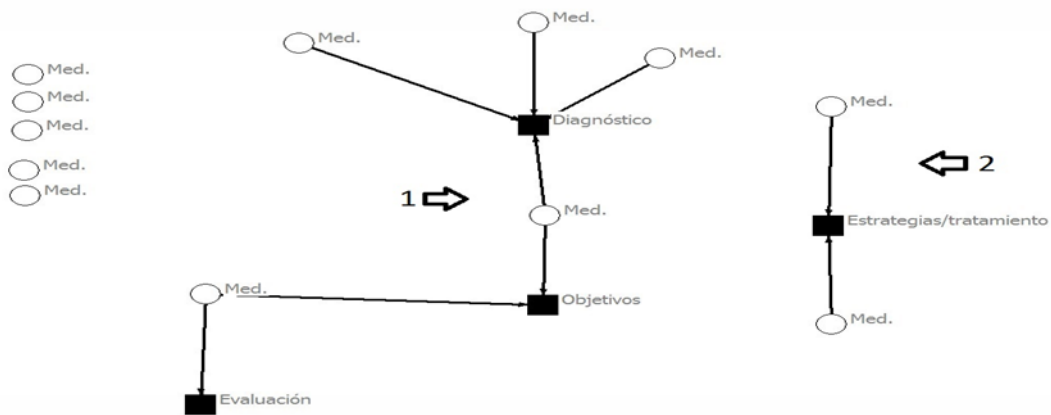
En el componente 2, la categoría estrategias/tratamiento (rango 2) le sigue en centralidad a la categoría diagnóstico, pero se encuentra desconectada de las anteriores categorías, sin poder en relación al componente 1.

---

<sup>5</sup> Un grafo, es “una estructura topológica formada por un conjunto de puntos (nodos vértices), duplicado por un conjunto de de segmentos de líneas orientados o no que unen a la totalidad o una parte del primer conjunto de dos en dos. Existen diferente tipos de grafos: comunes, orientados, evaluados, marcados. Todos ellos sirven para modelar de diferentes maneras la Red Social. Cada nodo representa una persona y una línea la relación entre dos personas<sup>5</sup>” (Machín, Merlo, & Milanese, 2010).

<sup>6</sup> Es importante aclarar que no vincular el alta con las instancias del abordaje no significa que no realicen esta vinculación en la práctica de intervención. Los/as entrevistados al construir la definición de alta en la entrevista no lo consignaron como relevante y esto se describe en los resultados.

Figura 1. Grafo de la disciplina médica en relación con la vinculación establecida entre el alta y las diferentes etapas del abordaje del MNA.



Fuente: Elaboración propia a partir de datos relevados de entrevistas realizadas a profesionales, utilizando el software UCINET.

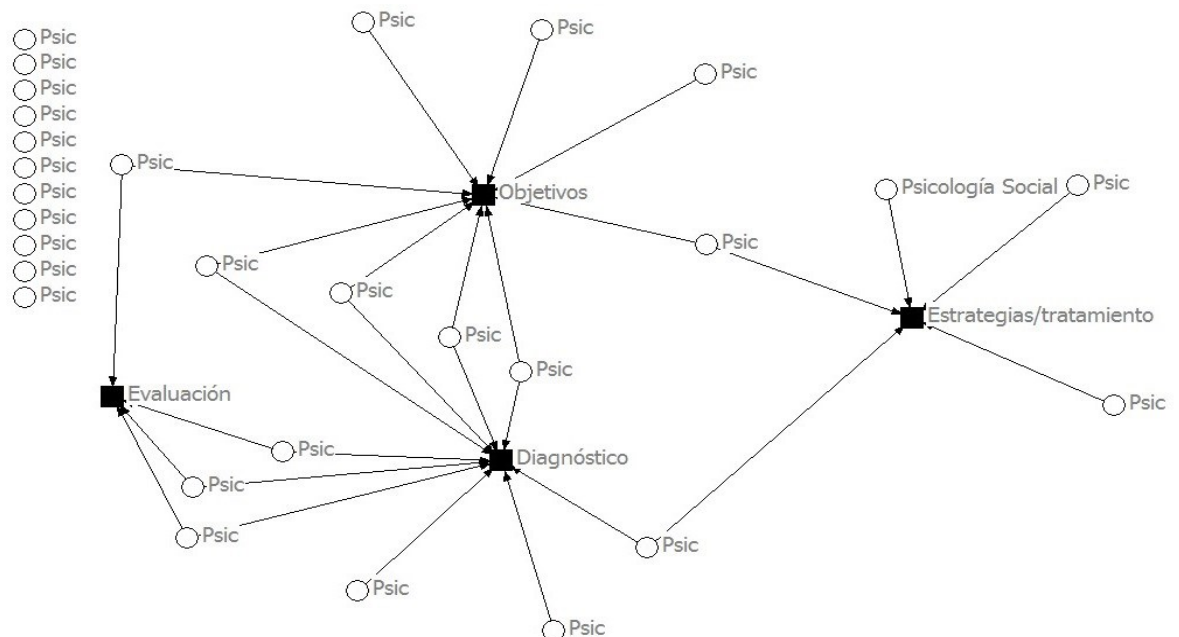
Este grafo, donde se analiza la disciplina psicológica, se construyó a partir de la participación de 29 entrevistados/as, de los cuales 27 son psicólogos/as y 1 psicólogo social.

