

**Universidad de Palermo**  
**Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales**  
**Licenciatura en Psicología**  
**Trabajo Final Integrador**

*Recién Nacidos con cocaína en sangre:  
del caso único a una problemática de Salud Pública.*

Alumna: Martos, María de los Ángeles

Tutora: Lic. Natalia Da Silva

Buenos Aires, 3 de Junio de 2020

## Índice

1. Introducción.....	3
2. Objetivo General.....	4
2.1. Objetivos específicos.....	4
3. Marco Teórico.....	4
3.1. Vulneración de Derechos de los niños, niñas y adolescentes desde una perspectiva psicosocial.....	4
3.2. La problemática del consumo de Sustancias Psicoactivas (SP) durante el embarazo como un tipo de vulneración de derechos.....	7
3.3. Atención Primaria de la Salud (APS), accesibilidad, educación, pobreza y desigualdad: el consumo de Sustancias Psicoactivas (SP) durante el embarazo como una problemática de Salud Pública.....	14
3.4. Ley de Salud Mental, Ley Nacional 26.061 y Ley Provincial 13.298 de Protección y Promoción de los Derechos de los niños, niñas y adolescentes: el Estado garantiza, la Sociedad participa.....	18
3.4.1. La Medida de Abrigo y en Plan Estratégico de Restitución.....	22
4. Metodología.....	24
4.1. Tipo de estudio.....	24
4.2. Participantes.....	24
4.3 Instrumentos.....	25
4.4. Procedimiento.....	26
5. Desarrollo.....	26
5.1 Introducción.....	26
5.2. Objetivo específico 1.....	27
5.3. Objetivo específico 2.....	30
5.4. Objetivo específico 3.....	34
6. Conclusiones.....	37
7. Referencias bibliográficas.....	44

## **1. Introducción**

El presente trabajo se encuadra en la instancia de Práctica de Habilitación Profesional de la Licenciatura en Psicología de la Universidad de Palermo. La mencionada práctica transcurrió entre los meses de septiembre y diciembre de 2019 y se llevó a cabo en un Servicio Local perteneciente a un municipio bonaerense encargado del resguardo, protección y promoción de los derechos de los niños, niñas y adolescentes. El trabajo del Servicio Local se enmarca en la práctica de la Psicología Comunitaria, realizando las operadoras tareas de evaluación y seguimiento de casos y de mediación y articulación entre diversas instituciones encargadas de la protección y restitución de derechos que han sido vulnerados. El Servicio Local recibe casos principalmente desde tres ramas zonales importantes: el Hospital Materno Infantil zonal, escuelas de la zona y comisarías. Como parte del trabajo de mediación y articulación entre instituciones, las operadoras del Servicio Local mantienen entrevistas con los involucrados y realizan seguimiento de los casos que siempre guardan relación con situaciones de vulneración de derechos a niños, niñas o adolescentes hasta 18 años. Los casos varían desde la tramitación de documentos de identidad, negligencias graves, violencia, Abuso Sexual Infantil (ASI), revinculación y seguimiento en casos de Medidas de Abrigo, hasta la determinación de adoptabilidad, etc.

De la bastedad de casos presenciados a diario y del acceso a innumerables legajos archivados, cuya información se encuentra detalladamente sistematizada, se desprende una riquísima experiencia y el interés por múltiples temáticas. No obstante ante la necesidad de acotar el caudal de información en función de la elaboración del presente se intentará profundizar sobre una problemática que impacta por su prevalencia y aumento en los últimos años: el nacimiento de bebés con cocaína y marihuana en sangre.

La situación del consumo de algunas sustancias psicoactivas durante el embarazo se enmarca según el decreto 300/5 de la Ley Provincial 13.298 de Promoción y Protección Integral de los Derechos de los Niños, Niñas y Adolescentes (2005) como un tipo de negligencia grave lo cual resulta en la necesaria intervención del Servicio Local al ser notificados. Se trata de una problemática particularmente compleja dado que se dificulta su detección temprana y por consiguiente la posibilidad de tomar medidas preventivas. En general, el Servicio Local es notificado a partir del alumbramiento de un recién nacido con examen positivo de cocaína, marihuana u otras sustancias psicoactivas en sangre del neonato u orina de la madre.

El presente trabajo tiene como finalidad abordar esta problemática compleja desde una perspectiva psicosocial y describir la forma en la que el Servicio Local despliega sus diversas estrategias en virtud de salvaguardar los derechos de los niños y niñas afectados. Tomando como punto de partida un caso específico se intentó describir el trabajo interdisciplinario, complejo y longitudinal que el Servicio Local realiza.

## **2. Objetivo General**

Analizar el abordaje integral desplegado por un Servicio Local de protección y promoción de derechos de niños, niñas y adolescentes de una localidad bonaerense al ser informados por el Servicio Social de un Hospital Materno Infantil de la misma localidad sobre el alumbramiento de un recién nacido con cocaína en sangre.

### **2.1. Objetivos Específicos**

- 1.- Describir las estrategias que despliega el Servicio Local al tomar conocimiento mediante el Hospital Materno Infantil de la zona sobre un caso de un recién nacido con examen positivo de cocaína en sangre.
- 2.- Describir las intervenciones que realiza el Servicio Local para el trabajo con la familia en general y con la madre en particular ante dicha problemática.
- 3.- Indagar sobre las herramientas que poseen y cuales se consideran necesarias desde el Servicio Local en función de prevenir el consumo problemático durante el embarazo.

## **3. Marco Teórico**

### **3.1. Vulneración de Derechos de los niños, niñas y adolescentes desde una perspectiva psicosocial.**

Los niños y niñas desde su más temprana infancia requieren de cuidados especiales que garanticen su supervivencia y desarrollo saludable. A diferencia de otras especies, el ser humano es el único que no sobrevive sin los cuidados y el afecto de un otro significativo que, además de cubrir sus necesidades fisiológicas básicas como la alimentación o higiene, logre estrechar un vínculo afectivo con él que resultará fundante para su sano desarrollo psicofísico (Bowlby, 1988). Resultan entonces derechos fundamentales de los niños, niñas y

adolescentes el derecho a una vivienda digna, a ser alimentados, escolarizados en tiempo y forma, el derecho a que su salud sea cuidada y controlada, a entornos de crecimiento saludables que permitan la expresión total de sus capacidades, a ser estimulados, respetados, escuchados, entre otros (Convención Sobre los Derechos del Niño, Niña y Adolescente, 1989; Ley Nacional N° 26.061, 2005). Por otra parte la Convención de los Derechos del Niño, Niña y Adolescente (1989), establece que el niño, por su inmadurez física y mental necesita protección y cuidados especiales tal como se mencionaba con anterioridad y agrega el derecho de debida protección legal ante la vulneración de uno o más de estos derechos fundamentales, tanto antes como después del nacimiento. Lo antedicho se refuerza localmente: al día de hoy, en la Provincia de Buenos Aires, la jurisprudencia en torno a la persona por nacer permite que, por medio de la figura del Asesor de Incapaces, el Estado deba garantizar el derecho a la vida y a la salud del feto. Así queda explicitado, por ejemplo, en el artículo 38 de la Ley Provincial N° 14.442 sobre las funciones del Asesor de Incapaces (2013) que parte de las mismas radican en tomar contacto inmediato y directo con los incapaces que representen judicialmente, y con aquellos que requieran su asistencia, aunque no exista causa judicial en trámite. Asimismo la norma escrita establece como función del Asesor que el mismo podrá y deberá peticionar en nombre de ellos, por propia iniciativa, cuando carezcan de representantes o existan entre éstos y los incapaces conflicto personal u oposición de intereses o resulte necesario para impedir la frustración de los derechos a la vida, salud, identidad, y de ser oídos por el juez de la causa. Cuando la jurisprudencia se centra en la persona por nacer se entiende como representante de la misma y con quien pueda existir conflicto de intereses, a quien la gesta. Es decir que supone la intervención del Asesor de Incapaces cuando entienda que las acciones de la persona gestante atentan contra los derechos a la vida y a la salud de la persona por nacer. El Asesor, a su vez, tiene la facultad de intervenir ante los órganos competentes en materia civil del niño, niña y/o adolescente y tomar contacto con la comunidad a través de las instituciones vinculadas con la protección y asistencia de los incapaces a fin de coordinar acciones conducentes a tales fines. Como facultad fundamental el Asesor deberá velar por el respeto de los derechos y garantías del incapaz, incluso formulando las denuncias y requerimientos pertinentes cuando se dificulten, obstruyan o impidan el ejercicio de sus atribuciones, sin perjuicio de la responsabilidad penal que pudiera corresponderles por ello.

La ley Nacional 26.061 de Protección y Promoción de los Derechos de los Niños, Niñas y Adolescentes (2005) puso fin a la Ley de Patronato sancionada por el Congreso Nacional en el año 1919, ley mediante la cual se estableció el concepto de minoridad y que sostenía que ante la situación de desamparo y riesgo, los niños quedaban bajo la tutela del juez de familia, quien era el encargado de velar por su integral protección. Dicha modificación dio lugar a un nuevo concepto: el de *interés superior del niño*, lo cual implicaba, a partir de entonces, contemplar siempre y en primera instancia que ante la necesidad de tomar una medida respecto de un menor, se adoptaran aquellas tendientes a garantizar la expresión integral de sus derechos. Este vuelco que parecía sólo de índole semántica contenía un aspecto fundamental y un giro en la concepción del niño: lo situaba como sujeto de derecho. Hoy en día los jueces tanto nacionales como provinciales deben anteponer el interés superior del niño en la toma de cualquier decisión que los involucre (Ley Nacional N° 26.061).

No obstante todo lo expuesto, se considera que hoy en día América Latina es una región en la que existe un conjunto importante de derechos insatisfechos y de sujetos niños vulnerados (Weimberg, 2002). Las formas posibles que adopta la vulneración de derechos a niños y niñas son diversas y complejas dado que rara vez se presentan en una sola de sus variantes. Algunas de estas formas incluyen maltrato verbal o físico, ausencia de adultos responsables, negligencias, ASI (en cualquiera de sus manifestaciones), falta de acceso al sistema de salud, falta de acceso a la escolarización, discriminación, explotación, etc. (Dirección Provincial de Protección y Restitución de Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes, 2019).

Al tratarse, los antes mencionados, de derechos fundamentales, el Estado tiene la responsabilidad de velar por ellos y garantizar su restitución en el caso de ser necesario. Es así como diversas instituciones dependientes de la Nación o los Municipios funcionan debiendo procurar el cumplimiento de estos derechos y las protecciones de todos los niños, niñas y adolescentes ante situaciones de vulneración. Cuando el abordaje de estas instituciones se fundamenta en el apoyo social, el acompañamiento y desarrollo humano integral en salud mental se habla de un enfoque o una perspectiva psicosocial (Villa Gómez, 2012). Dentro del abordaje psicosocial la discusión se complejiza, sobre todo, cuando se

refiere a la eficacia del mencionado enfoque en la resolución de las problemáticas diversas y complejas que se dan en el entramado social. En esa dirección algunos autores postulan que el aporte de la psicología, como ciencia y como praxis, a la historia de los pueblos latinoamericanos es extremadamente pobre y que ha resultado insuficiente la tarea en función de tratar y resolver los grandes problemas del subdesarrollo, dependencia y opresión que agobian a nuestros pueblos. Son esos mismos autores quienes postulan que la psicología en su conjunto, la teórica, la aplicada, la individual y la social, la clínica y la educativa ha mantenido "una dependencia servil" a la hora de plantearse problemas y de buscar soluciones y ha permanecido al margen de los grandes movimientos e inquietudes de los pueblos latinoamericanos (Baró, 2006). Por otra parte existen aquellos que sostienen que la Psicología Comunitaria como ramificación de la Psicología Social está desempeñando un papel cada vez más importante en una sociedad que busca caminos para construir un mundo más humano e igualitario, al promover estructuras sociales más justas y solidarias, sosteniendo que desde una perspectiva lo más compleja posible distintas disciplinas interrelacionadas, y con enfoque comunitario, abordan problemáticas diversas y complejas del entramado social con el paradigma ecológico como eje fundamental de dicho enfoque (Sarriera, 2008). El paradigma ecológico, según explica el autor antes mencionado, supone, entre otros postulados, una visión más integral de los distintos procesos sociales con instrumental de análisis cercano al contexto psicosocial en el cual están inmersas personas y comunidades. La concepción ecológica del ser humano se centra en el sujeto inmerso en determinado contexto y privilegia la investigación de los hechos dentro de los contextos naturales mismos donde ocurren. En este sentido la discusión resultará infértil si no se centra en preguntarse si el bagaje psicológico (teórico y práctico, los enfoques y paradigmas) del que se dispone resulta útil para desarrollar una práctica que contribuya significativamente a dar respuesta a los problemas cruciales de nuestros pueblos. En este caso, más que en ningún otro, tiene validez aquello de que la preocupación del científico social no debe cifrarse tanto en explicar el mundo cuanto en transformarlo (Baró, 2006). Dentro de dichas problemáticas se ubica la que convoca el presente escrito: el consumo de sustancias psicoactivas durante el embarazo y sus consecuencias tanto en el desarrollo de los niños y niñas como en la persona gestante, las familias y la comunidad.

