



Universidad de Palermo
Facultad de Ciencias Sociales
Licenciatura en Psicología

Trabajo Final Integrador

Trabajo de las operadoras para la promoción de los derechos del niño, niña y
adolescentes

Tutora: Mg. Verónica Fernández

Fecha: 27/08/2020

Alumna: Muchenik, María Fernanda

Legajo: 0092174

ÍNDICE TEMÁTICO

1. Introducción	04
2. Objetivos	05
2.1. Objetivo general	05
2.2. Objetivos específicos	05
3. Marco teórico	05
3.1 Cambio de paradigma	05
3.1.2. Incidencia de los factores socioambientales en el concepto de salud	05
3.1.3. Enfoque Salutogénico	06
3.1.4. Teoría del Empowerment	08
3.1.5. Definición de Salud Pública, Psicología comunitaria y Salud Comunitaria	09
3.1.6. Rol de Psicólogo y formación profesional	10
3.2 Papel del Estado	12
3.2.1. Definición de intervención	12
3.2.2. Teoría Foucaultiana	13
3.2.3. Papel del Estado	15
3.2.4. Definición de Salud y sus determinantes	16
3.2.5. Declaración de Alma Ata (1978) y Carta de Ottawa (1986)	17
3.2.6. Niveles de Prevención: primaria, secundaria, terciaria y cuaternaria	18
3.2.7. Enfoque Interdisciplinario	19
3.3. Lineamientos para las operadoras	19
3.3.1. Definición de Familia	19
3.3.2. Ley 26.061 (2005)	21
3.3.3. Protocolo de Procedimientos para la aplicación de medidas de protección de derechos de niños, niñas y adolescente	21
3.3.4. Cesación de casos	23
4. Metodología	24
5.1. Tipo de estudio	24
5.2. Participantes	24

5.3.	Instrumentos_____	25
	5.4. Procedimiento_	25
5.	Desarrollo_____	26
5.1.	Describir las intervenciones que se hacen en caso de negligencia, violencia o abuso infantil en la comunidad del barrio_____	27
5.2.	Describir el trabajo interdisciplinario en la resolución de casos donde se encuentran vulnerados los derechos del niño, niña y adolescentes_____	38
5.3.	Describir las situaciones en las cuales se realiza el cese o de los casos que están en seguimiento_____	43
6.	Conclusiones_____	46
7.	Referencias bibliográficas_____	53

1. Introducción

El presente trabajo se desarrolla en relación con un servicio de atención a las problemáticas referidas con el buen trato parental y el desarrollo sano de niños, niñas y adolescentes. En el mismo se realiza una labor interdisciplinaria donde un grupo de profesionales tiene como objetivo promover y facilitar el cumplimiento de los derechos del niño, niña y adolescente. En este lugar es donde se reciben denuncias de maltrato, negligencia o abusos por parte de padres, familiares, conocidos o desconocidos; también desde distintos organismos o por presentación espontánea, es a partir de esta circunstancia que se da inicio al seguimiento de casos. Las operadoras son las encargadas de investigar si existe algún derecho vulnerado del niño, niña o adolescente, es decir, cuando hay una situación real de riesgo se da intervención al servicio.

En este contexto es donde el pasante, alumno que cursa las últimas asignaturas de la carrera, participó de las reuniones de equipo a través de la observación; recopiló información a través de la escucha en las entrevistas de admisión, lectura de legajos y estudios de casos y, por último, realizó unas entrevistas semi-dirigida, tanto a la coordinadora, como a la admisora. El objetivo del trabajo será indagar acerca de cuál es la tarea de la operadora, qué alcance tiene su trabajo y con qué instrumentos cuenta para la restitución de los derechos de los niños, las niñas y los adolescentes, además de analizar si las intervenciones pueden modificar esa situación de vulnerabilidad, caracterizada por carencias tanto emocionales, afectivas, como económicas.

Este trabajo busca dar respuesta acerca del alcance y grado de efectividad de los organismos públicos en el proceso de generar cambios sustanciales en la vida de aquellas personas que presentan ciertas desventajas socioeconómicas y simbólicas, limitando de este modo las posibilidades de superación.

Este trabajo es el inicio de una temática que esta en desarrollo, que es la implementación de políticas públicas para hacer efectiva la ley 26.061, que busca a través del conocimiento de esta, promover hábitos saludables para la protección de niños, niñas y adolescente, teniendo como objetivo proteger el desarrollo integral de los mismos para que en el futuro puedan convertirse en adultos integrados a la sociedad. Retomando el rol de las operadoras tendrán el desafío de cómo alcanzar que estos niños, niñas y adolescentes, mejoren su calidad de vida y al mismo tiempo deberán trabajar sobre su propia frustración, para desarrollar herramientas y recursos más apropiados para la resolución de casos y posibilitar la emergencia, a través de la prueba y el error, de intervenciones más acertadas.

2. Objetivos

2.1 Objetivo General: Describir las actividades e intervenciones, que el grupo de operadoras realizan a los distintos individuos para promocionar los derechos del niño, de la niña y de los adolescentes; y la resolución de problemas familiares que vulneran estos derechos.

2.2 Objetivos Específicos

2.2.1 Objetivo específico 1. Describir las intervenciones que se hacen en caso de negligencia, violencia o abuso infantil en la comunidad del barrio.

2.2.2 Objetivo específico 2. Describir el trabajo interdisciplinario en la resolución de casos donde se encuentran vulnerados los derechos del niño, de la niña y de los adolescentes.

2.2.3 Objetivo específico 3. Describir las situaciones en las cuales se realiza el cese o reapertura de los casos que están en seguimiento.

3. Marco Teórico.

3.1 Cambio de Paradigma.

3.1.2 Incidencia de los factores socioambientales en el concepto de salud:

A partir de la experiencia de Marc Lalonde (1978), Ministro de Salud y Bienestar en Canadá, surge una visión novedosa con respecto a los causales de la enfermedad, tomando distancia del paradigma médico tradicional, el cual estaba focalizado en la teoría biologicista del agente -huésped. A partir de este momento, se desarrollaron estudios epidemiológicos que intentaron determinar cuáles eran los orígenes que propiciaron la aparición de distintas enfermedades e infecciones, para evitarlas o disminuir su impacto, y de este modo, mantener la población sana y disminuir los costos de salud del país. Durante su presentación *Una nueva perspectiva sobre la salud de los canadienses* (Marc Lalonde, 1974), dio a conocer un documento donde planteó que las inversiones en el tratamiento médico no eran suficientes para producir una disminución de los casos de enfermedad. El autor señaló que el principal factor estaría en la inequidad social, es decir, aquellas situaciones socioeconómicas ambientales que podían ser modificadas con la intervención del estado, mejorando así las condiciones de vida de la gente. Sin olvidarse de que también hay otras causales de enfermedad que tienen que ver con una predisposición genético individual, de ahí la dificultad para elaborar programas, que se ajusten a la diversidad y complejidad de los distintos casos.