En la figura N° 2 se puede apreciar que existe un componente y once nodos aislados. Los nodos aislados demuestran que *el 39% de los entrevistados/as no han vinculado el alta con alguna de las instancias del abordaje*. En el componente los/as psicólogos/as han priorizado a las categorías diagnóstico (rango 10) y objetivo (rango 9); en relación las categorías: estrategia/tratamiento (rango 5) y evaluación (rango 4). Resulta importante destacar que el psicólogo social vincula al alta sólo con la efectividad del tratamiento realizado.

La categoría con mayor intermediación del diagnóstico (intermediación 8) que comparte lazos con todas las categorías: objetivo (4), estrategia/tratamiento (3) y evaluación (1). La categoría objetivo de intermediación 6 comparte lazos con: diagnóstico (4) y (1) tanto con estrategia/tratamiento como con evaluación. Luego sigue evaluación (intermediación 4) que comparte lazos con diagnóstico (3) y objetivo (1). Y por último, estrategia/tratamiento (intermediación 2) que comparte un lazo con objetivo y otro con diagnóstico. Sin embargo, en cuanto a la medida

intermediación específicamente, se podría decir que no hay grandes diferencias sino que se comparte cierta paridad.

Figura 2. Grafo de la disciplina Psicología en relación vinculación establecida entre el alta y las diferentes etapas del abordaje del MNA.



Fuente: Elaboración propia a partir de datos relevados de entrevistas realizadas a profesionales, utilizando el software UCINET.

Este grafo, donde se analiza la disciplina sobre trabajo social, se construyó a partir de la participación de 25 entrevistados/as, de los cuales 21 son trabajadores/as sociales, dos Técnicos en minoridad y familia y dos Licenciados en minoridad y familia.

En la figura N° 3 se puede apreciar que existe un componente y tres nodos aislados. Los nodos aislados demuestran que son 16% de los/as entrevistados/as que no han vinculado el alta con alguna de las instancias del abordaje.

En el componente se puede observar que se ha priorizado las categorías: objetivo (rango 14) y diagnóstico (rango 10); en relación las categorías: evaluación (rango 7) y estrategia/tratamiento (rango 4). Tanto la categoría objetivo como diagnóstico tienen un gran número de conexiones que no se vinculan con otras instancias del abordaje (6 nodos cada una).