### **3.2. La problemática del consumo de Sustancias Psicoactivas durante el embarazo como una vulneración de derechos a los niños y niñas.**

Son numerosas las investigaciones que dan cuenta de los efectos nocivos que el consumo de sustancias psicoactivas (SP) durante la gestación causan en la persona gestante y en el feto. Para ciertos autores resulta sumamente importante destacar que estos efectos nocivos no sólo se despliegan durante el periodo embrionario y fetal, sino también durante el resto de sus vidas produciendo alteraciones en los procesos de aprendizaje y conductuales (Magri et al., 2007). No obstante la bastedad de estudios que confirman estos efectos nocivos, es difícil calcular el impacto total de las consecuencias del consumo materno de las drogas y determinar el peligro específico sobre el feto. Los factores que dificultan una determinación más precisa de estos daños se agrupan en varios ejes: por empezar se sabe que rara vez el consumo se limita a una única sustancia psicoactiva. En general, los autores sostienen que se produce un consumo simultáneo de varias de ellas, desconociendo a su vez las cantidades en que se produce el consumo. Otros factores tienen que ver con los cuidados prenatales recibidos, la potencial ulterior negligencia o exposición a violencia, las condiciones socioeconómicas, el estado de nutrición materna, otros problemas de salud y la posibilidad de que la madre haya sido expuesta a enfermedades de transmisión sexual. Los autores sostienen que todas esas variables se entrecruzan de formas complejas, por lo cual resulta extremadamente difícil adjudicar el daño evidente en un niño o niña únicamente al consumo de su madre durante la gestación (NIDA, 2010). No obstante lo expuesto, la mayoría de los autores que han investigado el impacto concreto del consumo de SP durante la gestación, acuerdan en que es sabido que la utilización de drogas por la mujer durante el período gestacional conlleva a una situación de riesgo para sí misma y para el organismo en formación. Así, la exposición prenatal a drogas se asocia a un amplio rango de complicaciones obstétricas y alteraciones físicas y neuroconductuales que se tornan evidentes en la primera infancia. A este respecto, se ha reportado que más del 75% de los niños expuestos gestacionalmente a drogas han tenido problemas de salud en comparación al 27% de los niños nacidos no expuestos. Numerosas evidencias indican que las drogas consumidas por la madre pueden atravesar la barrera placentaria y exponer al feto de forma pasiva a la acción de la droga y/o sus metabolitos, lo cual sería la fuente del daño directo sobre el feto.



Asimismo lo condiciona a padecer síndrome de abstinencia que puede darse *in útero* si la madre interrumpe abruptamente el consumo o en los momentos inmediatos siguientes al parto cuando el recién nacido deja de percibir la droga a través de la placenta. En la misma línea los autores postulan sobre las numerosas complicaciones asociadas: las complicaciones obstétricas (fueron mayores en madres consumidoras de drogas, por lo que la detección temprana de este problema ayudaría a disminuir o incluso evitar tanto los efectos nocivos sobre la salud de la madre, del feto o del recién nacido), los problemas sociales que esto trae aparejado así como los costos que generan para la salud pública (Suárez et al., 2009).

Se observa entonces que entre los problemas documentados y asociados al consumo durante la gestación se han observado: aborto, muerte intrauterina, muerte súbita, malformaciones, bajo peso, prematuridad, sufrimiento fetal, síndrome de abstinencia agudo, subagudo o crónico, infecciones verticales, ruptura prematura de membranas, asfixia, infarto cerebral, patrones de respiración y cardíacos anormales, etc. (Suárez et al., 2009). En consonancia con lo expuesto, en una revisión bibliográfica llevada a cabo por García Valle et al. (2009) se encontró mayor incidencia de abortos, partos pre término y desprendimientos de placenta en consumidoras de cocaína gestantes en relación a los partos llevados a cabo por mujeres que no habían consumido durante el embarazo. La explicación que los investigadores encuentran a estos fenómenos radica en que debido a las propiedades lipofílicas de la cocaína, ésta atraviesa rápidamente la barrera placentaria por difusión simple, exponiendo al feto a una concentración muy elevada de dicha sustancia. Asimismo, se pueden ver potenciados los efectos de la cocaína sobre la madre debido a los cambios cardiovasculares inducidos por el embarazo, especialmente el aumento del volumen sanguíneo y el descenso de la resistencia vascular asociada a la gestación. Sumado a lo anterior y debido al estado hipervolémico de la gestación, la vasoconstricción que produce la cocaína puede precipitar una crisis hipertensiva y desencadenar el parto pre término con las complicaciones que esto trae aparejadas para el feto (García Valle et al., 2009)

Existe otra problemática relacionada específicamente con lo previamente mencionado y que ya se mencionó con anterioridad pero se intentará ampliar en el presente subapartado: los controles durante el embarazo. En relación con el cuidado de la mujer gestante y del neonato, la ampliación más importante de derechos se produjo por la vía del Plan Nacer. Este

plan, hoy ampliado y denominado Plan SUMAR<sup>1</sup>, brinda a los niños y niñas 0 a 5 años y mujeres embarazadas atención gratuita en los centros de salud: control de embarazo, ecografías, vacunación, análisis clínicos, parto, atención al recién nacido, controles ginecológicos, etc. A pesar de ello, según una investigación llevada a cabo por el ministerio de Desarrollo Social conjuntamente con UNICEF durante el año 2013, un porcentaje importante de personas gestantes (un 12,7%), no alcanzaron las cinco consultas durante el embarazo siendo esto más marcado en los sectores poblacionales más pobres, sin embargo según algunos autores esto podría explicarse dado que hay más personas gestantes en los quintiles más pobres (Filgueira & Aulicino, 2015). Por ende se vuelve evidente que a los daños directos asociados a los efectos de las SP en el embrión y el feto, deben sumarse numerosas problemáticas que coexisten: la ausencia o escasa cantidad de controles durante el embarazo se observa como una de gran importancia y se desprende otra igualmente compleja: la imposibilidad de amamantamiento con el fin de evitar transmisión vertical de las sustancias.

Por su parte, otros autores consideran que el efecto específico más importante del consumo materno sobre el recién nacido a corto plazo lo constituye el ya mencionado Síndrome de Abstinencia Fetal o Neonatal (SAF o SAN). Ambos síndromes se producen por la interrupción brusca del aporte de la droga a la que ha sido expuesto el embrión o feto durante la gestación. Dicha interrupción puede darse durante la gestación o a partir del momento del parto y dependiendo del momento en el que se desencadene el Síndrome será fetal -SAF- o neonatal -SAN- (Cabrera et. al., 2015). En la misma línea Barrero y Escalera (2008) realizan sus aportes afirmando que el Síndrome de Abstinencia (SA) es la principal manifestación (ya sea en el feto o en el recién nacido) de la utilización de drogas durante el embarazo e incluyen que, por ende, el conocimiento de los criterios de sospecha es de vital importancia en la atención al recién nacido. La vida media de las drogas se ve prolongada en el feto, comparada con el adulto. La mayoría de las SP se unen a receptores del Sistema Nervioso Central (SNC) o afectan a la liberación y/o recaptación de neurotransmisores, por lo que pudieran tener un efecto daniño duradero sobre el cerebro en desarrollo. Entonces, cuando la persona gestante deja de consumir la droga o en el momento del parto, cuando cesa

---

<sup>1</sup> El Plan Nacer tiene por objeto reducir la morbi-mortalidad materno-infantil mediante un seguro para servicios de maternidad e infancia. Se basa en una lógica de financiamiento por resultados.

el suministro materno de la sustancia al neonato, éste puede desarrollar el SA (Barrero & Escalera, 2008). Los autores explican que las características del SA y de las manifestaciones clínicas dependerán de la sustancia consumida, del tiempo transcurrido entre el último suministro de la droga y la suspensión de la misma (ya sea *in útero* o a partir del alumbramiento) y de la vida media de la droga consumida. No obstante consideran que puede establecerse cierto patrón semiológico, siendo claramente más evidente en los neonatos. Pueden agruparse las siguientes características generales, presentando especificaciones según la sustancia consumida:

- Hiperexcitabilidad del sistema nervioso central, caracterizada por irritabilidad, temblores, hiperactividad, hipertonia, llanto agudo, mioclonías y convulsiones.
- Alteraciones digestivas como regurgitaciones, vómitos, diarreas y voracidad.
- Alteraciones vegetativas como sudoraciones, hipersecreción de mucosas, fiebre, erupciones cutáneas.
- Alteraciones cardiorrespiratorias, como taquipnea, congestión nasal, taquicardia.

El SAN se visibiliza entre 24 y 48 hs. después del parto y las manifestaciones clínicas de la abstinencia varían de acuerdo al tipo de sustancias implicadas, del metabolismo y excreción de la droga, representando, por todo lo expuesto, uno de los problemas a corto plazo más graves del consumo gestacional (Barrero & Escalera, 2008).

Resulta relevante explicitar otro tipo de investigaciones que hacen referencia a otra de las consecuencias a corto plazo más evidentes del consumo pasivo *in útero* que es el bajo peso al nacer, asociado a la prematurez que asimismo sería producto de los fenómenos celulares y metabólicos antes mencionados. Un estudio llevado a cabo en la ciudad de Córdoba durante el año 2007 confirma que se encontraron diferencias en aquellos neonatos con meconios positivos a drogas, con respecto al grupo control no expuesto, observando diferencias estadísticamente significativas en relación a los pesos y al tiempo de gestación (Suárez et al., 2009). En dicho trabajo, la diferencia fue más significativa en la comparación de los pesos de los neonatos de ambos grupos.

Pueden identificarse, asimismo, manifestaciones a mediano plazo asociadas al consumo gestacional pero más específicamente al SAN. El mismo se ha asociado con un aumento del *síndrome de muerte súbita del lactante*, sobre todo si la sustancia consumida fue

cocaína, aunque no se ha podido establecer esta exposición como factor independiente. El SAN se mide con la Escala de puntuación de Síndrome de Abstinencia a sustancias psicoactivas en recién nacidos -Escala de Finnegan- (Cabrera et al., 2015). En referencia a las problemáticas a largo plazo asociadas al consumo gestacional de SP, autores como Alcantud (2012) afirman que pueden encontrarse referencias en la literatura desde antes del siglo XIX, sobre los efectos ulteriores de las *sustancias teratógenas* consumidas durante la gestación. Los teratógenos son agentes que pueden causar defectos congénitos cuando están presentes en el ambiente fetal. Bajo esta definición se incluye una amplia variedad de drogas, medicamentos o agentes infecciosos, físicos y metabólicos que, afectando en mayor o menor medida a la madre, están presentes en el ambiente intrauterino, puesto que son permeables a la membrana placentaria, afectando adversamente el desarrollo del feto pero pudiendo producir también trastornos ulteriores del desarrollo en los niños y niñas. La ingesta de estas sustancias además de ser causa de malformaciones en los fetos puede producir alteraciones en el comportamiento o en los procesos de aprendizaje de los niños y niñas. Se destaca, asimismo, que el mecanismo por el cual se producen tales efectos es extremadamente complejo y heterogéneo: los efectos nocivos pueden producirse por muerte celular, alteraciones del crecimiento celular y/ o interferencia en la diferenciación celular. Estas funciones, como otros procesos morfogénéticos, son los responsables del crecimiento de las células y del desarrollo de los organismos. Al verse afectado el proceso de desarrollo celular, se produce más de una manifestación en el embrión en desarrollo o en el feto, afectando tanto la forma (malformaciones congénitas) como la función (crecimiento, aprendizaje y alteraciones de la conducta), además de ser posible causa de muerte embrionaria y/o fetal (Alcantud, 2012).

La información recabada y explicitada contribuye a explicar por qué el consumo durante el embarazo se evidencia como una vulneración hacia el derecho a la vida y a la salud de los niños y niñas. En esta dirección un argumento fundamental resulta de la comprobación del daño y, por ende, las consecuencias a posteriori en el desarrollo de los mismos y las mismas.

Otra problemática que convoca a los autores y resulta en un eje fundamental del presente escrito tiene que ver con las competencias parentales de los progenitores consumidores de PS.

El Código Civil y Comercial de la Nación (2015) establece en su artículo 638 que la responsabilidad parental es el conjunto de deberes y derechos que corresponden a los progenitores sobre la persona y bienes del hijo, para su protección, desarrollo y formación integral mientras sea menor de edad y no se haya emancipado. El concepto de competencias parentales es una forma semántica de referirse a las capacidades prácticas que tienen las madres y/o los padres de cuidar, proteger y educar a sus hijos e hijas asegurándoles un desarrollo suficientemente sano (Barudy & Dantagnan, 2010). Partiendo de dicho supuesto múltiples estudios confirman la relación entre el consumo problemático de SP y las dificultades en el desarrollo de una parentalidad *suficientemente sana*. Gema y Guerrero (2016) concluyen en un estudio realizado sobre valoración de capacidades parentales en progenitores con consumo problemático de sustancias psicoactivas que la dependencia de uno o de ambos progenitores a algún tipo de sustancia puede llevar al desempeño inadecuado o pobre de los deberes y obligaciones que constituyen la responsabilidad parental. En muchos casos, la situación de consumo hace que los padres no puedan responsabilizarse por sí mismos dadas las graves consecuencias que les genera dicho consumo. Por tanto, esa negligencia en los cuidados propios fácilmente se verá reflejada en los cuidados mínimos necesarios para el desarrollo saludable de la parentalidad. Los mismos autores afirman que incluso este tipo de negligencia podría poner en peligro la integridad física o la vida de los menores, por desatención o por exposición a situaciones de riesgo (Gema & Guerrero, 2016). En la Provincia y Ciudad de Buenos Aires la detección y el análisis complejo de dichas capacidades se lleva a cabo por medio de instituciones como la que resultó fuente del presente trabajo. Dichas instituciones deben determinar cuándo tiene que producirse la separación de un menor (ya sea recién nacido o no) de su familia de origen por motivo del consumo de uno o ambos de sus progenitores. En esa línea los autores explican por qué la situación de consumo de uno o ambos progenitores es entendida como una vulneración de derechos del menor (además de la exposición directa al consumo *in útero*) explicando que la situación de consumo de los progenitores -que preexiste al alumbramiento de un bebé con cocaína en el organismo- por lo general suele ser grave, pudiendo poner en peligro la seguridad y la integridad física de los menores. Por ende, la dependencia a dicha sustancia suele ser de igual manera de elevada gravedad, sin expectativa de cambio y con un consumo continuado y descontrolado. Sin embargo existen aquellos casos en los que, luego de un trabajo

sistematizado, longitudinal e interdisciplinario, se evidencia un progreso positivo y un cambio en los progenitores que los vuelve más competentes y con mayor cantidad y calidad de herramientas respecto de sus capacidades parentales así como condiciones contextuales favorecedoras para recuperar la restitución de sus hijos (Gema & Guerrero, 2016). En sintonía con todo lo expuesto, los autores resumen en su estudio y confirmando las dificultades que conlleva el consumo problemático para el desempeño de la parentalidad, que un 76% de los casos estudiados el consumo afecta las capacidades parentales, no viéndose afectados dichos cuidados significativamente sólo en un 24%.