Él mismo planteó, que existe una correlación entre pobreza y enfermedad, donde aquellas personas que poseen mayores recursos económicos tienen mejor salud, que los que están subsumidos en la pobreza.

Así las aportaciones de Lelonde (1974) y Dever, (1976) sobre los determinantes de salud, pusieron en evidencia que el conjunto de comportamientos o patrones de conducta habituales de un individuo, definidos estos como los estilos de vida, explicaban el 43% de los factores de riesgo. Todos estos estudios contribuyeron a promover investigaciones sobre factores psicológicos, sociales y culturales. Para ello, se necesitó de un modelo epidemiológico que respaldará los análisis y las decisiones políticas sobre salud, incorporando todos los asuntos que impactan sobre ella. Estos se han identificado y organizado en cuatro principales componentes: el Sistema de Organización de Atención Médico; los Estilos de vida (riesgos creados por uno mismo); el medio ambiente y la Biología humana.

3.1.3 Enfoque Salutogénico.

Dentro del ámbito de contribuciones teóricas, podemos destacar que los estilos de vida, que competen al desenvolvimiento de los humanos en su comunidad y contexto sociocultural, son tomados en cuenta por el enfoque Salutogénico o *génesis de la salud*. Lo novedoso de este paradigma planteado por Aaron Antonovsky (1979), enriquece la postura sobre la visión de los factores que producen enfermedad. De tal forma este autor propone ver este padecimiento, como un continuum formado por dos polos: uno patógeno y otro saludable, desde donde el sujeto no siempre está en una misma posición. A partir de lo planteado se busca romper con la dicotomía entre salud y enfermedad y movilizar recursos para la promoción de la salud y de los medios de afrontamientos, que cada individuo tiene. Es importante enfatizar el rol que tiene la teoría salutogénica, la cual hará énfasis en el bienestar de la persona, abandonando la visión médico - paciente, centrando su atención en la promoción de la salud.

Ya Parsons (1951) en su época, autor de *The Social System*, cuestionó el modelo biologicista predominante de la enfermedad, considerándola como una desviación social determinada por un fracaso o incapacidad de una persona a cumplir su rol institucionalmente definido por un conjunto de derechos y responsabilidades.

El planteo sobre el Modelo Médico Hegemónico (MMH) consideraba que la enfermedad era una responsabilidad del individuo, al mismo tiempo que era eximido de sus responsabilidades habituales. Esta concepción estaba integrada, al conjunto de prácticas, saberes y teorías que caracterizaban a la medicina científica. Este modelo

justamente se caracterizaba por ser biologicista, porque tenía predominio sobre los demás saberes. Este enfoque, destacaba el individualismo, haciéndolo responsable al sujeto de su condición de enfermo (Menendez, 2003).

En lo que refiere al par médico – paciente, se debe aclarar que este posicionamiento estaba regido por una persona poseedora de un saber, enquistada en un discurso de poder, que lo hacía incuestionable, donde el *paciente* debía esperar ser atendido por aquél, y si tenía suerte, poder ser curado. Esta *cosificación médica* era lo que permitía en la sociedad disciplinaria, manipular el cuerpo como materia expuesta a distintos saberes que lo vigilaban y lo disciplinaban, para mejorar la productividad de la sociedad. Así el término *paciente* estaba determinado por ser un individuo sin conocimiento sobre su propia enfermedad y su cuerpo, este sólo era entendido como un ser biológico, sin ningún tipo de emoción y totalmente descontextualizado (Foucault, 1983).

Sin embargo, a partir de los nuevos enfoques en salud, el sujeto empezó a ser consciente de sus fortalezas y debilidades, a partir de lo cual él mismo comienza a ubicarse en un lugar de *empoderamiento*, donde aquel tomará conciencia de un cuerpo que le pertenece y cuyo cuidado de este, no es exclusivamente responsabilidad de otro (Banda Castro & Morales Zamorano, 2015). El aumento del individualismo en el capitalismo llevó al desarrollo de un nuevo campo de saber y de poder, que determinaba al sujeto en relación con la enfermedad. No obstante, cuando esta empezó a ser contextualizada históricamente, su definición no quedó solamente limitada a una cuestión biológica, sino que se hizo visible, que respondía a un momento histórico determinado. Así a partir de este nuevo contexto, los individuos en conjunto con la comunidad desplegaron recursos para la modificación de sus hábitos de vida con el fin de convertirlos en saludables. La salutogénesis buscó dar respuestas a las siguientes preguntas: “-¿Cuáles fueron los factores externos que contribuyeron a la salud y al desarrollo? -¿Cuáles fueron los factores que nos hacen más capaces de afrontar momentos de estrés (resilientes)? -¿Qué fue lo que nos abrió hacia una vida de experiencia más plena? -¿Qué provocó niveles de bienestar general?” (Rivera de Ramones, 2019, p. 4).

Los objetivos que posibilitaron dar respuestas a estas preguntas fueron los siguientes: el desarrollo de entornos favorables y de comportamientos saludables, para redireccionar la práctica de la salud pública y hacer viables estas condiciones de bienestar, tanto individual, como de la comunidad (Prácticas sociales y salud pública, 2018).

En síntesis, el modelo salutogénico se constituye en un imperativo para poner en práctica la salud positiva – salud y bienestar – que busca conducir y potenciar el control de los recursos del individuo para hacer frente a las adversidades y lograr de esta manera, un máximo de bienestar posible (Rivera de Ramones, 2019).

Los resultados de esta experiencia preeliminar, posibilitaron un cambio de paradigma, cuyo soporte dejó de ser la medicina clásica biologicista, para incorporar nuevas ciencias como la sociología, la antropología, primero y, por último, la psicología que terminará por definir el horizonte. Este nuevo modelo paradigmático fue denominado Psicología Comunitaria porque integraba no sólo el aspecto biológico de la enfermedad, sino que también tenía en cuenta en su concepción la salud del individuo, su subjetividad y su comportamiento (Saforcada, 2006).