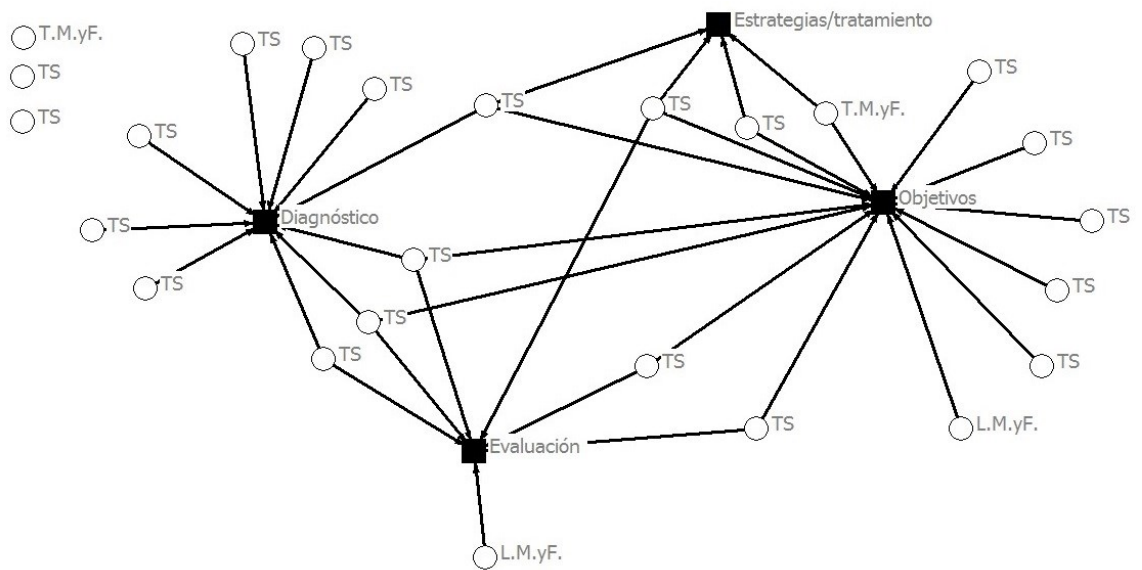
En cuanto a la intermediación existen diferencias importantes:

1. La categoría objetivo tiene ocho nodos de intermediación; de los cuales cuatro tienen la particularidad de vincularse con tres categorías: dos vinculan objetivo-diagnóstico-evaluación, uno vincula objetivo-diagnóstico-estrategia/tratamiento y otro vincula objetivo-estrategia/tratamiento-evaluación. En cuanto la vinculación doble son cuatro los nodos intermediarios, de los cuales: dos vinculan objetivo-estrategia/tratamiento y dos vinculan objetivo-evaluación.
2. En segundo lugar se encuentra la categoría evaluación con seis nodos intermediarios. De estos nodos, tres intermedian con tres categorías (dos nodos vinculan evaluación-diagnóstico-objetivo y uno vincula evaluación-estrategia/tratamiento-objetivo); y tres nodos intermedian con dos categorías (dos vinculan evaluación-objetivo y una vincula evaluación-diagnóstico).
3. Tanto la categoría diagnóstico como estrategia/tratamiento con cuatro nodos intermediarios cada una. Se diferencian en que la categoría diagnóstico tiene tres nodos que vinculan tres categorías, mientras que la categoría estrategia/tratamiento tiene dos nodos que vinculan tres categorías.

Se podría decir que teniendo en cuenta las propiedades de la red existe mayor cohesión en esta disciplina en relación con a las otras dos restantes. Esta aseveración se puede realizar teniendo en cuenta que, de los nueve nodos intermediarios existen cuatro que vinculan tres categorías, estableciendo mayor poder a las conexiones (Grigoli, 1979 citado en Pinto & Lucas, 2013).

Es importante destacar que los/as técnicos/as en minoridad se encuentran: uno como nodo aislado sin vincular el alta con alguna instancia del abordaje y el otro vinculando el alta con los objetivos y las estrategias de abordaje. En cuanto a los Licenciados/as en minoridad y familia se encuentran vinculando al alta: uno con los objetivos y el otro con la evaluación de la intervención realizada.

**Figura 3. Grafo de la disciplina Trabajo Social y disciplinas afines en relación vinculación establecida entre el alta y las diferentes etapas del abordaje del MNA.**



Fuente: Elaboración propia a partir de datos relevados de entrevistas realizadas a profesionales, utilizando el software UCINET.