### **3.3. Atención Primaria y Determinantes Sociales de la Salud, accesibilidad, educación, pobreza y desigualdad: el consumo de Sustancias Psicoactivas durante el embarazo como una problemática de Salud Pública.**

Por todo lo antedicho, resulta fundamental y urgente una mirada compleja sobre esta problemática que, lejos de criminalizar a la persona gestante, brinde herramientas para la comprensión y el análisis exhaustivo de este fenómeno acuciante. En esta línea Izraelewicz et al. (2019) sostienen que la figura del sujeto con problemática de consumo ha ido variando en el tiempo, siendo la misma denominada acorde a cada paradigma reinante: como enfermo, delincuente, alguien peligroso para sí mismo y para terceros, un adicto, entre otras. Observando este fenómeno bajo la lupa de la Ley Nacional de Salud Mental (2010), es necesario puntualizar que dichas denominaciones resultaban, por lo menos, reduccionistas, cuando no, cabalmente erradas. En la actualidad la Ley que rige el extenso campo de la Salud Mental postula que el consumo problemático debe ser necesariamente abordado de forma interdisciplinaria y compleja. Esta óptica insta a pensar la problemática del consumo de manera más abarcativa. Aparecen entonces dentro del abanico de posibilidades en cuanto a la inter y transdisciplina, el necesario atravesamiento y entrecruzamiento del discurso médico, psicológico, jurídico, social, antropológico, político, etc. La convergencia de estos discursos habilita por un lado, pensar de manera interdisciplinaria e intersectorial con el fin de dar respuestas asertivas y superadoras a la mirada individual.

Estas postulaciones, por parte de la Ley de Salud Mental (2010), intentan des-criminalizar y des-estigmatizar el consumo problemático, invitando a ampliar las miradas y el tratamiento sobre el mismo y visibilizando la trama compleja que dicha problemática trae

implícita, en búsqueda de soluciones más eficientes. En esa línea, por ejemplo, el acceso al Sistema de Salud debe ser un eje fundamental a considerar a la hora de agudizar la mirada. Resulta de gran relevancia analizar y problematizar la posición de los profesionales que integran los servicios de salud mental y cómo este posicionamiento podría producir obstáculos en el vínculo terapéutico con los sujetos que necesitan acceder al sistema de salud especializado en adicciones. Desde los lineamientos de la Ley Nacional N° 26.657 (2010), debe asegurarse el derecho a la Salud Mental a todas las personas (incluyendo en las problemáticas de Salud Mental a las adicciones - art. 4 y 9- ) y el pleno goce de los Derechos Humanos (art. 1). Sin embargo, Buttazzoni et al. (2019) puntualizan acerca de cómo, a pesar de los lineamientos de la mencionada Ley, se observan diversos obstáculos que imposibilitan el acceso de los sujetos al Sistema de Salud. Estos obstáculos resultan variados, desde la barrera geográfica que a veces se presenta, hasta cuestiones culturales, legales, administrativas y/o económicas. Profundizando en lo antedicho, Comes et al. (2007) definen el concepto de acceso al sistema de salud como “una relación entre los servicios y los sujetos en la que, tanto unos como otros, contendrían en sí mismos la posibilidad o imposibilidad de encontrarse” (p. 202), afirmando que no es sólo un problema de la oferta de salud sino además de los sujetos/usuarios y las instituciones mismas como constructores de accesibilidad. Con esta postulación los autores hacen referencia a las condiciones y los discursos que atraviesan a los distintos servicios y las condiciones y representaciones que a su vez atraviesan a los sujetos y como ello configura una modalidad particular para la utilización – o no- de los servicios de salud. Sintetizando sus estudios sobre accesibilidad, los mencionados autores definen a la misma como la compleja forma en que los servicios de salud se acercan a la población, incorporando, a su vez, la noción de *barreras* que se antepone en ese encuentro eficaz y eficiente entre los servicios de salud y la comunidad. Las barreras fueron caracterizadas como: 1) geográficas, cuando se trata de la imposibilidad de acercar los servicios a la población por un problema geográfico (ya sea a un accidente geográfico, o una barrera construida por el hombre, por ejemplo, una autopista o bien la falta de servicios de salud cercanos a las viviendas); 2) económicas, que aluden a la falta del recurso económico (incluso en Argentina donde existe una parte del sistema de salud pública y gratuita, resulta en ocasiones un impedimento para un gran sector de la población movilizarse o comprar medicamentos); 3) administrativas que expresan la dificultad que impone la organización

misma de los servicios, por ejemplo los horarios de atención o los turnos; y, por último, 4) culturales o simbólicas, que remite a las diferencias culturales, ideológicas, al imaginario social y a las representaciones – tanto de los efectores como de los usuarios- que en ocasiones (tal es el caso de las problemáticas de consumo) representan un gran obstáculo en relación a la accesibilidad. Incorporar la dimensión de las barreras simbólicas y considerar el hecho de que los sujetos también son constructores de accesibilidad resulta, para los autores, fundamental a la hora de dar respuestas asertivas al problema del encuentro/desencuentro entre la población y los servicios de salud.

Especialmente en relación con la problemática de consumo de sustancias otros autores realizan sus aportes en la misma línea que lo mencionado asegurando que resulta imprescindible analizar las representaciones de los profesionales de la salud, intentando detectar posibles prejuicios estigmatizantes acerca del consumo, instalados en la lógica común (Buttazzoni et al., 2019). Alineados con la posición crítica de estas autoras, Saforcada, De Lellis y Mozobancyk (2010) afirman que este tipo de relaciones complejas generan subjetividad y que esa subjetividad puede configurarse de diversas formas: como beneficiario, cliente, portador, usuario, contribuyente o destinatario y que cada uno, más allá de su denominación, revestirá características particulares, muchas veces incluso en sentidos encontrados y contradictorios. Independientemente de cuál sea dicha configuración, aseveran los últimos autores mencionados, que *siempre* se parte de una concepción previa de sujeto en el encuentro con él a través de una práctica, una iniciativa e, incluso, desde la misma definición. Estas representaciones, según los autores, funcionan como modelos que establecen consecuentemente o bien barreras o bien accesos facilitados en la provisión y recepción de los bienes y/o servicios de salud. Los autores intentan enfatizar sobre la forma en la que se teje una relación compleja y dialéctica, entrecruzada por múltiples variables, entre los efectores y consumidores de los distintos servicios de salud y cómo esta compleja trama está afectada por relaciones de poder mucho menos fáciles de detectar que la oferta o disponibilidad explícita del Sistema de Salud.

Por otra parte autores como De Lellis, Interlandi y Martino (2014) afirman que resulta fundamental, en la búsqueda de soluciones eficientes, la evaluación crítica de las distintas problemáticas de la salud desde una perspectiva de Atención Primaria de la Salud (APS). La Conferencia Internacional sobre la Atención Primaria de la Salud reunida en Alma Ata (OPS,



1978) sostuvo en su primer capítulo que la idea de salud supera con creces la idea de ausencia de enfermedad y en esa línea se entiende a la salud como un derecho humano fundamental estableciendo como un objetivo social sumamente importante el logro del grado más alto posible de salud por parte de los habitantes de los distintos pueblos, agregando entre sus principales postulados, además, que toda política pública debía ser tendiente a favorecer los procesos de salud (entendida integralmente) de la población. Por ende, la realización de este objetivo incluye necesariamente la intervención de muchos otros sectores sociales y económicos, además del de la salud. La APS apunta a representar el primer encuentro del sujeto con el sistema de salud, que como ya se mencionó antes, no siempre deberá estar representado por instituciones sanitarias. Es decir, que ese primer espacio de encuentro debe situarse lo más cercano posible al sujeto: a sus lugares de trabajo, estudio y vivienda y debe poder dar, en ese primer encuentro, una respuesta salugénica. En esa línea resulta evidente, para la concreción de una red de APS eficiente, la necesidad de articulación inter y transdisciplinaria y la plena participación colectiva en los procesos de salud (Comes et al., 2007). En la misma línea Sandomirsky (2010) expone sobre la necesidad del surgimiento de un nuevo sujeto: un sujeto de las políticas. Un sujeto partícipe y artífice de sus propios procesos de salud, consciente de la forma en que se construyen los distintos significados, siendo utilizados por el hombre y compartidos en una forma de vida culturalmente adaptada.

La importancia de las APS radica básicamente en su función anticipadora, se intenta por medio de la misma poder abordar las problemáticas en instancias previas a ser consideradas como graves. Se trata entonces de prevenir el desarrollo de las mismas y también de promocionar factores salugénicos antes de necesitar una cura o solución a un problema avanzado. Desde esta perspectiva complejizadora de las problemáticas de salud también resulta indispensable abordar la noción de Determinantes Sociales de la Salud (DSS) entendiéndolos no únicamente como determinantes sino como una herramienta fundamental para la acción en el campo de la Salud Pública (De Lellis et al., 2014).

Previo a desarrollar el concepto de DSS, es preciso diferenciar dos conceptos que resultan de gran importancia en función de abordar de forma integral y compleja la problemática que convoca este escrito y la posibilidad de diseñar dispositivos eficaces en torno a la misma: los conceptos de Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad.

El concepto de Promoción de la Salud tiene un uso muy preciso en el ámbito de la Salud Pública. En una acepción general es entendida como el grupo integral de medidas salugénicas tendientes a mantener, proteger, mejorar y fomentar la salud individual y colectiva. Se diferencia del concepto de Prevención que hace alusión directamente a la enfermedad. La Prevención significa entonces evitar que una enfermedad posible y potencial se desarrolle (Saforcada et al., 2010). Retomando los conceptos de transdisciplina y APS se evidencia de qué forma las distintas instituciones próximas al sujeto desde su temprana infancia (educativas, de salud) podrían ser importantes gestores intervinientes en la promoción y prevención de las problemáticas detalladas a lo largo del presente trabajo. Sin embargo para desarrollar dispositivos eficaces en el campo de la Prevención y la Promoción de la Salud se requiere un conocimiento detallado de las características de cada comunidad y de los DSS que las afectan particularmente.

De Lellis et al. (2014) postulan que el Modelo de los DSS surge debido a las limitaciones presentadas por los modelos causales que previamente regían el análisis de los procesos de salud - enfermedad. En 1998, la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió a los DSS como un conjunto de factores personales, sociales, económicos y ambientales que determinan el estado de salud de los individuos o poblaciones. La trama compleja que estos determinantes configuran influyen directamente en los procesos de salud – enfermedad de manera individual y colectiva.

Como se mencionó con anterioridad, los DSS, a su vez, representan una gran fuente de conocimiento, información y acción para definir aquellos elementos de la estructura social que condicionan la posición que las personas alcanzan en la sociedad, por ejemplo, su posibilidad de acceso al sistema de salud, teniendo un efecto directo en la distribución de los problemas de salud. Por lo tanto, es un concepto que se relaciona con el análisis, desde un enfoque poblacional, de las inequidades entre grupos sociales (De Lellis et al., 2014).

### **3.4. Ley de Salud Mental N° 26.657, Ley Nacional N° 26.061 y Ley Provincial N° 13.298 de Protección y Promoción de los Derechos de los niños, niñas y adolescentes: el Estado garantiza, la Sociedad participa.**

Todo lo anteriormente expuesto confirma que el consumo problemático de alcohol y otras sustancias psicoactivas han sido y son actualmente eventos de gran impacto social y

sanitario y que, como tal, su abordaje requiere de un análisis lo más complejo posible. La Ley Nacional de Salud Mental instituye en su artículo 4to. que las adicciones deben ser abordadas desde las políticas de salud mental dado que conforman una más de las problemáticas de este campo y reconoce a las personas con uso problemático de drogas legales e ilegales como sujetos de derecho en su relación con los servicios de salud (Sola, Martínez Calle & Venesio, 2015). A partir de la sanción de la mencionada Ley cobra renovada fuerza la posibilidad de formular e implementar proyectos comunitarios en el campo de la Salud Mental que no se restrinjan a las acciones estrictamente asistenciales (Aquila et al., 2015) sino que logren ampliar y enriquecer la mirada sobre esta problemática desde la óptica de los Determinantes Sociales de la Salud y también desde la evaluación de las posibilidades de Promoción y Prevención de dicha problemática teniendo como eje central al sujeto de la políticas públicas como un sujeto de derecho, activo y participante en sus propios procesos de Salud y los de su comunidad (Saforcada et al., 2010).

La aludida norma legal obliga al Estado a reconsiderar los tratamientos que se brindan a personas que consumen drogas, lo que permite el cuestionamiento del enfoque asistencial tutelar. Una de las estrategias que surge a partir de dicha necesidad es crear las Mesas de Gestión Local. En estos espacios conformados por instituciones, organizaciones sociales, municipios y vecinos, la comunidad identifica las distintas problemáticas sociales para luego definir las posibles estrategias de acción y participar junto al Estado en la concreción de las mismas (Aquila et al., 2015). En línea con estos autores, Saforcada et al. (2010) realizan sus aportes poniendo especial énfasis en la participación social y afirmando que los grandes problemas sociales de la salud no pueden ser abordados únicamente por los profesionales de las distintas disciplinas, sino que es la comunidad, de manera organizada, solidaria y, sobre todo, participativa la que llegará a la solución.