3.1.4 Teoría Empowerment.

En esta línea de pensamiento debemos tener en cuenta el concepto de *empowerment* (o empoderamiento) que buscaba fomentar el protagonismo de los individuos en la organizaciones y comunidades. Esto favorecía el tipo de intervenciones, porque se operaban con los valores de cada participante y se trabajaba así también, sobre la diversidad cultural. De este modo, lo que se buscaba era construir conjuntamente espacios de acción y de reflexión, que permitan alcanzar el bienestar de las personas. Este enfoque implicó la aceptación y la asunción de valores que incluyeron la consecución de metas, objetivos y estrategias para el logro de cambios efectivos en la vida de los sujetos. El fin último, que se trataba de conseguir era un *cambio social*, o sea una modificación significativa que conlleve una variación en los sistemas normativos, donde todos los sujetos fueran afectados en su vida independientemente de su jerarquización. A partir de lo planteando se conseguiría llegar al bienestar, la salud y la calidad de vida a todos sin distinción, y con acceso a la salud pública.

La Psicología Comunitaria es una disciplina que busca suplir de algún modo, aquella distribución desigual de los recursos de la sociedad, tomando la delincuencia, la drogadicción, la mendicidad o los embarazos adolescentes, no como el resultado de patologías o desviaciones, sino como producto de la inequidad en la distribución de bienes, medios, herramientas, símbolos, etcétera. Esta visión trasciende al individuo, a la familia, a los grupos de ayuda mutua, o sea los distintos factores microsociales hasta los macrosociales que comprenden el tipo de política social desarrollada, como instituciones sanitarias, sociales y culturales. Así desde este punto de vista, la teoría del *empowerment* se orienta a la mutua influencia que se da entre la persona y el medio que

lo circunda, determinando que los tipos de intervención no pretenden eliminar las dificultades o déficits de los individuos sino movilizar los recursos y fortalezas para que tanto los individuos, como las comunidades tengan un control sobre su propia vida (Musitu & Buelga, 2004).

Teniendo en cuenta lo anterior, la Salud Comunitaria presenta un doble movimiento entre lo macrosocial y lo microsociales, de modo tal que las intervenciones se definen según el contexto social en el que se manifiestan el acontecimiento de salud-enfermedad. Por lo anterior se puede deducir que la acción comunitaria debe ser una construcción hecha desde la comunidad y el equipo de profesionales pertinentes, invocando de este modo, los conocimientos valiosos que tiene la comunidad para compartir y encontrar soluciones a sus propios problemas. De manera tal, que, incluyendo la participación de la comunidad en la construcción del saber, también la hace responsable de los procesos vitales de los individuos que la conforman (Montero, 1984).

3.1.5 Definición de Salud Comunitaria, Salud Pública y Psicología Comunitaria

Cabe aclarar respecto a lo que se viene desarrollando, que debe realizarse una distinción entre los conceptos de Salud Comunitaria y Salud Pública para poderlas diferenciar del campo de la Psicología Comunitaria, aunque los conceptos estén íntimamente relacionados. Al aproximarse al estudio de la salud comunitaria, podemos definir a la misma como la salud individual y de grupos, de una comunidad definida, determinada por la interacción de factores personales, familiares, por el ambiente socio-económico-cultural y físico, de cual forman parte (Gofin&Gofin, 2010).

Así cuando hablamos de intervención comunitaria se refiere a una estrategia cuyo fin es mejorar la salud de una comunidad determinada. De este modo, el adjetivo *sanitario* en este tipo de intervención estará relacionado con la atención primaria de la salud (APS) que se realiza a nivel individual, y la salud pública (SP) a nivel poblacional. La incorporación de la salud comunitaria en el sistema sanitario hace evidente la necesidad de buscar y alcanzar una acción que coordine diferentes áreas, en las cuales se destaca la formación profesional, proveedores de servicios, los sistemas de definición de las carteras de servicios y la organización de los servicios. Tanto la APS, como la SP poseen un campo en común que se denomina *salud comunitaria*, donde deben unir sus responsabilidades y habilidades y competencias con otros actores para desarrollar recursos que posibiliten una mejoría en la salud y bienestar de una comunidad. El fin mancomunado de este esfuerzo entre diferentes actores y servicios, independientemente

de la demanda, busca disminuir las desigualdades en el acceso a la salud (Pasarín, Forcada, Montaner, De Peray, &Gofin,2010).

Por otra parte, es importante destacar que desde fines de la década 50´ (entre 1957 y 1959) se realizaban aisladamente algunos desarrollos comunitarios interdisciplinarios en América Latina. Dicho enfoque tenía como objeto en su práctica movilizar recursos de un grupo de individuos para la resolución de sus propios problemas, con el acompañamiento de profesionales de distintas ciencias que aunaban esfuerzos para producir cambio en el medio ambiente que propicien un lugar saludable. De este modo, podríamos definir aproximadamente a la *Psicología Comunitaria* como una vía de interacción, productora de tecnología social, que busca promover la autogestión de los individuos para que puedan controlar las modificaciones en su ambiente inmediato.

3.1.6 Rol de Psicólogo y formación profesional

Desde esta perspectiva el psicólogo tendrá como función inducir a la toma de conciencia, el reconocimiento de los problemas y necesidades, la selección de vías de acción, la determinación de soluciones posibles y con ello generar un cambio a nivel individual y transformar de este modo, el ambiente que lo circunda. El objetivo que tienen dichas intervenciones es generar un cambio de expectativas en el individuo propiciando a nivel interno, la percepción del control sobre sus actos y de este modo la posibilidad de mejorar sus condiciones de vida, independientemente de otros actores sociales, que tiene responsabilidad en ello (Montero, 1984).

Tal como señala Montero (1984) “el poder cae en la comunidad, donde la acción del psicólogo consistirá en lograr que esa comunidad adquiera conciencia de su situación y sus necesidades y asuma un proyecto de transformación, asumiendo el control de su actividad, impidiendo toda forma de paternalismo – autoritarismo – intervencionismo” (p. 397). Desde su mirada el rol del psicólogo en este sentido es de orientador para el logro de metas. Así será el encargado de evaluar potencialidades para modificar la realidad, colocando a la comunidad en un lugar de empoderamiento. Así es como la psicología comunitaria, ha logrado expandirse en el ámbito de la salud pública, desarrollando un perfil en sintonía con las necesidades de la comunidad abordando la complejidad de esta desde diferentes enfoques y perspectivas para atender de demandas locales insatisfechas (Montero, 1984).