### 3.1 Instancias del abordaje en relación al conjunto de disciplinas

El total de entrevistados/as fue de 67 participantes, de los cuales 66 respondieron la entrevista, como lo expresa el cuadro a continuación.

**Cuadro 2. Datos de entrevistas y características de la red representada en figura 4.**

<b>No contesta</b>	1
<b>Contestadas</b>	66
<b>Total de entrevistados/as</b>	67

<b>Características de la red</b>	<b>Número</b>
Nodos aislados	19
Rango 1	26
Rango 2	17
Rango 3	4
<b>Total</b>	<b>66</b>

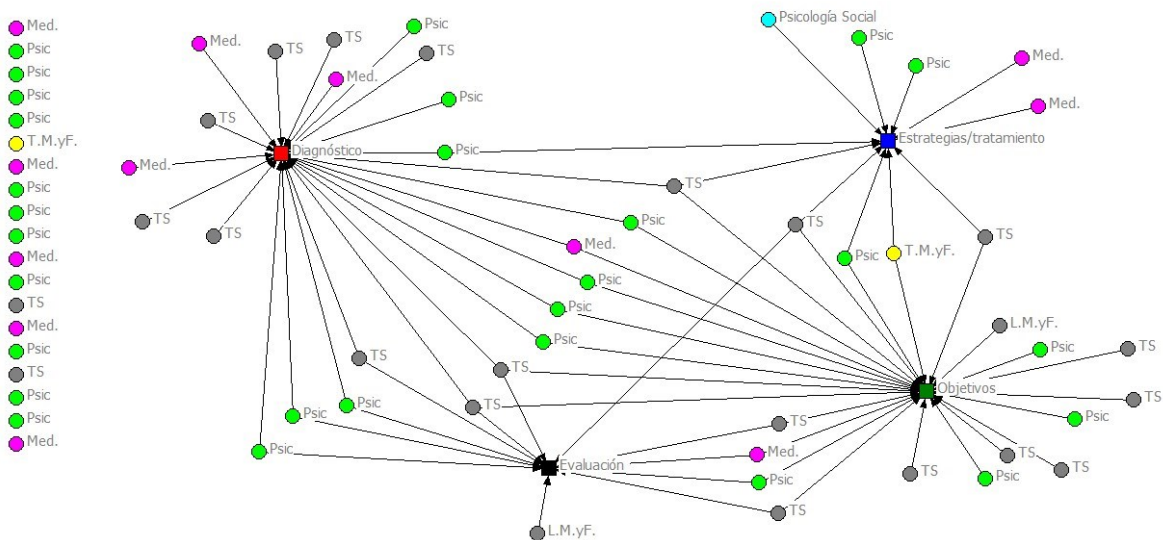
Fuente: elaboración propia a partir de los datos aportados por la red disciplinaria y las categorías.

En el cuadro anterior se describen algunas características del grafo (figura N°4) donde el número de nodos coincide con la cantidad de entrevistas contestadas, respectivamente.

En el grafo se puede observar que existen un componente y 19 nodos aislados. Los nodos aislados representan un 29 % del total de los nodos existentes. En el componente se pueden observar las siguientes medidas representativas:

1. Centralidad: La categoría con mayor centralidad es diagnóstico con 24 nodos, luego le sigue objetivo con 15 nodos, evaluación con 12 nodos y estrategia/tratamiento con 11 nodos.
2. Intermediación: se observa que la categoría con mayor cantidad de nodos intermediados es objetivo con 16 nodos, le sigue diagnóstico con 13 nodos, evaluación con 11 nodos y estrategia/tratamiento con 6 nodos.
3. Rango: en esta medida solo se destacará a la disciplina trabajo social por ser los únicos nodos que intermedian con tres categorías. La cantidad de nodos de rango 3 es de cuatro nodos.
4. Alta cohesión del componente, ya que tiene mayor poder de la red teniendo presente la cantidad de interconexiones.

**Figura 4. Grafo del conjunto de las disciplinas en relación con vinculación establecida entre el alta y las diferentes etapas del abordaje del MNA.**



Fuente: Elaboración propia a partir de datos relevados de entrevistas realizadas a profesionales, utilizando el software UCINET.