La problemática del consumo durante el embarazo y sus efectos nocivos en el feto y el ulterior desarrollo de los niños y niñas ha convocado a la comunidad y ha generado la necesidad, por parte de las instituciones intervinientes y responsables, de desplegar acciones a los fines de proteger a los niños y niñas de un tipo de vulneración a sus derechos fundamentales a través de lo que se considera un modo de negligencia grave (Ley 13.298, decreto 300/5) pero que, como ya se explicitó, reviste una complejidad que merece un análisis crítico en busca de soluciones efectivas y no estigmatizantes.

Conjuntamente con lo dispuesto por la Ley de Salud Mental (2010), la Ley Nacional 26.061 de Protección y Promoción de los Derechos de los Niños, Niñas y Adolescentes (2005) regula el accionar de las instituciones y las comunidades respecto de la problemática de consumo durante el embarazo postulando en su artículo cuarto y en relación con las políticas públicas encargadas de garantizar la protección integral de la infancia, que las mismas serán diseñadas ateniéndose a algunas pautas que explicita: las políticas públicas de la niñez y adolescencia, y por ende las instituciones efectoras, deberán tender siempre al fortalecimiento del rol de la familia en la efectivización o restitución de los derechos de las niñas, niños y adolescentes. La norma escrita establece además que se deberá descentralizar la tarea de los organismos de aplicación y de los planes y programas específicos de las distintas políticas de protección de derechos, a fin de garantizar mayor autonomía, agilidad y eficacia. Se deberá garantizar, asimismo, la promoción de redes intersectoriales locales: organismos para la defensa y protección de los derechos de las niñas, niños y adolescentes (Ley 26.061, 2005).

Asimismo en su artículo quinto la Ley Nacional de Protección y Promoción de los Derechos de los Niños, Niñas y Adolescentes (2005) establece la responsabilidad gubernamental indelegable que los Organismos del Estado tienen de establecer, controlar y garantizar el cumplimiento de las políticas públicas con carácter federal, afirmando que en la formulación y ejecución de políticas públicas y su prestación, es prioritario para los Organismos del Estado mantener siempre presente el interés superior de las personas sujetos de esta ley y la asignación privilegiada de los recursos públicos que las garanticen.

Las políticas públicas de los Organismos del Estado, tal es el caso de los Servicios Locales, deben garantizar con absoluta prioridad el ejercicio de los derechos de las niñas, niños y adolescentes. Dicha prioridad absoluta implica:

- 1.- Protección y auxilio en cualquier circunstancia;
- 2.- Prioridad en la exigibilidad de la protección jurídica cuando sus derechos colisionen con los intereses de los adultos, de las personas jurídicas privadas o públicas.
- 3.- Preferencia en la atención, formulación y ejecución de las políticas públicas.
- 4.- Asignación privilegiada e intangibilidad de los recursos públicos que las garanticen.
- 5.- Preferencia de atención en los servicios esenciales.

La Ley Nacional de Protección y Promoción de los Derechos de los Niños, Niñas y Adolescentes (2005) establece también, en su artículo 37, la normativa a la cual deben ajustarse los distintos organismos estatales encargados en caso de comprobarse la amenaza o violación de dichos derechos y sostiene que deberán adoptarse, entre otras, las siguientes medidas:

- a) Aquellas tendientes a que las niñas, niños o adolescentes permanezcan conviviendo con su grupo familiar.
- b) Solicitud de becas de estudio o para jardines maternales o de infantes, e inclusión y permanencia en programas de apoyo escolar.
- c) Asistencia integral a la embarazada.
- d) Inclusión de la niña, niño, adolescente y la familia en programas destinados al fortalecimiento y apoyo familiar.
- e) Cuidado de la niña, niño y adolescente en su propio hogar, orientando y apoyando a los padres, representantes legales o responsables en el cumplimiento de sus obligaciones, juntamente con el seguimiento temporal de la familia y de la niña, niño o adolescente a través de un programa.
- f) Tratamiento médico, psicológico o psiquiátrico de la niña, niño o adolescente o de alguno de sus padres, responsables legales o representantes.
- g) Asistencia económica.

En el artículo 39 de la misma Ley se encuentran las medidas excepcionales, aquellas que se adoptan cuando las niñas, niños y/o adolescentes debieran estar temporal o permanentemente privados de su medio familiar o cuyo superior interés exija que no permanezcan en ese medio. Las medidas excepcionales (Medida de Abrigo) tienen como objetivo la conservación o recuperación por parte del sujeto del ejercicio y goce de sus derechos vulnerados y la reparación de sus consecuencias. Estas medidas son limitadas en el tiempo y sólo se pueden prolongar mientras persistan las causas que les dieron origen. Asimismo la mencionada Ley establece que se aplicarán dichas medidas conforme a una serie de criterios entre los cuales se destacan, por ser relevantes para el presente escrito, dos formas habitacionales distintas:

- a) Permanencia temporal en ámbitos familiares considerados alternativos. Las medidas consisten en la búsqueda e individualización de personas vinculadas a ellos, a través

de líneas de parentesco por consanguinidad o por afinidad, o con otros miembros de la familia ampliada o de la comunidad, según costumbre local, en todos los casos teniendo en cuenta la opinión de las niñas, niños y adolescentes.

b) Sólo en forma excepcional, subsidiaria y por el más breve lapso posible puede recurrirse a una forma convivencial alternativa a la de su grupo familiar, debiéndose propiciar, a través de mecanismos rápidos y ágiles, el regreso de las niñas, niños y adolescentes a su grupo o medio familiar y comunitario. Al considerar las soluciones se prestará especial atención a la continuidad en la educación de las niñas, niños y adolescentes, y a su origen étnico, religioso, cultural y lingüístico. Estas medidas deberán ser supervisadas por el organismo administrativo local competente y judicial interviniente y la Ley fija asimismo ante qué situaciones deberán extinguirse dichas medidas de protección excepcionales afirmando que las mismas pueden ser sustituidas, modificadas o revocadas en cualquier momento por acto de la autoridad competente que las haya dispuesto y cuando las circunstancias que las causaron varíen o cesen.

#### **3.4.1. La Medida de Abrigo y el Plan Estratégico de Restitución**

La Medida de Abrigo, previamente mencionada, es parte de un conjunto de medidas que pueden tomarse ante la comprobación de la vulneración de derechos a niños, niñas y adolescentes. Es una medida excepcional que implica la separación temporal del menor de su núcleo familiar cuando éste es fuente de dicha vulneración. Tiene como objetivo brindar al niño, niña o adolescente un ámbito alternativo seguro cuando se encuentre vulnerado, por parte de su núcleo de convivencia, alguno de sus derechos fundamentales (Ley Nacional N° 26.061, 2005; Ley Provincial N° 14.537, art. 35 BIS, 2013). Si bien la Medida de Abrigo es una medida excepcional, puede tomarse de manera inmediata, previa notificación al juez y su determinación requiere, de ser posible atento a su edad, de la activa participación del niño, niña o adolescente según lo explicitado por la Ley Nacional 26.061 de Protección y Promoción de los Derechos de los niños, niñas y adolescentes (2005) en la cual se explicita la anteposición del interés superior del niño a la toma de cualquier decisión que lo involucre. Esta medida permite resguardar al menor cuando se evalúa que una medida de exclusión del hogar de quien esté poniendo en riesgo sus derechos no resultare, por diversos motivos, efectiva.

En una primera instancia la Medida de Abrigo intentará tomarse con algún miembro de la familia ampliada del menor, en pos de preservar los lazos cosanguíneos o vinculares que se hayan establecido al momento. De no existir dicha posibilidad y en general en el caso de los bebés, se tomará en cuenta la posibilidad de que el abrigo se tome con una *familia abrigadora*. En última instancia, cuando ninguna de las opciones previas se evalúe como posible, se recurrirá a la opción de la *institucionalización* en un Hogar de Menores (Ley Nacional N° 26.061, 2005; Ley Provincial N° 14.537, art. 35 BIS, 2013).

Según establecen las mencionadas leyes, durante el tiempo que dure la medida, el Servicio Local se encargará de realizar el seguimiento de todos los actores involucrados, trabajando en la revinculación del menor con su familia de origen y evaluando la posibilidad de implementación de otras medidas tendientes a desarrollar o fortalecer la responsabilidad parental de quienes, por diversos motivos, hayan vulnerado por negligencia o abuso los derechos fundamentales de sus hijos e hijas. En algunos casos graves, ante el fracaso de las medidas de protección, incluso cuando el lapso previsto de 180 días no hubiere finalizado y siempre atento al interés superior del niño y a lo que paralelamente vaya determinando la justicia, el proceso de revinculación puede ser desaconsejada por el Servicio Local, sugiriendo al juez el aislamiento definitivo entre alguno de los miembros de su familia y el menor o, incluso, la declaración de adoptabilidad de éste último (Ley Nacional N° 26.061, 2005; Ley Provincial N° 14.537, art. 35 BIS, 2013).

El Servicio Local deberá informar los motivos por los cuales sugiere la adopción de la Medida de Abrigo al Juez de Familia en un lapso no mayor a 24 horas desde la evaluación de la situación que lo requiriere. Asimismo el Juez de Familia deberá responder al pedido del Servicio Local dentro de las 72 horas siguientes, sin embargo, ya en el año 2010, la Ley Provincial 14.142 previó en su artículo 143 que dada la celeridad que estas medidas usualmente requieren, las notificaciones podrán enviarse por medios electrónicos.

Como se mencionó en la introducción del presente escrito, el consumo de algunas SP durante el embarazo resulta, según el decreto 300/5 de la Ley Provincial 13.298 de Promoción y Protección Integral de los Derechos de los Niños (2005), un tipo de negligencia grave lo cual deriva en la necesaria intervención del Servicio Local al ser notificados, requiriendo frecuentemente y según la evaluación exhaustiva del caso, la adopción de una Medida de Abrigo. Tal es la situación del caso desarrollado más adelante.

Al determinarse la adopción de la Medida de Abrigo como forma extraordinaria de salvaguardar los derechos vulnerados del menor, se activa el protocolo que pone en marcha el Plan Estratégico de Restitución (PER) cuyos fundamentos se basan en lo establecido por la Ley 26.051 de Protección y Promoción de los Derechos de los Niños, Niñas y Adolescentes (2005) y tiene el propósito de realizar un trabajo sobre el curso de los acontecimientos, con el fin de restituir los derechos vulnerados del menor. Se ponen en marcha, para ello, la utilización eficiente de medios y recursos que, en general, son limitados o escasos. El PER debe tener como objetivo intervenir en el grupo familiar o de pertenencia del niño/a y/o adolescente a efectos de promover la modificación de las causas que llevaron a la situación de amenaza o vulneración de derechos, con el objetivo de reintegrarla/lo en dicho ámbito siempre y cuando el mismo ya no revista peligro alguno para el menor. El PER se basa en un conjunto de estrategias que serán adoptadas por los distintos equipos de protección de derechos. El mismo es elaborado por el equipo técnico de protección de derechos como PER Inicial y deberá contar con el visado y aprobación del equipo de supervisión del organismo de aplicación de la ley de protección en cada jurisdicción.

Los PER contemplan y contienen el diagnóstico de la situación, el/los resultado/s esperado/s por la intervención del Servicio Local, los objetivos de la intervención (los propósitos operativos o específicos del Plan), las acciones y estrategias para cumplir los objetivos, las instituciones y actores co- responsables en el tratamiento transdisciplinario del caso y las metas cuantificables a lo largo del proceso de la medida. Una vez aprobado por el equipo supervisor, se extenderá dicho Plan al Poder Judicial para el control de legalidad del mismo (UNICEF, 2019).

#### **4. Metodología**

**4.1 Tipo de estudio:** descriptivo de caso único.

**4.2 Participantes:**

- I. Laura: mujer de 18 años, puérpera y madre de otro niño de 3 años, con escolaridad sin finalizar, consumidora de cocaína, marihuana y alcohol durante su reciente embarazo, residente de la zona del bajo San Isidro.



- II. Juan: padre del recién nacido, hombre de 29 años, con escolaridad sin finalizar, consumidor de cocaína, marihuana, alcohol y otras sustancias psicoactivas, residente de la zona del bajo San Isidro.
- III. Marta: abuela materna del recién nacido, mujer de 42 años, con escolaridad sin finalizar, madre de 8 hijos, residente de la zona del bajo San Isidro.
- IV. Susana: abuela paterna del recién nacido, mujer de 45 años, se desempeña como encargada de tres edificios, abrigadora del recién nacido y de su nieta de 11 años, fruto de otra relación de su hijo Juan.
- V. Felipe: recién nacido con examen positivo de cocaína y marihuana en sangre.
- VI. Marcela y Claudia: operadoras del Servicio Local de Promoción y Protección de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes, ambas Licenciadas en Psicología. Marcela con 30 años y Claudia con 7 años de experiencia en el campo de la psicología comunitaria.
- VII. Coordinadora del Servicio Local, Lic. en Psicología de 45 años, con 15 años de desarrollo en el puesto.
- VIII. Directora del Servicio Local, Lic. en Psicología y docente, con 20 años de experiencia en el campo.

#### **4.3 Instrumentos:**

- I. Entrevistas con las operadoras, la coordinadora y la directora del Servicio Local cuyos ejes fueron la indagación sobre los recursos con los que cuentan y cuáles consideran faltantes en su práctica diaria para abordar la problemática de los neonatos con examen positivo de sustancias psicoactivas en sangre. Asimismo se indagó sobre los obstáculos que enfrentan como equipo de trabajo al abordar la problemática antes mencionada y sobre posibles vías de prevención del consumo problemático durante el embarazo.
- II. Observación no participante de las entrevistas que mantienen las operadoras (psicólogas) con la familia y familia ampliada del recién nacido (entre ellos, con Laura, progenitora y Susana, la abrigadora).