De acuerdo con lo tratado en el presente trabajo, es importante destacar la *formación de profesionales* que puedan ser parte integrante de este nuevo paradigma, que presenta desafíos diferentes que el Modelo Médico Hegemónico. Este movimiento implica

generar nuevos recursos desde una visión más integral y menos biologicista. Por lo tanto, impulsa cambios en los organigramas de las carreras de grado de las universidades, cuya formación se limitaba solo a preparar a los estudiantes para desarrollarse en sectores privados y no lo estaban para los sectores públicos, donde existen otros recursos y necesidades y en el cual, se integra el saber de la comunidad. Así, para trabajar en este paradigma de *salud comunitaria*, siendo un proceso de reciente emergencia es preciso la construcción de equipos de profesionales que piensen y que actúen para fomentar tecnologías de gestión de salud positiva (Saforcada, 2012). Si antes se gestionaba la salud negativa (enfermedad) ahora se busca administrar la salud positiva, se destinan los recursos humanos, científicos, tecnológicos, etc. a la promoción y prevención de la salud, donde la gestión está a cargo de la comunidad y el equipo profesional, pero la decisión de este último no es definitiva.

Para Saforcada (2012) la *gestión de salud positiva* engloba la *promoción de la salud* y su protección. Se debe tener como orientador en la gestión de esta, trabajar por el derecho principal: que es el *derecho a la vida*, y como corolario, este comprende el derecho humano al *desarrollo integral temprano*. En tercer lugar, es el derecho a la *salud*, no atención al perjuicio. El cuarto sería que, en caso de *enfermedad*, el sujeto tenga el derecho a no ser abandonado y el quinto a ser tratado con *dignidad*.

Dentro de las premisas señaladas anteriormente, los graduados se encuentran con serias limitaciones en el trabajo de campo, tratan de resolver los problemas de manera compleja y abarcando su totalidad desde una visión psicosociocultural que interfiere entre su hacer y los centros de salud.

En relación con lo anterior, Saforcada (2012) propone una *estrategia del mínimo operante* que consiste en descomponer el problema en unidades efectivas, y ordenarlas de la más simple hacia lo más complejo, para empezar a resolver el problema.

Un psicólogo que se desempeñe en la Salud Pública debe manejar un conjunto de conocimientos entrelazados que puedan comprender el ecosistema del proceso de salud, teniendo una visión holística pero científicamente fundada sobre el desarrollo integral del ser humano. Esta formación y perfil profesional se adquiere de forma gradual e implica experiencia en el campo de acción, donde se debe tener en cuenta el *sentido común*, *escuchar a las comunidades* y *saber lo que no se sabe*. Así de este modo, los profesionales y los técnicos de la salud construyen conocimiento junto con la población para que la sociedad adopte estilos de vida saludables y que el Estado se comprometa a desarrollar y diseñar políticas necesarias para ello.

Lo señalado anteriormente puede servir de apoyo para quienes trabajan en el área de la salud, asistencia social y educación, para producir modificaciones en la percepción que los grupos tienen sobre sí mismos, correr la mirada de los déficits y focalizar la atención en sus potencialidades para superar conflictos y producir modificaciones en el nivel micro y macro del sistema (Mattar Yunes & Carvalho Juliano, 2015). De igual importancia es la participación de los organismos del Estado, que deben estar presentes para hacer llegar información que generen cambios sustanciales en las familias, de forma tal de comprometerlas a asumir sus responsabilidades en el mejoramiento de sus condiciones de vida, teniendo en cuenta que estas modificaciones estructurales conllevan un proceso largo.

3.2 Papel del Estado

3.2.1 Definición de Intervención

Desde este punto de vista podemos decir que la intervención consiste en la implementación de ciertas medidas en el campo de interés, con un fin determinado. De esta forma se puede deducir que implica ciertos mecanismos de participación de la comunidad para desarrollar sus propios recursos en la consecución de su bienestar (Montero, 1984).

Lo que se busca con la intervención, es potenciar la capacidad creadora, organizativa y asociativa, de los distintos actores sociales de una institución, grupo o comunidad, para incentivar el desenvolvimiento con el fin de alcanzar una transformación social. Desde esta perspectiva de empoderamiento, lo que se busca a través de la intervención, es facilitar el desarrollo de potencialidades y recursos, antes desconocidos por los individuos participantes quitando los obstáculos de los espacios que antes estaban abnegados por el desconocimiento, y que el profesional interviniente deberá ocupar un lugar de acompañamiento y de facilitador, para el devenir de sujetos pasivos a sujetos activos y responsables de su propio destino (Martínez, 2019).

Este tipo de intervenciones tendrá que ver con la teoría del rol del andamio vigotskyano, donde los aspectos relevantes de la experiencia del sujeto, tanto afectivas, sociales, como emocionales, son la base para motivar y lograr aprendizajes significativos. El aprendizaje en estos ámbitos se dará muy gradualmente y en algunos casos podrá no concretarse, lo que se busca será motivar para la transferencia del aprendizaje, destacando los aspectos relevantes de la experiencia del sujeto. De este modo se buscará movilizar esa pasividad, poniendo énfasis en las capacidades y

transformarlos en agentes activos responsables de sus actos (Bacigalupe & Mancini, 2012).

A través de esta perspectiva, se busca de alguna manera abandonar el asistencialismo, promoviendo de esta forma un lugar de mayor autonomía y socialización del individuo, fomentando la inclusión y no la revictimización.

Siguiendo con esta línea de pensamiento, la intervención aparece como un instrumento que busca transformar la realidad y favorecer el diálogo entre diferentes actores, para intentar entender el lugar del otro, escuchar y estar atentos a sus opiniones. Desde este lugar, la mirada y la escucha serán los elementos más sobresalientes, que nos harán pensar sobre las representaciones sociales que se pretenden abordar. Por tal motivo, la *trayectoria* del sujeto toma relevancia en la construcción de la subjetividad, dentro de un colectivo al cual pertenece. Tal es así que la mediación en lo social es una acción que es inter – subjetiva y que apela a otros campos de saber, posibilitando la reparación y recuperación de capacidades y habilidades que fueron obturados por las circunstancias que generaron la desigualdad (Carballeda, 2005).