#### 4 CONCLUSIONES

A partir de los resultados obtenidos se pueden realizar las siguientes conclusiones:

1. Los/as profesionales de la disciplina médica, el 58 % vincula el alta en dos direcciones: por un lado, preferentemente, el alta en relación al diagnóstico, luego a los objetivos y a la evaluación, y por otro, la preferencia de asociar alta con la efectividad del tratamiento realizado. El 42 % de profesionales restantes no vincula con preferencia el alta con el diagnóstico, tratamiento/estrategia, objetivo y evaluación del abordaje.
2. En los/as profesionales de la disciplina psicológica, el 61 % de ellos legitima con mayor relevancia al diagnóstico, objetivo, evaluación y tratamiento<sup>7</sup> para la determinación de un cierre de abordaje. A su vez, centraliza el cierre de abordaje con el diagnóstico en primer lugar y en segundo lugar a los objetivos necesarios para la intervención. El 39% profesionales restantes, no vinculan con preferencia el alta con el diagnóstico, tratamiento/estrategia, objetivo y evaluación del abordaje.
3. Los/as profesionales de Trabajo Social establecen una fuerte conexión del alta con las instancias del abordaje. Sólo tres nodos, que representan el 16% de los entrevistados no han establecido vinculación del alta con las instancias del abordaje.

A su vez, se observan diferencias entre las medidas específicas de centralidad de grado (objetivo, diagnóstico, evaluación, estrategia/tratamiento<sup>8</sup>) e intermediación (objetivo, evaluación, diagnóstico, estrategia/tratamiento<sup>9</sup>) observadas en la red. A fin de contextualizar lo que se representa a través de estas medidas, se podría decir que las categorías que tienen mayor centralidad tiene mayor legitimación en la red, es decir, están mejor posicionadas en el discurso. En relación a las categorías que tienen mayor grado de intermediación se podría decir que existen mayores posibilidades de vinculación, posibilitando mayor cohesión con las otras categorías<sup>10</sup>.

Las conclusiones que se podrían arribar a través de lo trabajado con todas las disciplinas y las etapas del abordaje son<sup>11</sup>:

1. Resulta relevante que exista un 29 % de disciplinas que no hayan vinculado al cierre de abordaje o alta a alguna de las instancias del abordaje. Sin embargo, que exista un componente con alta cohesión,

---

<sup>7</sup> El orden no es azaroso y depende de la cantidad de lazos intermediados de cada categoría.

<sup>8</sup> Se encuentra ordenado de mayor a menor grado de centralidad.

<sup>9</sup> Se encuentra ordenado de mayor a menor grado de intermediación.

<sup>10</sup> Conclusiones surgidas a partir del análisis de la figura N° 3.

<sup>11</sup> Conclusiones surgidas a partir del análisis de la figura N° 4 y cuadro N° 2.

implica que las categorías tienen poder y legitimación surgida de la intermediación emergida. Es decir, existe una alta aceptación por parte de las disciplinas –restantes- acerca del cierre de abordaje en relación con las instancias del abordaje. Por ejemplo, en la categoría objetivo –que sería la de mayor intermediación- se observa: 5 nodos (rango 2) objetivo-diagnóstico, 4 nodos (rango 2) objetivo-evaluación, 3 nodos (rango 2) objetivo-estrategia/tratamiento, 2 nodos (rango 3) objetivo-evaluación-diagnóstico, 1 nodo (rango 3) Estrategia/tratamiento-evaluación- objetivo, y por último, 1 nodo (rango 3) diagnóstico-objetivo-estrategia/tratamiento.

2. En relación a la relevancia dada por las disciplinas a ciertas instancias del abordaje en relación a la puntuación dadas a las restantes. Surge la pregunta si ¿es el diagnóstico y los objetivos determinantes primordiales para arribar a un cierre de abordaje?