- III. Legajo del caso (Incluye informes del Htal. Materno Infantil donde nació Felipe, del juzgado y fiscalía que intervinieron y de los centros de rehabilitación y revinculación a los que asistieron los progenitores)
- IV. Informes del Plan Estratégico de Restitución (informes PER) detallados en el Registro Único de Niños y Adolescentes (REUNA). Dichos informes se labran en casos en los que se han tomado Medidas de Abrigo y se encuentran asentados en la página del Registro Único de Niños y Adolescentes (REUNA). Se accedió a ellos por medio de una clave facilitada por las operadoras. En los informes PER se sintetiza la información que las operadoras reúnen por medio de las entrevistas con las familias y la información suministrada por las distintas instituciones intervinientes en el caso con quienes se articula el trabajo interdisciplinario.
- V. Entrevistas personales e informales con las operadoras del caso que se llevaron a cabo antes o después de los encuentros con los miembros de la familia en las cuales se indagó sobre el caso en sí, las características y evolución del mismo así como sobre los cambios que fueron, o no, produciendo los distintos integrantes según las indicaciones dadas desde el Servicio Local.

#### **4.4 Procedimiento:**

La información necesaria para el análisis del caso se recabó principalmente de la lectura del legajo del caso y de las entrevistas tanto formales como informales realizadas con las profesionales intervinientes. El legajo es un documento que incluye las actas de las entrevistas mantenidas desde el momento en que se inicia el caso, las denuncias radicadas en fiscalías, juzgados y/o comisarías (si las hubiere), informes solicitados a las escuelas de los menores, informes de distintos profesionales de la salud - incluidos psicólogos y psiquiatras-, informes del centro de revinculación para familias afectadas a Medidas de Abrigo con el que el Servicio Local articula e informes de los distintos centros de rehabilitación por consumo, ya sean tratamientos ambulatorios o con internación al cual estén asistiendo los involucrados.

Por otra parte, se obtuvieron datos relevantes de las entrevistas mantenidas de manera informal con las operadoras del caso. Estas entrevistas se llevaron a cabo por un lapso de aproximadamente 15 minutos antes o después de los encuentros con alguno de los miembros

del caso, así como también de la escucha atenta durante las observaciones no participantes en las mencionadas entrevistas con la familia.

Otra fuente importante de información fueron los informes PER. Dichos informes se realizan de manera inicial (PER inicial) donde se indica la información que llevó a la toma de la Medida de Abrigo y luego cada 45 días con el fin de evaluar la situación general de los involucrados en virtud de evaluar los cambios necesarios para la restitución de los menores a sus progenitores. Las medidas de abrigo se toman por un lapso de 180 días, por ende, además del PER inicial, se elaboran tres más y por último el llamado PER de conclusión.

Por otra parte se realizaron entrevistas formales individuales con las operadoras del caso, la coordinadora y la directora del Servicio Local en virtud de indagar sobre aquellos recursos con los que cuentan y cuáles consideran que serían de utilidad para abordar la cuestión del consumo problemático durante el embarazo desde una perspectiva integral, considerando las posibilidades de prevención de dicha problemática y la promoción de los Derechos de los Niños, Niñas y Adolescentes.

## **5. Desarrollo**

### **5.1. Introducción**

El Servicio Local recibió durante los últimos días del mes de Junio de 2019 una llamada del Servicio Social del Hospital Materno Infantil de la zona refiriendo el nacimiento, el día 28 de junio, de un bebé con reactivo positivo de cocaína y marihuana en sangre. Al ser notificada de esta situación, la coordinadora del Servicio Local dispone a dos operadoras (Claudia y Marcela) para que realicen el seguimiento del caso y tomen las medidas necesarias. Es así como las operadoras se trasladan al Hospital Materno Infantil para entrevistar a los progenitores de Felipe.

### **5.2. Objetivo específico 1: Describir las estrategias que despliega el Servicio Local al tomar conocimiento mediante el Hospital Materno Infantil de la zona sobre el caso de un recién nacido con examen positivo de cocaína en sangre.**

Por medio de la Historia Clínica de Felipe, solicitada al Hospital Materno Infantil como parte inicial y fundamental de la evaluación del caso, se desprendió que el mismo nació pre término y con bajo peso si bien sus signos vitales fueron estables y positivos en todo

momento. Debió alimentarse mediante suplementos de fórmula dado que la lactancia fue contraindicada por la transmisión vertical de SP, problemática también asociada al consumo gestacional y desarrollada por autores como Filgueira y Aulicino (2015) quienes explican que mediante la leche materna continúa el suministro de SP al recién nacido sosteniendo además que la imposibilidad de la lactancia puede obstaculizar el vínculo afectivo entre la madre y el bebé. En dicha Historia Clínica figuró además un episodio asociado a lo que los autores describen como Síndrome de Abstinencia Neonatal (SAN) explicitando en la misma síntomas como hiperexcitabilidad, irritabilidad, diarrea y fiebre. (Barrero & Escalera, 2008) Figura, asimismo, la implementación de un protocolo médico durante siete días basado en el suministro de medicación preventiva.

En los casos en los que los miembros de la familia se encuentran hospitalizados – por ejemplo en los partos recientes- y como es parte estructural del paradigma ecológico desarrollado por autores como Sarriera (2008), las profesionales del Servicio Local se movilizan hacia el lugar donde transcurren los hechos para poder abordar, conjuntamente con los involucrados, las distintas problemáticas que se susciten. Es así como ambas operadoras intervinientes entrevistaron el primer día del mes de julio de 2019 a Laura y a Juan, ambos progenitores de Felipe. Durante la entrevista con Laura, de 18 años, la misma manifestó que desde hace algunos años tiene problemas de consumo y que consumió durante el embarazo cocaína, *paco* (pasta base de cocaína) y marihuana. Juan, de 29 años, también manifestó problemas de consumo pero agregó que desde hacía 7 meses no consumía más que alcohol. Juan es padre de una hija de 11 años fruto de una relación anterior que se encuentra bajo la guarda de su madre, la abuela de la menor. Asimismo ambos contaron que viven en el Bajo San Isidro, en la casa de la madre de Laura, abuela materna de Felipe, desde el inicio del embarazo, donde también vive Pedro, el primer hijo de Laura, de 3 años.

Durante el transcurso de la entrevista Juan fue tornándose violento, especialmente cuando las operadoras, como indica el protocolo, comenzaron a hacer referencia al riesgo al que había sido expuesto Felipe por medio del consumo durante la gestación. Dichos riesgos, según lo expuesto por una gran cantidad de autores desarrollados previamente, oscilan entre la posibilidad de sufrir SAN o SAF, trastornos del desarrollo e, incluso, muerte súbita (Alcantud, 2012; Cabrera et. al., 2015; García Valle et. al., 2009; Magri, 2007; Suárez et. al., 2009). Ambas operadoras del caso, según proceden habitualmente en estos casos,

mencionaron además la necesidad de evaluar la posible implementación de una Medida de Abrigo con la familia ampliada de Felipe (Ley Provincial 14.537 de Medida de Abrigo, art. 35 BIS). Ante la solicitud de datos sobre la familia ampliada tanto Juan como Laura se mostraron muy reticentes y agresivos, concluyendo que nadie más que ellos iban a hacerse cargo de los cuidados de su hijo recién nacido y que “nadie debía involucrarse en sus problemas”. Del informe inicial del caso (PER inicial, UNICEF, 2019) se desprende además que la conducta violenta de Juan fue en aumento, llegando a agredir físicamente a Laura y a una de las operadoras. En esa oportunidad debió intervenir el personal de seguridad del Hospital y retirar por la fuerza a Juan del lugar, quien continuaba amedrentando por medio de gritos e insultos a las operadoras y a la madre de su hijo. De las frecuentes entrevistas llevadas a cabo de manera informal con las operadoras encargadas del caso se desprendió la recurrencia de este tipo de actitudes por parte de los progenitores en situaciones similares.

Desde el Hospital Materno Infantil las operadoras se comunicaron con el Servicio Local solicitando autorización para la implementación de la Medida de Abrigo, fundamentada en que ambos progenitores se encontrarían impedidos de asumir el cuidado parental del recién nacido, debido a las situaciones de consumo problemático de SP de ambos, antecedentes de negligencia en el cuidado de sus otros hijos y violencia en el vínculo parental, según figura asentado en el PER inicial del caso.

Conjuntamente con la evaluación *in situ*, debió evaluarse rigurosa y lo más objetivamente posible cuáles eran los recursos y competencias parentales con los que contaban los progenitores para abordar la tarea de cuidado de su hijo (Barudy & Dantagnan, 2010) concluyendo que Felipe se encontraba expuesto a situaciones de peligro poniéndose en juego su integridad física dado que ni Laura ni Juan parecían percibir la gravedad de los hechos que habían llevado a la intervención del Servicio Local.

Desde el Servicio Local, dada la urgencia en el requerimiento que manifestaban las profesionales a cargo y según lo dispuesto en el artículo 143 de la Ley Provincial 14.142 (2010) pidió autorización por medio electrónico al Juzgado de Familia correspondiente para implementar la Medida de Abrigo. Según establecen las leyes N° 26.061 (2005) y N° 14.537 (2013) el juez deberá expedirse al respecto dentro de las siguientes 72 horas de ser notificado por el Servicio Local. Sin embargo dada la celeridad que el caso requería para la toma de la medida de protección, el Servicio Local, según protocolos internos, solicitó conjuntamente

con la autorización al Juez de Familia, una autorización al Servicio Zonal del cual depende. El Servicio Zonal puede expedirse telefónicamente o por otras vías electrónicas y recién en posesión de dicha autorización puede el Servicio Local ejecutar la toma de la medida.

La Ley 14.537 de Servicios Locales y Medida de Abrigo dispone en su artículo 35 BIS (2013) que las Medidas de Abrigo se tomarán por un periodo no mayor a 180 días, mediante la autorización de un Juez e incluyen la evaluación y determinación de persona abrigadora, lugar de abrigo, medidas de restricción en pos de la integridad psicofísica del menor (exclusiones del hogar, medidas perimetrales y prohibición de acercamiento, etc) y un seguimiento pormenorizado de la evolución integral del caso: ya sea de los tratamientos que los progenitores deberán llevar a cabo, estado general del niño durante el abrigo, controles médicos y cumplimiento de las medidas de restricción de acercamiento dispuestas. En este caso y luego de una evaluación exhaustiva a la familia ampliada de Felipe se determinó que la Medida de Abrigo se tomaría con la abuela paterna del mismo, dado que su abuela materna, la señora Marta, manifestó tener ocho hijos y cuatro nietos de los cuales se encontraba a cargo. Por su parte la señora Susana, abuela paterna de Felipe ya cuenta con la guarda definitiva de la primogénita de su hijo, de 11 años, administra dos consorcios y recibió una evaluación positiva por parte de las operadoras. A partir de esta determinación por parte del Servicio Local, Felipe quedó bajo el abrigo de su abuela paterna, decisión que fue comunicada a Laura y Juan el día del alta de Laura quedando impedidos ambos de un nuevo acercamiento al recién nacido por medidas perimetrales dispuestas de forma simultánea a la Medida de Abrigo. Felipe permaneció internado hasta que se cumplieron los 7 días del tratamiento preventivo mientras las operadoras intervinientes en el caso continuaban evaluando de forma compleja y pormenorizada la totalidad de la situación y a los actores involucrados, en busca de establecer el mejor Plan Estratégico de Restitución posible.

En este caso se evaluó negativamente a ambos progenitores. En los informes las operadoras incluyen posibilidad de violencia de género, labilidad emocional en Laura, sumado a sus problemas de consumo y refieren haber evaluado agresividad e impulsividad en Juan. Todo lo mencionado se encuadra, según distintos autores, en las problemáticas que suele conllevar el consumo de SP (Gema & Guerrero, 2016). Sin embargo los informes también incluyeron el anterior embarazo adolescente de Laura y el hecho de haber interrumpido sus estudios como hechos que podrían resultar antecedentes para un potencial

cuidado negligente de su hijo recién nacido. Es de relevancia mencionar en esta oportunidad la posible presencia de prejuicios estigmatizantes por parte de los distintos efectores intervinientes en estas problemáticas complejas. Autores como Buttazzoni et al. (2019) postulan que en torno a las problemáticas de consumo puede tejerse una compleja red de representaciones que actúan como prejuicios a la hora de abordar a los sujetos consumidores, ya sea desde los Centros de Salud o desde los distintos ámbitos encargados de trabajar con dicha población. Resulta fundamental desde la perspectiva del presente escrito lograr cierta visibilización acerca de la existencia de dichas representaciones y problematizar sobre la correlación o no de algunas variables a la hora de ejercer los cuidados parentales.