En el campo de las intervenciones hay una relación tensa ideológica entre lo intolerable y lo deseado, que pone en cuestión la fragilidad de los sujetos a *ese deber* ser normativo, que se constituye socialmente y viene desde arriba, desde el Estado.

3.2.2. Teoría Foucaultiana

Siguiendo esta perspectiva es importante retomar el pensamiento Foucaultiano que muy bien complejiza, el campo de las intervenciones, señalando la emergencia de técnicas de poder del siglo XVII y XVIII, que se centraban en el cuerpo individual, asegurándose que esos cuerpos sean adiestrados para el trabajo, a través de un sistema de vigilancia, jerarquías, inspecciones, escrituras, informes, que terminaron por conformar una tecnología disciplinaria del trabajo. Sin embargo, alrededor de la segunda mitad del siglo XVIII, surge una tecnología de poder que ya no es disciplinaria, pero engloba a esta última. Esta nueva técnica tiene una base sustancial diferente y se vale de instrumentos distintos. Esta última se dirige al hombre – especie, no al hombre – cuerpo, como antes, y atañe a un conjunto de procesos propios de la vida (nacimiento, muerte, producción, enfermedad, etcétera). De esta forma se constituye lo que el filósofo francés Michel Foucault llamo *biopolítica*, considerándola como la forma específica de gestión que aspira el gobierno para controlar los procesos biológicos de la población. Tal que el biopoder se traduce en un conjunto de estrategias de saber y relaciones de poder para intervenir en los campos de natalidad, morbilidad, diversas

incapacidades biológicas y los efectos del medio. Esta nueva biopolítica abarca la población, o sea fenómenos colectivos que se desarrollan en un tiempo más o menos largo. El interés de esta será las previsiones, las estadísticas globales para ejercer mecanismos reguladores para optimizar el estado de vida de los individuos. Así expresará Foucault (2001): “en síntesis, de tomar en cuenta la vida, los procesos biológicos del hombre/especie y asegurar en ellos no una disciplina, sino una regularización” (p. 224).

Continuando con la misma línea de pensamiento el poder de una sociedad consiste en varios poderes, tanto el que cada individuo ejerce sobre las acciones de los otros, como el que ejerce sobre sí mismos, estos poderes son diferentes entre sí. Esto es visible en la consulta médica donde si bien el conocimiento científico lo tiene el médico, el paciente en realidad tiene más conocimiento sobre su salud y su propio cuerpo. Este ejemplo sirve para explicar que hay formas de relacionarse que encubren un modo de saber – poder que determinan ciertas intervenciones con el objetivo de que la sociedad occidental ejerza un control y haga correcciones sobre las conductas consideradas como desviadas, en relación con el proceso de normalización, que le sigue a la sociedad disciplinaria.

A partir de este enfoque podemos inferir que el ejercicio profesional en el sistema de salud se encargará de impartir normas (en relación con el dictamen del diagnóstico y tratamiento), para limitar o condicionar las acciones de los individuos, funcionando como agente de control social y reproduciendo modelos de poder (Acuña et al., 2012). En este sentido la intervención adquiere la tarea de ser una estrategia procesual en el espacio entre lo normativo y lo que es en realidad, donde el lugar de pobreza (material) se entrecruza con el de exclusión social, definida esta última como negación de los derechos y reducción al acceso de espacios de pertenencia social. A partir de esta realidad podemos decir que la intervención este atravesada por diferentes referentes normativos en su alcance. El primer referente sería el bienestar social, que busca proveer a una población de los bienes sociales considerados necesarios para alcanzar una vida digna (un hogar, un colegio, atención médica, etc.). Un segundo referente sería la idea de calidad de vida, esta implica el desarrollo de las capacidades humanas para lograr cierto bienestar, implica la superación del propio sujeto, que implica su esfuerzo para sobreponerse a su propia situación (autonomía social). El tercer referente estaría relacionado con la idea de desarrollo social, de modo tal que la intervención persigue la recuperación de la relación entre los recursos y las posibilidades reales de

los sujetos, en el marco, de una esfera social que se preocupa por el bienestar y una esfera económica que se interesa por el crecimiento en la producción (González Portillo & Jaraíz Arrollo, 2013).

3.2.3 Papel del Estado

Desde la Modernidad, la intervención está definida por su comprensión y su accionar sobre las cuestiones sociales, especialmente la pobreza, que incluyen los términos de exclusión y vulnerabilidad (Carballeda, 2002).

Es importante para el Estado y las distintas instituciones sociales controlar la población en situación de pobreza que se presenta en la modernidad como un problema. De esta manera el gobierno sugiere una modalidad de intervención por parte tanto de autoridades como privadas, que implementan una variedad de técnicas y modos de conocimiento, que busca controlar y modelar la conducta de los individuos o grupo, con el objetivo de controlar sus deseos, aspiraciones, intereses, creencias y, por último, sus hábitos (Giavedoni, 2012).

Todo este aparato institucional, se transforma en un gobierno de la pobreza que remite al momento histórico en donde el proceso de industrialización hizo que la pobreza se convirtiera en un asunto que debía ser gobernado con urgencia, para evitar el levantamiento de la clase obrera y/o trabajadora y domesticar, de alguna manera su peligrosidad (Castro Gómez, 2010).

La intervención es parte de una serie de visiones y representaciones del mundo, y sobre los *otros*, a quienes se administra ciertos dispositivos de saber que tienen como finalidad la modelación de sus comportamientos, al mismo tiempo que se naturalizan su lugar en la sociedad. Así las prácticas de gobierno ya no están interesadas en reducir la desigualdad como caracterizó la sociedad salarial, sino que el foco está puesto, en gestionar la pobreza de modo racional en el marco de la desigualdad, que cada vez está más naturalizada. El gobierno de la pobreza, por lo tanto, no se dirige a superarla, sino a gestionarla en los márgenes establecidos como soportables (Giavedoni, 2012).

En este marco conceptual el Estado aunará esfuerzos no sólo para revertir la situación de desigualdad estructural en lo económico, político y social, sino también para aminorar los efectos negativos de la sociedad de consumo, sobre los sujetos que la conforman. El concepto de salud pública es un tipo de accionar colectiva, que tanto el Estado como la sociedad civil, se unen para proteger y mejorar la salud de las personas. Esta noción incluye la responsabilidad de que el alcance de la salud llegue a todos y con calidad. La salud pública no es sólo responsabilidad del Estado, ya que su quehacer

trasciende las tareas propias del Estado, y a la vez, este último no abarca todo en materia de salud (Muñoz et.al., 2000).