3. Nos preguntamos acerca del papel secundario dado a las categorías estrategia/tratamiento y evaluación en relación al cierre de abordaje. ¿Es irrelevante pensar que el tratamiento/estrategia y la evaluación no tiene directa correlación con el cierre de abordaje? Es basta la teoría que explica que un buen diagnóstico puede garantizar un abordaje efectivo (Barnett, Manly y Cicchetti, 1993; Arruabarrena y De Paúl, 2001; Cicchetti, Rogosch, Manly y Lynch, 2005; English, Upadhyaya, Litrownik, Marshall, Runyan, Graham y Duwobitz, 2005; Manly, 2005; Muela Aparicio, 2008 citados en Morelato, Giménez, Vitaliti & Casari, 2013). Sin embargo, la problemática del MNA debido a su complejidad y en ciertas situaciones cronicidad, implica en general la deserción del tratamiento, sin posibilidad de establecer estrategias de recaptación.

Estas deficiencias en las estrategias de recaptación no dependen, en general, de la falta de efectividad profesional para captar nuevamente a la familia, sino que –como se dijo anteriormente- las características primordiales de la problemática del MNA y la gran demanda existente (Diario Los Andes, 2010; Diario El Sol, 2011; Diario Uno, 2013; PPMI, 2011 citados en Morelato, Giménez, Vitaliti, Casari & Soria, en prensa) en relación a los recursos profesionales, no acompañan a la efectividad de un tratamiento. A su vez, resulta dificultosa realizar una evaluación conjunta, entre el equipo y las familias, en cuanto a los logros alcanzados, debido a lo explicado anteriormente (Arruabarrena Madariaga, 2009).

Finalmente, resulta necesario plantear que la metodología ARS utilizada para el análisis reticular semántico, es de suma importancia en la profundización de los vínculos establecidos en los discursos lineales. Esta dinámica permite arribar a conclusiones mayormente legitimadas por los



participantes. Describir las relaciones que existen entre las distintas instancias del abordaje en MNA y el cierre de abordaje, a partir de lo expresado por los profesionales, implica dilucidar posibles líneas de investigación desde y para el campo de intervención. Es así como los/as niños/as como sujeto inesperados por las escenarios de intervención institucional (Carballeda A. , 2008), permiten repensar la intervención a fin de asegurar la protección de sus derechos.

## BIBLIOGRAFÍA

- Ander-Egg, E., & Aguilar, M. J. (2000). *Cómo elaborar un proyecto: guía para diseñar proyectos sociales y culturales*. Buenos Aires: Lumen Humanitas.
- Arruabarrena Madariaga, M. I. (2009). Procedimientos y criterios para la evaluación y la intervención con familias y menores en el ámbito de la protección infantil. *Papeles del Psicólogo*, 13-23.
- Avalle, G. (2007). Redes Semánticas de la Pobreza. La Argentina del 2001. *REDES Revista hispana para el análisis de redes sociales*, 13(8).
- Barnett, D., Manly, J. T., & Cicchetti, D. (1993). Defining child maltreatment: the interface between policy and research. En D. Cicchetti, & S. L. Toth, *Child abuse, child development and social policy* (págs. 7-73). New Jersey: Ablex Publishing Corporation.
- Bringiotti, M. I. (1999). *Maltrato Infantil: Factores de riesgo para el maltrato físico en la población infantil que concurre a las escuelas dependientes del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires*. Buenos Aires: Miño y Dávila editores.
- Bringiotti, M. I. (2006). La Investigación y la transferencia: cuestiones de las prácticas. *Mesa Redonda: La investigación y la transferencia en cuestiones de infancia* (págs. 1-3). Buenos Aires: Inédito.
- Carballeda, A. (2008). La Intervención en lo Social y las Problemáticas Sociales Complejas: los escenarios actuales del Trabajo Social. *Margen*(48).
- Carballeda, A. J. (2006). *El trabajo social desde una mirada histórica centra en la intervención*. Buenos Aires: Espacio.
- Di Paolo, R. O. (2011). *Planificación de proyectos sociales*. Mendoza: Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, UNC.