### **5.3. Objetivo Específico 2: Describir las intervenciones que realiza el Servicio Local para el trabajo con la familia en general y con la madre en particular ante dicha problemática.**

Una vez tomada la Medida de Abrigo y como indica la Ley Nacional 26.061 de Protección y Promoción de los Derechos de los Niños, Niñas y Adolescentes en su artículo 39 (2005) comenzaron a desplegarse una serie de estrategias para el trabajo con la familia de Felipe y , en especial, con su mamá, Laura. Es importante destacar que la respuesta de las distintas familias afectadas a una Medida de Abrigo a las intervenciones de las operadoras es variada y compleja. En el caso de Laura y Juan resultó fundamental el seguimiento pormenorizado por parte de las profesionales psicólogas encargadas dado que desde el primer momento se mostraron sumamente reticentes a la medida adoptada. Así, figura en los informes asentados en el legajo de Felipe, que durante aproximadamente un mes, ninguno de sus progenitores acudió a las entrevistas pautadas. Ambos se encontraban viviendo en la casa de la Sra. Marta, madre de Laura, y en las ocasiones en que las operadoras se acercaron a dicho domicilio para mantener entrevistas con ellos, se los veía agresivos y sin manifestaciones de cambio respecto de la situación inicial. Esta forma de acercamiento a los hechos es propia del enfoque comunitario en psicología y se vincula con lo que distintos autores denominan “paradigma ecológico” que incluye entre sus postulados el trabajo de campo. Se trata de un acercamiento a la realidad de cada sujeto y cada grupo familiar en el espacio mismo donde transcurre (Sarriera, 2008; Villa Gómez, 2012). Las profesionales psicólogas encargadas del caso comentaron en ocasión de entrevistas informales que su

trabajo se diferencia de otros enfoques psicológicos dado que se fundamenta en la comprensión y el acercamiento a la trama dialéctica y compleja del sujeto por medio de la contemplación de los Determinantes Sociales de la Salud (DSS). Dicho concepto es desarrollado ampliamente por autores como De Lellis et al. (2014) y hace referencia a la forma en que distintas variables sociales influyen en los procesos de salud de los sujetos. Lo mencionado guarda relación, a su vez, con el mencionado enfoque ecológico dado que el mismo privilegia la investigación dentro de los contextos naturales, contraponiéndose a los escenarios artificiales donde transcurriría el abordaje psicológico convencional (Sarriera, 2008).

En el informe del PER inicial figura que el principal objetivo de las intervenciones propuestas por el Servicio Local se enfocó en que ambos progenitores logaran tomar conciencia de las conductas negligentes a las que habían expuesto a Felipe (el consumo de algunas sustancias psicoactivas durante el embarazo se enmarca según el decreto 300/5 de la Ley Provincial N° 13.298 de Promoción y Protección Integral de los Derechos de los Niños como un tipo de negligencia grave), y en que dichas intervenciones tendieran a brindar acompañamiento a la familia para tratar la problemática de consumo de ambos. A este respecto, una vez que pudo lograrse un encuentro en Sede del Servicio Local con Laura, la misma manifestó que “no sabía” que su consumo de cocaína y *paco* tendría impacto sobre la salud de su hijo. Paulatinamente Laura comenzó a acercarse al Servicio Local, incluso de forma espontánea, sin citación previa. En primeras instancias y según figura asentado en el legajo del caso, se la veía muy alterada y con altos montos de angustia y ansiedad. Manifestaba, a su vez, que Juan tenía reacciones agresivas contra ella y que sentía miedo, evidenciando una conflictiva vincular violenta imperante en su relación con el padre de su hijo. Atento lo expuesto y según el abordaje transdisciplinario indica, las operadoras del caso derivaron a Laura a la Comisaría de la Mujer donde podría dejar asentada su denuncia de maltrato por parte de Juan, a un centro especializado para el tratamiento de sus problemáticas de consumo y a una fundación donde se desarrollan grupos de trabajo sobre crianza sin violencia. Laura comenzó a mostrarse entusiasmada con la posibilidad de obtener la restitución de Felipe y a medida que avanzaron los encuentros pudo ir estableciendo un vínculo con las profesionales intervinientes, vínculo basado en la confianza y el respeto mutuo que permitió que Laura expresara gran parte de sus preocupaciones, manifestando



además que con anterioridad había intentado tratar sus problemas de consumo pero que la realidad del barrio “*se le volvía difícil de manejar*”, que se encuentra desde muy chica expuesta al consumo y que en ocasión de su parto anterior había sido en reiteradas veces maltratada por el personal de salud que la atendió, razón por la que había desistido de realizarse controles durante el embarazo de Felipe. Lo mencionado se vincula de forma estrecha con lo que Comes et al. (2010) desarrollan acerca de lo que llaman la accesibilidad simbólica al Sistema de Salud. Se evidencia, por medio del relato registrado de Laura, de qué manera en muchos casos las creencias arraigadas y prejuicios en torno a la problemática del consumo de PS por parte de los efectores de Salud condicionan el acceso al mismo por parte de los usuarios forjando una compleja red de resistencias que obstaculizan el pleno ejercicio de los derechos de la persona gestante y consumidora (artículos 4 y 9 de la Ley Nacional de Salud Mental, 2010). Resultó un trabajo arduo de todos los actores involucrados ir desandando aquel camino que Laura había comenzado a recorrer desde muy chica y que lograra erigirse como sujeto activo de sus propios procesos de salud, tomando las riendas de sus tratamientos y logrando así transformar su realidad. Se trata de un individuo pensado como actor agente, tal como menciona Sandomirsky (2010) en sus trabajos acerca del sujeto de las políticas.

El informe del PER de 45 días después de haberse tomado la Medida de Abrigo explicitó un significativo avance por parte de Laura acerca de la toma de conciencia de las conductas negligentes a las que había sido expuesto Felipe y que habían motivado la toma de dicha medida. Para este momento del PER Juan ya había comunicado su intención de no seguir con ninguno de los tratamientos y espacios sugeridos y habiendo sido notificado acerca de las consecuencias que esto conllevaría en su posibilidad de vínculo con Felipe, Juan aceptó dichas consecuencias sin oponer resistencia alguna.

Los informes del Centro Barrial Diocesano confirmaban para entonces la adhesión de Laura al tratamiento por consumo de SP y la demostración de voluntad que manifestaba en sobrellevar las dificultades que esto le generaba. Por otra parte el Servicio Local recibía informes de una fundación con quienes trabajan de forma conjunta y cuya finalidad radica en el fortalecimiento de los roles maternos y paternos. Desde dicha fundación comunicaban que Laura concurría regularmente, que su participación en las actividades era activa y que incluso había manifestado su intención de comenzar a trabajar y retomar sus estudios.

Las operadoras del Servicio Local también continuaron citando a la Sra. Susana, abrigadora de Felipe y madre de Juan, quien concurría a las citas siempre en tiempo y forma llevando a Felipe con ella a quien se lo veía creciendo de forma saludable y en muy buen estado general. Dado que la medida de exclusión inicial había caducado y no se había renovado por parte del Servicio Local, se pautó que Laura comenzara un proceso de acercamiento paulatino con Felipe. Se evaluó que dichos encuentros se dieran en el marco de la vivienda de la Sra. Susana, donde Felipe vivía. La Sra. Susana relató en entrevistas en Sede del Servicio Local que Laura concurría a su casa todos los días para darle de comer a Felipe y jugar con él. Agregó, además, que la veía bien, más comunicativa y alegre y que Felipe reaccionaba con entusiasmo al contacto con ella. En lo relatado se evidencian las ventajas de que según establece la Ley Nacional 26.061 (2005) y la Ley Provincial 14.537 (2013) - ambas de Protección y Promoción de los Derechos de los Niños- las Medidas de Abrigo sean tomadas de forma intrafamiliar con algún miembro de la familia ampliada del menor, en pos de preservar los lazos cosanguíneos o vinculares que se hayan establecido al momento.

Tanto en los siguientes informes del PER (ya sea el de 90 y el de 120 días) como en las distintas entrevistas informales sostenidas con las operadoras intervinientes en el caso, se reflejó con claridad el progresivo avance de Laura en sus tratamientos con el consiguiente fortalecimiento de su rol materno. Asimismo contó ella en ocasión de una entrevista en Sede que había conseguido trabajo como empleada doméstica tres veces por semana y que por tal motivo se vería impedida en ocasiones de asistir a los distintos turnos de tratamientos y citaciones. En esta ocasión las operadoras y el equipo en conjunto evaluaron de forma positiva que Laura mostrara progresiva autonomía y contemplaron espaciar las citaciones y los turnos terapéuticos. A su vez, se consideró prioritario que Laura sostuviera un mayor número de visitas a Felipe en pos de seguir fortaleciendo la re vinculación entre ambos.

Dada la evolución positiva de los resultados en las intervenciones y el arribo a las metas establecidas desde el Servicio Local, se logró que el día seis de enero del corriente año se produjera la restitución cabal de la responsabilidad parental de Laura sobre Felipe. La misma continuó viviendo en casa de su madre, en una habitación en la parte trasera de la vivienda conjuntamente con Pedro, su primogénito de 3 años manifestando contar con la ayuda diaria de la Sra. Susana para los cuidados de Felipe en sus momentos de trabajo.

Como parte integrante del abordaje integral del Servicio Local, una vez producida la restitución del menor, se continúa, por un tiempo establecido, en contacto con la familia y evaluando la situación general de la misma. De esta forma se supo que Laura mantiene su trabajo hasta el día de hoy, continúa con su tratamiento por consumo de PS y asiste a las entrevistas en Sede con Felipe a quien se lo ve en perfecto estado de cuidado y salud, lo que produjo por parte del equipo tratante una evaluación muy favorable sobre las capacidades parentales de Laura. Las capacidades parentales son, según el Código Civil y Comercial (2015) aquellas que deberá desarrollar un sujeto para establecer un lazo de cuidado y protección con sus hijos, logrando garantizar la satisfacción de sus necesidades y garantizando sus derechos fundamentales. Gema y Guerrero (2016) exponen respecto de las capacidades parentales afectadas en casos de vulneración de derechos a los propios hijos que en ocasiones y luego de un trabajo eficiente pueden observarse avances significativos en los progenitores que los vuelve más competentes y con mayor cantidad y calidad de herramientas para ejercer plenamente su responsabilidad parental, tal es el caso de Laura.

#### **5.4. Objetivo Específico 3: Indagar sobre las herramientas que poseen y cuales se consideran necesarias desde el Servicio Local en función de prevenir el consumo problemático durante el embarazo.**

De las entrevistas llevadas a cabo con las profesionales psicólogas y con la coordinadora y directora del Servicio Local se observa de forma reiterada y acuciante la necesidad de poder llevar a cabo estrategias de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Todas las profesionales involucradas en el caso hacen mención a la falta de medidas preventivas en relación con la problemática de consumo gestacional. Las licenciadas Claudia y Marcela reiteran tanto en las entrevistas estructuradas como en charlas informales que *“tenemos protocolos muy específicos para la toma de Medidas de Abrigo, sabemos ante qué situaciones y cómo hacerlo. Pero la Medida de Abrigo viene a querer tapar un problema mucho más grande y empeora los casos en muchas ocasiones...”*. Poder abordar a la población en riesgo antes de llegar al alumbramiento que, a su vez, en general desemboca en la toma de la Medida de Abrigo (con sus problemáticas asociadas), resulta, para ellas fundamental. Sin embargo si la persona gestante es mayor de 18 años se dificulta significativamente la posibilidad de acción de las instituciones involucradas. Por una parte y

como ya fue desarrollado con anterioridad la problemática de la falta de controles durante la gestación obstaculiza el ejercicio de medidas preventivas con la población de riesgo. Como fue mencionado en el presente trabajo según una investigación llevada a cabo por el ministerio de Desarrollo Social conjuntamente con UNICEF durante el año 2013, un porcentaje importante de mujeres gestantes (un 12,7%), realizaron menos de cinco consultas durante la gestación, concentrándose dicho porcentaje en los sectores más vulnerables (Filgueira & Aulicino, 2015) lo cual podría significar cierta falta de garantías en el acceso al Sistema de Salud en estos sectores. Por otra parte resulta de gran relevancia un hecho que las profesionales del Servicio Local destacan con énfasis: al tratarse la persona gestante de un sujeto mayor de edad, el Servicio Local como organismo encargado de velar por los derechos de los niños, niñas y adolescentes puede intervenir pero en representación legal de la persona por nacer, incluso anteponiendo la fuerza pública para garantizar el pleno goce de los derechos de la misma (Convención sobre los Derechos de los Niños, Niñas y Adolescentes, 1989). Llegado a este punto la problemática se agudiza y complejiza. Las profesionales psicólogas encargadas de llevar los casos denuncian la falta de herramientas para abordar a una población en riesgo que no cuenta con la posibilidad de ejercicio de sus capacidades: la persona por nacer, como es sabido, es incapaz. Las operadoras del Servicio Local exponen, no sin pesar, que las medidas que pueden desplegarse respecto de la persona gestante y en pos de garantizar los derechos de las personas por nacer en general son compulsivas y coercitivas de los propios derechos individuales de las primeras. Lo antedicho encuentra sustento en el artículo 38 de la Ley Provincial 14.442 (2013) que otorga a los Defensores y Asesores de incapaces la facultad de intervenir en todo asunto judicial o extrajudicial que interese a la persona incapaz. Esto significa que la figura del Defensor o Asesor puede forzar a la persona gestante, incluso por medio de la fuerza pública, a cumplimentar las acciones que se consideren necesarias para impedir la frustración de los derechos a la vida y a la salud, entre otros, del incapaz. De esta forma se teje una trama donde distintos discursos, que responden a diferentes marcos normativos, regulatorios y de sentido pertenecientes a diferentes paradigmas y momentos históricos (sujetos de tutela y criminales vs. sujetos de derecho y padecimiento mental) se entrecruzan con la jurisprudencia vigente y altamente controvertida al respecto.