3.2.4. Definición de Salud y sus determinantes.

Es importante aclarar a qué llamamos Salud cuando nos referimos a este término. En principio expondremos la definición más influyente en la actualidad expedida por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1948), plasmada en el preámbulo de su Constitución y que dice: “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (p.1).

A partir de ese momento surgieron varias definiciones que empezaron a tener en cuenta la interacción de múltiples factores sociales, políticos, económicos, culturales y científicos. La salud surgía no únicamente como el acontecer de un estado biológico del cuerpo, sino como una síntesis que tenía en cuenta el ambiente que nos rodea, las relaciones sociales, la política y la economía internacional (Briceño-León, 2000).

Desde este momento, la salud fue considerada un fenómeno social que presenta un alto grado de complejidad y está sujeta a una condición histórica, que determina las diferentes visiones que puedan surgir de la misma (Alcántara -Moreno, 2008). Sin embargo, la noción de salud no sólo está definida por entidades reales y materiales, sino también por normas y valores culturales que no necesariamente se exteriorizan o materializan (Ritzer, 2002).

De este modo a partir de la experiencia de Marc Lalonde en Canadá como Ministro de Salud y Bienestar Social, se empezó a enfatizar que la salud y/o la enfermedad no estaban sólo determinadas por factores biológicos o agentes infecciosos, sino que proclamaba que la mayoría de las enfermedades tenían un origen predominantemente socioeconómico. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) los determinantes sociales de la salud refieren a las condiciones ambientales en que la personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluyendo el sistema de salud. Para la misma institución es fundamental la accesibilidad a la salud de forma equitativa. De este modo, podemos clasificar a los determinantes de la salud en torno a cuatro categorías: **medio ambiente, estilo de vida, biología y servicios de atención.**

- El medio ambiente estaba relacionado con los condicionantes ambientales, físicos, biológicos, de contaminación del suelo, agua y aire y los factores socioculturales y psicosociales.

- El estilo de vida estaba relacionado con los hábitos personales y de grupo de alimentación, actividad física, adicciones, conductas peligrosas o temerarias, actividad sexual, utilización de servicios sanitarios y de salud, etcétera.
- La biología humana tenía que ver con los aspectos genéticos y con la edad de las personas.
- Los servicios de atención sanitaria concernían a la calidad, accesibilidad y financiamiento de los servicios de salud que atienden a los individuos de la población.

Es importante tener en cuenta que los determinantes económicos, sociales y políticos, tienen una responsabilidad multisectorial del Estado. Y dentro de este accionar encontramos el sector de salud que debe promocionar y prevenir enfermedades (Aguirre, 2011).

3.2.5 Declaración Alma Ata (1978) y Carta de Ottawa (1986)

A partir de la Declaración de Alma Ata (1978), se pretendía incorporar la participación de la comunidad en el desarrollo de la planificación y la aplicación de la atención en salud, dando origen a lo que se llamará Atención Primaria de la Salud. Lo que se buscaba a partir de esta nueva conceptualización era promover la prevención y la promoción de las acciones.

En 1986 se realizó la Primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud en Canadá, donde se firmó la Carta de Ottawa se precisó lo que significa la promoción de la salud como *“el proceso que consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma”* (p. 1). De este modo, la promoción incluyó *“las condiciones y los requisitos para la salud que son: la paz, la vivienda, la educación, la alimentación, la renta, un ecosistema estable, los recursos sostenibles, la justicia social y la equidad”* (p. 1)

Habiendo clarificado algunos conceptos y retomando las funciones del Estado, será pertinente definir el concepto de las funciones esenciales de la salud pública (FESP) como un modo de evaluar la eficacia de las políticas públicas. Estas han sido definidas como la base que permite obtener una mejoría en el desempeño de la práctica de salud pública, sin embargo, dentro de las obligaciones del Estado con respecto a esta temática, aquéllas sólo representan una fracción de las responsabilidades estatales. El mismo, es responsable en materia de salud de conducir, regular, modular el financiamiento, vigilar el aseguramiento y armonización de los recursos. Sin embargo, cabe destacar que la

tarea esencial de la salud pública está dirigida a la prevención de enfermedades y la promoción de la salud (Muñoz et.al., 2000).

En este contexto es importante diferenciar conceptualmente la Atención Primaria de la Salud (APS), de los Niveles de Atención, de Complejidad, de los niveles de Prevención y entender en qué consiste la Promoción de Salud para prevenir Enfermedades. La APS definida en la conferencia de Alma Ata, tenía como fin superar el enfoque biomédico y proponer modelos basados en la promoción de la salud y prevenir enfermedades a costos moderados para la sociedad. Ahora los niveles de atención se caracterizaban por organizar recursos en tres niveles. La complejidad de cada uno de ellos estaba dada por las diferentes tareas que encierran la actividad de una unidad asistencial y el grado de progreso alcanzado por la misma. La prevención son medidas para atenuar la aparición de enfermedades y reducir riesgos, la promoción es un proceso, por el cual los individuos y las comunidades, generan sus propios recursos para ejercer un control sobre su propia salud, y así poder mejorarla (Vignolo, Vacarezza, Álvarez, & Sosa, 2011).

3.2.6 Niveles de Prevención: primaria, secundaria, terciaria y cuaternaria

En este trabajo nos focalizaremos en los distintos niveles de prevención existente, debido al tipo de trabajo que realizan las operadoras y que en este caso sería relevante explicar de qué se trata.

La Prevención según la OMS (1998) son las “medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de factores de riesgo, sino también a detener el avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida”.

Las medidas de prevención se pueden clasificar en tres niveles:

1. **Prevención Primaria:** estas medidas estaban dirigidas a evitar la aparición de una enfermedad o problema de salud, dominando los factores causales o predisponentes o condicionantes, con el objetivo de disminuir la incidencia del factor nocivo (OMS, 1998; Colimón, 1978).
2. **Prevención Secundaria:** estaba encaminada a hacer un diagnóstico precoz de la enfermedad inminente, sin presentar manifestaciones clínicas. Esto se puede lograr a través del examen médico periódico y la detección de casos a través de pruebas de screening. Con ello se busca evitar o retardar la aparición de secuelas y proveer de un tratamiento adecuado (OMS, 1998; Colimón, 1978).
3. **Prevención Terciaria:** buscaba la enfermedad clínica manifiesta, mediante un diagnóstico y tratamiento, que posibiliten una rehabilitación física, psicológica y

social para la reducción de secuelas permanentes y para facilitar la adaptación del individuo a sus nuevas condiciones de vida.