- Gracia Fuster, E. (1995). Modelos explicativos, factores de riesgo e indicadores de los malos tratos en la infancia. En M. Oñorbe de Torre, M. García Barquero, & J. Díaz Huertas, *Maltrato Infantil: Prevención, diagnóstico e intervención desde el ámbito sanitario*. Madrid: Consejería de la Salud.
- Gracia, E. (2002). El maltrato infantil en el contexto de la conducta parental: Percepciones de padres e hijos. *Psicothema*, 274-279.
- Grupo Antropocaos. (2011). *Seminario de Redes Sociales: Subgrupo*. Buenos Aires: Facultad de Antropología, Universidad de Buenos Aires.
- Hanneman, R. (2001). *Introducción a los Métodos de Análisis de Redes Sociales*. California: Departamento de Sociología de la Universidad de California Riverside.
- Kempe, H. (1962). *The battered child Syndrome*. Chicago N.A: Jama N/181.
- Lozares, C. (2006). Las representaciones fácticas y cognitivas del relato de entrevistas biográficas: un análisis reticular del discurso. *REDES Revista hispana para el análisis de redes sociales*, 10(8).
- Machín, J., Merlo, R., & Milanese, E. (2010). *Redes Sociales y Farmacodependencias. Aportes para la intervención*. México: CONADIC.
- Mitchel, J. C. (1969). *Social Network in Urban Setting*. Manchester: Manchester University Press.
- Mollo, S., Martín, P., & Stagni, M. (2009). *Diferentes Problemáticas que se abordan desde el Programa y su codificación actual redefinida en el marco de la Ley 26061*. Mendoza.
- Morelato, G. (2009). *Evaluación de la resiliencia en niños víctimas de maltrato infantil*. San Luis: Tesis doctoral UNSL.
- Morelato, G; Casari, L., Vitaliti, J.M., Gimenez, S., Soria, G, Guillot, S, y Moscuén, M. (2012). Criterios de alta clínica en el ámbito de la atención del maltrato infantil: un enfoque exploratorio. Proyecto de investigación subsidiado por el Consejo de Investigaciones de la Universidad del Aconcagua (CIUDA). Mendoza
- Morelato, G., Gimenez, S., Vitaliti, J., Casari, L., & Soria, G. (en prensa). Análisis de factores protectores en el abordaje del maltrato infantil desde la mirada clínica. *Enseñanza e Investigación en Psicología*.
- Paredes, A. (2011). Tres debates sobre la metodología de Análisis de Redes Sociales. En E. Escalante Gómez, & M. Páramo, *Aproximación al Análisis de*

- datos cualitativos: Aplicación en la práctica investigativa.* (págs. 601-624).  
Mendoza: Universidad del Aconcagua.
- Paredes, A., Muñoz Rodríguez, M., Arrigoni, F., Vitaliti, J., Catalano, P., & Lucero, I. (2001). *Informe de Avance de Investigación: Resiliencia y redes sociales en comunidades vulnerables: El caso de Privados de Libertad en los Establecimientos Penitenciarios dependientes del Servicio Penitenciario Provincial (Mendoza).* Mendoza: Ciudad.
- Pasarin, L. (2013). Itinerarios Terapéuticos y Redes Sociales: actores y elementos que direccionana los proceso de salud/enfermedad/atención. En A. Paredes, *Redes Sociales: análisis e intervención psicosociales* (págs. 215-233). Mendoza: Universidad del Aconcagua.
- Perez Chaca, M. V., Mollo, S. M., & Giunchi, V. A. (2008). Familia(s) y maltrato infanto-juvenil: una mirada desde el campo social. *Escenarios 13*, 90-99.
- Vitaliti, J. M. (2013). Criterios profesionales utilizados en el alta o cierre de abordaje de la problemática del Maltrato a la Niñez y Adolescencia. En ASSM, *Salud Mental: Interdisciplina e inclusión social como ejes de intervención.* (págs. 226-228). Buenos Aires.
- Vitaliti, J. M. (2013). Políticas sociales y género: Una aproximación desde el estudio de redes personales. En A. Paredes, *Redes Sociales: análisis e intervención psicosociales.* (págs. 111-136). Mendoza: Editorial de la Universidad del Aconcagua.