De las entrevistas sostenidas con las psicólogas encargadas y de la observación de su accionar en el caso, se desprende que la herramienta primordial y faltante para el abordaje asertivo de esta problemática es el trabajo preventivo. Saforcada et al. (2010) desarrollan ampliamente el concepto de Prevención de la Enfermedad postulando que se trata del acercamiento a la población en riesgo de forma transdisciplinar y con el objetivo de evitar o reducir el impacto de la “enfermedad” potencial. Para lograr un acercamiento preventivo resulta fundamental trabajar, como lo hacen las operadoras del Servicio Local, con el modelo de Determinantes Sociales de la Salud mencionado con anterioridad. Según desarrollan De Lellis et al. (2014) dicho modelo apunta a complejizar los procesos de salud/enfermedad, rechazando las ideas reduccionistas acerca de los mismos. Los autores destacan de qué forma el conocimiento de dichos determinantes funcionaría como una importante herramienta en el trabajo preventivo de las enfermedades o problemáticas acuciantes de las poblaciones más vulnerables y de cualquier otra. No obstante y al margen de conocer y evaluar dichos determinantes, las trabajadoras del Servicio Local afirman no contar con herramientas preventivas. La Directora del Servicio Local en entrevista sostiene que *“falta que podamos tomar contacto con las chicas de otra forma, antes de que el embarazo avance, informarlas y acompañarlas. Nosotras sabemos de dónde vienen, muchas veces son chicas que ya pasaron por el Servicio por otros temas, pero hasta no tener políticas concretas al respecto, planes, programas... ¿qué podemos hacer?”*. A lo largo de las distintas instancias de recolección de datos que tuvieron lugar para la elaboración del presente escrito se supo que Laura sufrió vulneraciones a sus derechos fundamentales desde su más temprana infancia: sufrió ASI hasta su pubertad por parte de un “tío” (amigo de la familia) y creció en condiciones de absoluta marginalidad y pobreza. Su escolarización se extendió hasta primer año de secundaria donde comenzaron sus problemas de consumo que, según ella misma, no podía controlar dada la oferta permanente de PS a la que se encontró, desde muy chica, expuesta. Por otra parte los controles de salud nunca fueron garantizados ni sostenidos por sus progenitores, ocupados ambos en proveer de lo más básico a Laura y sus cinco hermanos. Asimismo y como se mencionó con anterioridad Laura había relatado situaciones de violencia obstétrica en ocasión de su parto anterior.

Retomando entonces a los autores, el modelo de los DSS explicita estos determinantes incluyendo la pobreza, la desigualdad, la falta de oportunidades, el acceso al Sistema de

Salud, las condiciones de vida, el medio ambiente, los vínculos, etc. como formas complejas del mismo entramado del sujeto a quien luego se culpabiliza o señala como único responsable, en este caso, de determinados actos delictivos o negligentes (De Lellis et al., 2014). Todos estos determinantes deberían contemplarse en el análisis del caso de Felipe y tantos otros, dado que la gran cantidad de encuentros logrados con Laura permitió reconstruir parte de su historia y visibilizar la cantidad de vulneraciones a las que había estado expuesta.

Resulta relevante en esta instancia retomar la problemática de la accesibilidad al Sistema de Salud que desarrollan autores como Comes et al. (2010) dado que la situación de vulneración en este caso y como se explicitó en el párrafo anterior, reviste una complejidad superior y, por lo tanto, todo su tratamiento. Desde el trabajo del Servicio Local (independientemente de la complejización que puedan realizar sobre los DSS a los que pudo haberse encontrado expuesta Laura) se sostiene que la población en riesgo por la que deben abogar es la persona por nacer dado que no sólo, y como tal, encuentra imposibilitado el ejercicio de sus derechos fundamentales, sino que además la persona gestante que la alberga en su interior presenta una problemática de consumo, en general, severa. El desafío mayor es, según las operadoras y en sintonía con lo que las autoras postulan, revisar estructuralmente el acceso al Sistema de Salud de mujeres como Laura, con el objetivo de tejer redes de contención anticipatorias, basadas en vínculos no estigmatizantes que permitan el acercamiento de una población que esquiva al Sistema de Salud dado que, en sintonía con lo que las autoras postulan, es un sistema que en general las ha re victimizado y estigmatizado.

## **6. Conclusiones**

Por medio del presente análisis se propuso investigar acerca de cómo accionaba integralmente un Servicio Local de un municipio bonaerense encargado de la restitución de derechos vulnerados en niños, niñas y adolescentes ante el específico caso del nacimiento de Felipe, un menor con examen positivo de cocaína en sangre. Se intentó abordar la problemática de forma compleja desde una perspectiva psicosocial y de los Derechos de los Niños, Niñas y Adolescentes, incluyendo el enfoque des- estigmatizante de la Ley de Salud Mental 26.657 (2010). Así es que el análisis se basó en dos grandes ejes: por un lado el

enfoque médico y jurídico que sienta las bases sobre por qué el consumo gestacional resulta en una vulneración de derechos de la persona por nacer y , por ende, deriva en la necesaria intervención del mencionado organismo municipal, y por el otro, la perspectiva psicosocial de la misma problemática, que intenta explicar y complejizar incluyendo en la discusión todos los determinantes sociales por los cuales el consumo de PS durante la gestación debería ser hoy en día, en nuestro país, un asunto de Salud Pública.

El Servicio Local, sede de la práctica que dio origen a la inquietud sobre esta temática, realizó el interesante trabajo de entrecruzar ambos ejes en sus intervenciones con el caso de Felipe y su familia.

La mirada médica aporta datos concretos y alarmantes acerca de los efectos nocivos que el consumo gestacional conlleva para el desarrollo saludable del feto y posteriormente del recién nacido, así como también el ulterior desarrollo del ese niño. De esta forma y luego de un análisis pormenorizado de la literatura sobre el tema se conoce que las consecuencias asociadas al consumo de PS durante la gestación abarcan un amplio espectro que comprende desde daños en el desarrollo del embrión y el feto (Alcantud, 2012), posibilidad de SAF o SAN (Barrero & Escalera, 2008, Cabrera et al., 2015), daños en el SNC (Alcantud, 2012), trastornos del desarrollo (Alcantud, 2012; Magri et al, 2007) hasta bajo peso, partos pre término y muerte súbita (Suárez et al., 2009). Lo mencionado explica por qué tanto la Convención de los Derechos de los Niños y Niñas (1989), la Ley Nacional de Promoción y Protección de los Derechos de los Niños, Niñas y Adolescentes (2005) así como la Ley Provincial 14.442 de Ministerio Público (2013) definen al consumo problemático de PS durante la gestación como un tipo de negligencia grave. Atento todo lo antedicho, el día primero de julio de 2019, teniendo Felipe 3 días de vida el Servicio Local intervino con una Medida de Abrigo en función de restituir el derecho a la salud y a la vida que se consideraban vulnerados en el recién nacido.

Por otra parte, como eje fundamental e inalienable del trabajo del Servicio Local se desprende un enfoque psicosocial y crítico que busca problematizar las causas antes mencionadas con el objetivo de encontrar soluciones asertivas y eficientes dada la perspectiva de labor comunitaria que las profesionales psicólogas realizan (Baró, 2006; Saforcada, 2008). En este sentido la transdisciplina, la participación comunitaria y el enfoque ecológico en Salud Mental (Aquila et al., 2015; Saforcada, 2010; Sarriera, 2008) resultan

ejes fundamentales de la tarea diaria del Servicio Local. Si bien las operadoras de dicho servicio refuerzan las deficiencias del dispositivo de Medida de Abrigo (Ley 14.537, art. 35 BIS, 2013) y expresan que se trata de una solución paliativa y muchas veces agravante de un problema mucho más grande, es la herramienta que evaluaron poner en práctica en el caso de Felipe dado que la incapacidad que tanto Laura como Juan mostraron en primera instancia para comprender la gravedad de la situación a la que había sido expuesta su hijo permitía inferir mayores negligencias futuras en el cuidado del mismo. Una vez efectivizada la Medida de Abrigo se desencadenaron una serie de acciones enfocadas en la restitución del menor a su familia de origen. Resultó la parte del trabajo más ardua dado que debieron ponerse en juego innumerables intervenciones, parte del Plan Estratégico de Restitución (UNICEF, 2019), en pos de favorecer el desarrollo de las capacidades parentales de Laura (Barudy & Dantagnan, 2010).

Luego de transcurridos los 180 días que la ley fija como extensión máxima de la Medida de Abrigo y viéndose logrados los objetivos propuestos inicialmente en relación con sus competencias parentales, Laura logró la restitución del cuidado personal de Felipe, continuando hasta el día de hoy con entrevistas en sede del Servicio Local para cumplir el objetivo de evaluar de forma continua la evolución del caso. Autores como Gema y González (2016) desarrollados a lo largo de este análisis, explican de qué forma en muchas ocasiones logran revertirse aquellas causas que motorizaron inicialmente la toma de las Medidas de Abrigo, exponiendo de forma detallada cómo se produce una transformación en los sujetos consumidores a partir de la experiencia de pérdida de la responsabilidad parental sobre sus hijos e hijas.

Transcurrida la práctica y luego de la sistematización de la experiencia, se destaca la falta de herramientas preventivas como una problemática acuciante para las trabajadoras del Servicio Local. La compleja jurisprudencia respecto de la persona por nacer sumada a la coyuntura histórica, social y política que el país atraviesa en torno a dicha temática vuelve enormemente más compleja la labor de las profesionales psicólogas. Como representantes de un organismo estatal que busca proteger las garantías de los niños y niñas deben articular el derecho a la vida y a la salud de la persona por nacer con la realidad y derechos de la persona gestante. Cabría preguntarse en este punto: ¿por qué unos derechos irían en detrimento de los otros? Cuya respuesta dejaría al descubierto una realidad lamentable, la misma con que las



operadoras del Servicio Local deben encontrarse casi a diario. La enorme dificultad en prevenir el consumo problemático de PS durante la gestación se asienta en innumerables variables determinantes que conforman capas de distinto orden en torno al sujeto, algunas muy cercanas al mismo como aspectos de su personalidad, desarrollo y vínculos cercanos hasta otras que lo engloban de forma más lejana pero igualmente influyente en sus procesos de salud/enfermedad: variables geográficas, políticas, económicas e históricas (De Lellis, 2014).

La zona del conurbano bonaerense reúne la mayor cantidad de los barrios populares marginados del país. Las vulneraciones a las que se hace referencia varían desde pobreza, falta de trabajo, problemas en el acceso al sistema de salud, deserción escolar, tráfico de drogas hasta diversas expresiones de violencia, etc. En este contexto el consumo de PS ilegales es alarmante con cifras que sólo aumentan año tras año. Es posible visibilizar de esta forma cómo la combinación de las variables mencionadas resultan en un combo que de por sí es muy difícil de contrarrestar. No obstante, a todo aquello deberá sumársele la gestación, lo cual eleva la problemática de manera exponencial. La población a abordar entonces reúne características muy complejas y todas las profesionales del Servicio Local convergen en que lograr una aproximación preventiva con dicha población es la única herramienta sustancial para evitar estructuralmente que el problema se desencadene de manera drástica, con las consecuencias asociadas graves que conlleva y que ya fueron desarrolladas ampliamente.

El énfasis puesto por parte de las operadoras del Servicio Local en la deficiencia de las herramientas preventivas resulta fundamental, sin embargo desde la postura del presente escrito se consideraría la posibilidad de evaluar el diseño de dispositivos que contribuyan a desarrollar tareas con la población de riesgo tendientes a evitar que el problema se establezca como tal o, por lo menos, a minimizar sus consecuencias. Aunque no abundan, existen estudios en nuestro país y otros que realizan un acercamiento a las personas gestantes consumidoras de modo tal de suministrar información y proveer acompañamiento para disminuir el impacto de un consumo problemático severo durante la gestación (García Valle et al., 2009; Suárez et al., 2009). Tomar en cuenta las experiencias realizadas por investigadores al respecto sería de utilidad a la hora de pensar protocolos de acción en el campo de la prevención. Resulta de enorme dificultad pensar en cómo prevenir de forma eficiente una problemática que reúne tantas y tan complejas variables, sin embargo y dada la

notoriedad que el nacimiento de bebés con cocaína en sangre adquirió en los últimos años en la Provincia de Buenos Aires es de igual importancia el tratamiento eficaz, urgente y desde una perspectiva de Salud Pública de dicha temática. Como explica Martín Baró (2006), de lo contrario, se sostendrá aquella “dependencia servil” a la hora de plantearse problemas y de buscar soluciones a las inquietudes de los pueblos latinoamericanos.

No obstante, cierto trabajo preventivo al respecto (aunque poco efectivo en la aplicación) está contemplado por parte de la legislación sobre el tema. La Ley de Salud Mental 26.657 (2010) ya establece como criterio de internación en relación con cualquier trastorno mental (el consumo problemático se incluye en este grupo bajo la forma de trastornos por consumo de sustancias) el riesgo cierto para sí o para terceros. En esa dirección podría apelarse al riesgo al que se ve expuesto el feto por parte de las acciones negligentes de la persona gestante para ordenar la internación involuntaria de esta última. Por su parte, la mencionada Ley Nacional 26.061 (2005) establece como prioridad absoluta la exigibilidad de la protección jurídica cuando los derechos fundamentales de los niños, niñas y adolescentes colisionen con los intereses de los adultos responsables, entendiendo en este caso como responsable a la persona gestante, cuyas acciones se considera que vulneran el derecho a la vida y a la salud de la persona por nacer. Lo antedicho se refuerza localmente por medio de la Ley Provincial 14.442 (2013) que rige la labor del Asesor de Incapaces, quien interviene velando por los derechos de la persona por nacer e incluso aplicando medidas coercitivas de las libertades individuales de la persona gestante, como la orden de internación (avalado por la Ley 26.657 de Salud Mental) o la intervención de la fuerza pública para trasladar a la persona a fin de cumplir los controles prenatales en el caso de tomar conocimiento de faltas en este sentido. ¿Por qué entonces para las profesionales psicólogas la intervención del Asesor de Incapaces y la consiguiente aplicación de la mencionada legislación al respecto no resulta en una medida preventiva asertiva? De las entrevistas llevadas a cabo con ellas se desprende cierta ética sobre el abordaje de la persona gestante basada en una ideología de género que expresan destacando que las medidas coercitivas y compulsivas sobre las mujeres y personas gestantes sólo contribuyen a ampliar la distancia entre el Sistema de Salud y ellas, violentándolas aún más y resultando contraproducente en la tarea de acercamiento y acompañamiento que, como el enfoque comunitario y la perspectiva de género indican, se proponen. En la misma línea que ellas,

autoras como Comes et al. (2016) ampliamente mencionadas en este trabajo, desarrollan la compleja trama que teje obstáculos en el acceso al Sistema de Salud por parte de las minorías (específicamente las mujeres pobres) explicando que es la accesibilidad al Sistema de Salud el camino preventivo y no punitivo que debe seguirse.