4. **Prevención Cuaternaria:** se llamaba al conjunto de acciones que buscaban reducir y paliar el daño provocado por la intervención médica. Se evitaba de este modo la sobre medicación, que afecta tanto hoy en día a nuestras sociedades. Este tipo de prevención concierne igualmente a la Atención Primaria (AP) y hospitalaria, principalmente por el *efecto cascada* que tiene una mala intervención médica, convirtiéndose en una cuestión social que involucra al conjunto de la población.

3.2.7 Enfoque Interdisciplinario

Por este motivo, fue importante contar con un enfoque interdisciplinario que abarque la complejidad y unidad de una realidad, desde un marco constructivista. El enfoque interdisciplinario implicaba abordar el concepto de salud, de diversas disciplinas que interactúan y se integran entre sí (Moreno Alcántara, 2012). Es en este punto, donde se sumaron las contribuciones de distintas ciencias como la economía, la ciencia política, la ecología, la antropología y la arquitectura, entre otras que fueron nombradas en el presente trabajo, para contribuir a la promoción y mantenimiento de la salud.

Entendiéndose por interdisciplinario los estudios realizados por varios investigadores, de diversas disciplinas que trabajan conjuntamente en el desarrollo de procedimientos y metodologías para la consecución de una meta común de investigación. Esto implica un proceso dinámico que procura hallar soluciones diferentes a las dificultades que surgen de una determinada investigación (Martinez, 2006).

En líneas generales lo necesario para que funcione el trabajo en equipo es que haya actitudes cooperativas, flexibilidad, sin actitudes dogmáticas, cooperación y reciprocidad entre las integrantes (Elichiry, 2009).

Hasta acá se fueron desarrollando distintos conceptos como Psicología Comunitaria, Promoción de la Salud, Formación profesional, la Teoría Salutogénica, Teoría del empowerment, rol del psicólogo, etcétera; todos ellos fueron necesarios para explicar cómo las operadoras trabajan y sobre qué hacían objeto. Sin embargo, nos falta el concepto de familia, que será el centro de las distintas intervenciones que harán las operadoras en pos de hacer efectiva la ley y promocionar los buenos tratos parentales, y así posibilitar un desarrollo sano para niños y adolescentes del barrio de emergencia.

3.3 Lineamientos para las operadoras

3.3.1 Definición de Familia

Para ello, hay que tener en cuenta los cambios que fueron sucediendo durante los últimos 40 años, que dieron origen a distintas formas de familia. El concepto implica aspectos biológicos, sociales y jurídicos y varía de una cultura a otra, y dentro de una misma sociedad. La familia tradicional ha cambiado, dando lugar a diferentes modelos y alternando patrones de cómo se entendía la vida dentro de ella. En un principio, la familia tradicional, había sido empleado por la burguesía, en este sentido se destacaba la relación de parentesco, donde las funciones más importantes eran: la productiva, protectora, educativa, transmisión de creencias y educación religiosa, así como la atención y cuidados de algunos de sus miembros durante la enfermedad, y también el fomento de la vida recreativa. En esta definición la concepción de la mujer estaba asociada a la vida doméstica, mientras que el hombre, estaba asociado más a una función pública y al trabajo (Sánchez, C., 2008).

En relación con la misma temática, Minuchin y Fishman (1984) expusieron el concepto de familia, de esta manera: “la familia es un grupo natural que en el curso del tiempo ha elaborado pautas de interacción. Estas constituyen la estructura familiar, que a su vez rige el funcionamiento de los miembros de la familia, define su gama de conductas y facilita su interacción recíproca. La familia necesita de una estructura viable para desempeñar sus tareas esenciales, a saber, apoyar la individuación al tiempo que proporciona un sentimiento de pertenencia” (p.25).

Por último, podemos citar a Bourdieu (1997) donde expresa que “la familia es un conjunto de individuos emparentados ligados entre sí ya sea por la alianza, el matrimonio, sea por la filiación, más excepcionalmente por la adopción (parentesco) y que vivan bajo un mismo techo (cohabitación)” (p. 1).

También podemos mencionar a la autora Elizabeth Jelin(1994) quien brinda un concepto clásico de familia, y la concibe como “la institución social ligada a la sexualidad y a la procreación, que regula, canaliza y confiere significado social y cultural a las necesidades de sus miembros, constituyendo un espacio de convivencia cotidiana, el hogar, con una economía compartida y una domesticidad colectiva” (p. 24).

Al desarrollar este concepto tenemos conformado el triángulo sobre el cual se va a trabajar en conjunto para fortalecer la familia en su proceso de cuidado de la niñez y adolescencia. Ese triángulo está conformado por la Psicología Comunitaria, el servicio (Estado, operadoras e intervenciones) y la familia, de esta forma se hará posible una evolución que podrá ser positiva o no.

Cabe aclarar que el maltrato tanto físico, como psicológico, corresponde a una limitación parental o del referente afectivo para construir un entorno favorable donde el niño o el adolescente, puede desarrollar sus potencialidades, que le permitan convivir en la comunidad. Teniendo en cuenta que la persona que conlleva esta responsabilidad actúa de determinada manera que puede provocar daño en su salud, o en su desarrollo físico, mental, espiritual, moral o social. Por ello, se evitará hacer al niño o adolescente objeto de rechazo, denigración, culpabilización, amenazas, miedo, discriminación, y otro tipo de maltrato (Asociación Internacional para la Prevención del Abuso y Negligencia Infantil, 1999).

3.3.2 Ley 26.061 “Ley de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes”

A partir de la sanción de la ley nacional 26.061, se enumeran los derechos de los menores de 18 años que son entre otros, los siguientes: derecho a la identidad, a ser escuchados, que su opinión sea tenida en cuenta, que se respete su entorno familiar y socio-cultural, a tener una vida digna, a no ser sometidos a tratos violentos, ni discriminatorios, a no ser explotados económicamente, ni ser objeto de abuso de ningún tipo.