Retomando algunas limitaciones operativas del presente trabajo, y dado que la práctica fue llevada a cabo en una institución enmarcada en un ámbito comunitario dentro de la praxis psicológica, resulta de relevancia la imposibilidad de acercamiento a los hechos en el lugar mismo donde transcurren. El trabajo de campo como parte del paradigma ecológico, según explican autores abocados al desarrollo de las características mismas de la psicología comunitaria (De Lellis, 2014; Sarriera, 2008) resulta de gran importancia para lograr una aproximación más concreta a la realidad de los sujetos involucrados. A los pasantes del Servicio Local no les es permitido, por razones de seguro, realizar salidas, lo cual dificulta conocer en profundidad el caso con el que se trabaja. Cabría proponer, desde el lugar de pasante, contemplar dicha limitación, dado que precisamente en un ámbito en el que la salida a la comunidad resulta una cuestión axial, no contar con esa aproximación empírica resulta en un obstáculo relevante.

Se conoce mucho acerca del impacto del consumo gestacional en el feto y el ulterior desarrollo de ese niño o niña que ha sido expuesto a PS *in útero*. Se sabe también cuál es, hoy en día, la jurisprudencia al respecto y las medidas que pueden tomarse a fin de salvaguardar o restituir el derecho a la vida y a la salud de la persona por nacer. Sin embargo pocos datos se tienen acerca de la cantidad de personas gestantes con consumo problemático de PS. Resulta pobre la información acerca de políticas públicas que apunten al trabajo con esta población y los resultados obtenidos a partir de su implementación. Se desconoce, en líneas generales, cuáles han sido los aciertos y desaciertos en este campo, no obstante se sabe por medio de acercamientos empíricos a esta problemática (como el que realizan las profesionales del Servicio Local), que los casos aumentan año tras año lo que demuestra que se ha fracasado en el abordaje estructural y eficiente de este tema.

Considerando todo lo antedicho y respecto de establecer nuevas líneas de investigación, luego del análisis pormenorizado del caso y su tratamiento, se considera de gran importancia el diseño y la implementación de dispositivos tendientes a abordar de forma preventiva la problemática del consumo gestacional. Resulta urgente disponer de

investigaciones locales al respecto que puedan aportar datos epidemiológicos con la consiguiente consideración de esta temática en la Agenda Pública. Hoy en día, el consumo de PS durante la gestación, el nacimiento de bebés con cocaína en su organismo y la cantidad de problemáticas asociadas a ello, desarrolladas detalladamente en este trabajo permite divisar la necesidad de lograr un debate público e intervenciones activas en el campo de las políticas públicas, con el objetivo de encontrar soluciones asertivas y transformadoras y ya no paliativas.

Si bien el diseño de políticas públicas excede por mucho el alcance del presente, desde la postura del análisis realizado, con la información recabada y a la vista de la problemática compleja ante la cual se encuentra la sociedad, se propone la creación de un dispositivo con fuerza de política de Salud Pública, que tienda al acompañamiento y fortalecimiento de las personas gestantes consumidoras desde una perspectiva des-criminalizadora (Ley Nacional N° 26.657, 2010). Podría considerarse que el recurso humano ya existente abocado a esta problemática trabaje conjunta e intersectorialmente en la detección, derivación y tratamiento de los casos (salud general, escuela, ginecología/obstetricia, servicios locales, equipos tratantes de consumos problemáticos) con el fin de lograr una articulación eficiente entre actores. Para ello cabría pensar en capacitar a los equipos de trabajo que ya están activos a nivel municipal para visibilizar la problemática y pensar acciones conjuntas bajo el paradigma de la comunidad, como objetivo y sujeto de acción social, propuesto y desarrollado por autores como Martín Baró (2006). Con el fin de abordar la complejidad misma de la realidad en los sectores vulnerados dicha capacitación tendería a pesquisar aquellos casos en los que la persona gestante se encuentra bajo problemas de consumo de PS con el fin último de abordar la problemática antes de su evolución de forma evidente y severa. Se piensa, desde la postura del presente análisis, en una labor preventiva basada en el acercamiento, la sistematización de información, el vínculo, el acompañamiento, el suministro de información a la persona gestante y la intervención de índole comunitaria, transdisciplinaria, compleja y anticipatoria. Con asiento en la Ley Nacional de Protección y Promoción de los Derechos de los Niños, Niñas y Adolescentes (2005), que postula en los puntos C y F de su artículo 38 la asistencia integral a la embarazada y el tratamiento médico, psicológico o psiquiátrico de los progenitores, se refuerza la posible creación de un programa que apunte a formar profesionales de manera continua para este tipo de labor de campo, para

la detección temprana de casos posibles donde el consumo de PS derivará en la infinidad de problemáticas detalladas con anterioridad. Para tal fin resulta fundamental contar con la participación comunitaria (De Lellis, 2014) de modo tal de involucrar a los sujetos en sus propios procesos de salud, como gestores activos y transformadores posibles de su realidad, tejiendo redes que inviten a la comunidad a recibir y brindar información sobre las problemáticas específicas de cada barrio popular y vulnerado y las posibilidades de acción y prevención.

## 7. Referencias bibliográficas

- Alcantud, F., Alonso, Y. & Jiménez, E. (2012). *Trastornos del Desarrollo asociados con la exposición a alcohol durante el embarazo*. Valencia: Nau Llibres.
- Aquila, S., Aquino, J., Bartoli, L., Bergallo, K., Baldino, B., Carril & Schinelli, F. (2015). Un modelo de intervención comunitaria en el campo de la Salud Mental. La experiencia Albariño. En M. De Lellis, L. Pomares & N. Da Silva (Eds.), *Políticas Públicas de Salud Mental: enfoques, estrategias y experiencias con base en la comunidad*. (pp. 119 – 141). Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Ministerio de Salud de la Nación.
- Barudy, J. & Dantagnan, M. (2010). *Los desafíos invisibles de ser madre o padre (Manual y Fichas)*. Barcelona: Gedisa.
- Barrero Virguetti, M. H. & Escalera Solis, C. (2008). Síndrome de Abstinencia Neonatal. *Revista médica de Cochabamba* 19(29). Recuperado de <http://www.scielo.org.bo/pdf/rmcba/v19n19/v19n29a10.pdf>
- Bowlby, J. (1988). *Una base segura. Aplicaciones clínicas de una teoría del apego*. Buenos Aires: Paidós.
- Buttazzoni, I., Conci, M.I., Quarleri, M., Rodríguez, M.C. & Tisera, C. (2019). El desafío de la implementación de la Ley de Salud Mental en la multivocidad de la interdisciplina. En D. Antonaccio & C. Guisti (Eds.), *Introducción a las problemáticas de consumo* (pp. 23-30). Paraná: UADER.
- Cabrera, M. C., Pérez, M. J., Zunino, C., Cabana, Y., García, L., & Giachetto, G. (2015). Frecuencia y características de las embarazadas y los recién nacidos expuestos a marihuana y cocaína en la Maternidad del Hospital de Maldonado. *Anales de la Facultad de Medicina de la República del Uruguay*, 3(1), 1-10.

Comes, Y., Solitario, R., Garbus, P., Mauro, M., Czerniecki, S., Vázquez, A., Sotelo, R. & Stolkiner, A. (2007). El concepto de accesibilidad: la perspectiva relacional entre población y Servicios. *Anuario de Investigaciones*, (14). 201 – 209.

De Lellis, M., Interlandi, C. & Martino, S. (2014). *Introducción a la Salud Pública como campo de conocimiento y escenario para la acción*. Ficha de cátedra de Salud Pública de la Universidad de Buenos Aires (pp.4 -34). Buenos Aires, Argentina: Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.

Dirección Provincial de Protección y Restitución de Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes (2019). Motivos de intervención del REUNA (2019). Recuperado de [https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/registro\\_unico\\_nominal\\_-\\_2019.pdf](https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/registro_unico_nominal_-_2019.pdf)

Filgueira, F. & Aulicino, C. (2015). *La primera infancia en Argentina: desafíos desde los derechos, la equidad y la eficiencia*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. CIPPEC (Centro de Implementación de Políticas Públicas para la Equidad y el Crecimiento). Recuperado de <https://www.cippec.org/wp-content/uploads/2017/03/1259.pdf>

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia –UNICEF- (2006). Justicia y Derechos del Niño 2005. Recuperado de [https://www.unicef.cl/archivos\\_documento/236/justicia%20y\\_derechos\\_9.pdf#page=125](https://www.unicef.cl/archivos_documento/236/justicia%20y_derechos_9.pdf#page=125)

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia –UNICEF- (2019). Registro único nominal: Registrar las intervenciones de cada niño, niña y adolescente para garantizar y restituir sus Derechos 2019. Recuperado de <https://www.unicef.org/argentina/media/5221/file/INC-RUN201.pdf>

- García Valle, S., López Marcos, J., Morales Belloso, D., Valladares Lobera, B., García Iglesias, A. (2009). Actualización sobre efectos del consumo de cocaína durante el embarazo. *Revista de Toxicología en línea*. 52-61.
- Gema, J. & González, L. (2016). La valoración de la capacidad parental de progenitores consumidores de sustancias psicoactivas en contextos judiciales. *Psicopatología clínica, legal y forense*, 16, 80 – 96.
- Guareschi, P. (2008). Introducción: El misterio de la comunidad. En Saforcada, E., Sarriera, J. (Eds.), *Enfoques conceptuales y técnicos en Psicología Comunitaria* (pp.15–24). Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Paidós.
- Izraelewicz, C., Jopia, L., Pérez, L., Redote, L. & Travaglieri, D. (2019). Dificultades en la implementación de la Ley de Salud Mental y adicciones. En D. Antonaccio & C. Guisti (Eds.), *Introducción a las problemáticas de consumo* (pp. 9-23). Paraná: UADER.
- Ley Nacional N° 26.061 *de Protección y Promoción de los Derechos de los Niños, Niñas Adolescentes*. Boletín Oficial 21 de Octubre de 2005. Honorable Congreso de la Nación.
- Ley Nacional N° 26.657 *de Salud Mental*. Boletín Oficial 25 de Noviembre de 2010. Honorable Congreso de la Nación.
- Ley Provincial N° 13. 298 *de Protección y Promoción de los Derechos de los Niños, Niñas y Adolescentes*. Boletín Oficial 27 de Enero Diciembre de 2005. Legislatura de la Provincia de Buenos Aires.
- Ley Provincial N° 14.442 *de Ministerio Público*. Boletín Oficial de la República Argentina 27 de Febrero de 2013. Legislatura de la Provincia de Buenos Aires.



Ley Provincial N° 14.142. Boletín Oficial 26 de Julio de 2010. Legislatura de la Provincia de Buenos Aires.

Magri, R., Miguez, H., Parodi, V., Hutson, J., Suárez, H., Menéndez, A., Koren, G., Bustos, R. (2007). Consumo de alcohol y otras drogas en embarazadas. *Archivos de Pediatría del Uruguay*, 78(2), 1-32.

Martín Baró, I. (2006). Hacia una psicología de la liberación. *Revista electrónica de Intervención Psicosocial y Psicología Comunitaria*, 1(2). 7-14.

National Institute on Drug Abuse (2010). *Cocaína: Abuso y adicción*. Recuperado de <https://www.drugabuse.gov/es/cocaina-abuso-y-adiccion>

Organización de las Naciones Unidas (1990). Convención sobre los Derechos del Niño 1990. Recuperado de <https://www.un.org/es/events/childrenday/pdf/derechos.pdf>

Pan American Health Organization (1978). Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud. Declaración de Alma – Ata 1978. Recuperado de <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf>

Sandomirsky, M. (2010). De las políticas públicas a la construcción del sujeto de las Políticas. En E. Saforcada, M. De Lellis & Sh. Mozobancyk (Eds.), *Psicología y Salud Publica, nuevos aportes desde la perspectiva del factor humano*. (pp. 75 – 91). Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Paidós.

Sarriera Castellá, J. (2008). El paradigma ecológico en la psicología comunitaria: del contexto a la complejidad. En E. Saforcada & J. Castellá Sarriera (Eds.), *Enfoques conceptuales y técnicos en Psicología Comunitaria*. (pp.27-47). Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Paidós.

- Sola, M., Martínez Calle, S., & Venesio, S. (2015). Encuesta Nacional sobre prevalencias de consumo de sustancias psicoactivas. *Políticas Públicas de Salud Mental: enfoques, estrategias y experiencias con base en la comunidad*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación.
- Suárez, A., Peirano, A., Gonzalez, I., Odierna, E., Gait, N., Llebeilli, R., Hansen, C. (2009). Investigación de cocaína y marihuana en meconio de neonatos atendidos en un hospital público. Primera experiencia realizada en la ciudad Córdoba, Argentina. *Acta toxicológica Argentina*, 17(2). 1-10.
- Villa Gómez, J. (2012). La acción y el enfoque psicosocial de la intervención en contextos sociales: ¿podemos pasar de la moda a la precisión teórica, epistemológica y metodológica? *El Ágora USB*, 12 (2), 349 – 365.
- Weimberg, I. (2002), *Convención sobre los Derechos del Niño*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Rubinzal – Culzoni.