De esta forma, se compromete a los distintos organismos del Estado a asegurar a través de las políticas públicas, programas y asistencia apropiada, para que la familia pueda asumir adecuadamente esta responsabilidad, y para que los padres puedan hacerse cargo en igualdad de condiciones, de sus responsabilidades y obligaciones para con sus hijos (Ley 26.061, 2005).

3.3.3 Protocolo de Procedimientos para la Aplicación de Medidas de Protección de Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes

Para llevar a la práctica se estableció desde el Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación un *Protocolo de Procedimientos para la Aplicación de Medidas de Protección de Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes* (2018), donde se establecieron pautas mínimas para optimizar metodologías que direccionen el quehacer profesional para hacer efectiva la ley. El objetivo de este es aportar herramientas para coordinar y articular, la participación de los distintos actores sociales, comunitarios y del medio familiar, para alcanzar la restitución de derechos. Dentro de este protocolo hay principios rectores que orientan las estrategias y acciones realizadas por los profesionales:

- **El interés superior del niño:** es un principio que busca conciliar el interés Superior del niño y la protección efectiva de sus derechos.
- **Garantía de prioridad:** es cuando ante la distribución de recursos, en el caso de que sean escasos se priorizará a la infancia en el acceso a los servicios y atención en los organismos públicos.
- **No discriminación.**
- **La participación implica diálogo,** que significa que los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a ser escuchados y a comprender las consecuencias de las decisiones que se toman en relación con ellos.
- **Integralidad:** comprende todas las acciones para prevenir la vulneración de derechos y satisfacer las necesidades de cuidado (salud física y emocional, sociales y educativas).
- **Flexibilidad:** exige evaluaciones permanentes de las acciones y estrategias para monitorear y ajustar las intervenciones de los profesionales.
- **Respeto a las particularidades:** considerar la singularidad que caracteriza la situación familiar y el niño, niña o adolescente en su dimensión única.
- **Corresponsabilidad:** consiste en reconsiderar la relación entre Estado y Sociedad, así como también las instituciones en todos los niveles para promover la articulación entre diferentes sectores para construir espacios de participación tanto de niños, niñas y adolescentes, su medio familiar y las organizaciones de la comunidad.

En el marco de este protocolo se establecieron los recursos para la atención y la práctica profesional respecto de la protección integral de los derechos de niñas, niños y adolescentes, dentro de las cuales las intervenciones posibles de las operadoras pueden estar entre la siguientes:

- Dictar una medida de excepcional, donde el niño, niña o adolescentes es separado de su medio familiar a causa de falta de cuidados parentales y de derechos vulnerados. Buscando alojamiento para el mismo, ya sea en modalidad de cuidado residencial o familiar, de gestión pública o privada. La primera modalidad cuidado residencial comprende: institutos, hogares, residencias juveniles, casa hogares, ect. La segunda modalidad familiar se refiere a: familias comunitarias, de acogimiento, pequeños hogares, familias solidarias, sustitutas, de tránsito, etc.;

- Solicitud de becas de estudio o para jardines maternales o de infantes, e inclusión y permanencia en programas de apoyo escolar;
- Asistencia integral a la embarazada;
- Inclusión de la niña, niño, adolescente y la familia en programas destinados al fortalecimiento y apoyo familiar;
- Cuidado de la niña, niño y adolescente en su propio hogar, orientando y apoyando a los 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;
- Tratamiento médico, psicológico o psiquiátrico de la niña, niño o adolescente o de sus padres, responsables legales o representantes; asistencia económica.
- En situaciones de violencia o abuso intrafamiliar debe haberse contemplado como primera medida, la aplicación legal de la medida de exclusión del hogar del agresor.
- En aquellos casos en que sea necesario separar a las niñas, niños y adolescentes temporalmente de su medio familiar conviviente, se llevará a cabo un relevamiento de personas significativas de su comunidad, con posibilidades de acogerlo, como estrategia de intervención y a fin de dar respuesta a la situación de emergencia.
- Debe dejarse constancia escrita de la implementación de dichas estrategias de intervención con sus objetivos, plazos y logros obtenidos.
- En todas estas situaciones deben darse las condiciones necesarias para que sea posible la participación comprensiva de la niña, niño y adolescente respecto de su derecho a ser escuchados y que sus opiniones sean tenidas en cuenta de acuerdo con su edad y grado de madurez.
- Uno de los prerrequisitos fundamentales para la participación es que la niña, el niño y el adolescente dispongan de información acerca de: situación sobre la cual estará centrada la participación; consideración de sus opiniones en este contexto; opciones de resolución o alternativas posibles a la misma e implicancias o efectos de su/s opiniones.

3.3.4 Cesación de Casos

En relación con el objetivo específico del cese de casos tiene que ver con una práctica y no con un modelo teórico, es decir, el servicio tiene un alcance muy claro y tiene que ver con la restitución de derechos en casos de vulneración de estos, si no hay

vulneración, no hay intervención. Esto está explicitado en la ley de protección de los derechos de los niños y adolescentes, y tiene que ver con distintas situaciones en las cuales hay motivos que promueven la cesación de los casos, algunos de los cuales se detallan a continuación:

1. El organismo tiende a cerrar un caso cuando la intervención de la operadora no logra revertir la situación de vulnerabilidad de los derechos del niño, niña y adolescentes, el caso suele derivarse a otra instancia institucional.
2. El servicio deja de tener actuación en los adolescentes que cuenten con la mayoría de edad ahí quedaría sin efecto la ley 26.061.
3. Otra razón posible sería que el caso se encuentre fuera de la jurisdicción del servicio local, en este caso fuera de zona norte.
4. La situación posterior a un abrigo puede iniciar acciones civiles para poner al menor en estado de adoptabilidad, ahí se termina el alcance del servicio (Ley 13.634, art.827, inc.).
5. En el caso de que no hubiera posibilidad de trabajar con la familia del niño con los derechos vulnerados, y haya sido citados en reiteradas veces sin asistencia, se hace la derivación a la Asesoría de menores e incapaces para que se investigue sobre el paradero de este niño, niña o adolescente (Ley provincial 13.298 – Protección integral de los derechos del niño, art. 38, 2004).

En cuanto a la reapertura de estos es porque no se resolvió la situación por la que se habían abierto en su momento, entonces el organismo local, vuelve a intervenir para indagar que recursos existen en ese momento, y si es posible la restitución de derechos que enumera la ley 26.061. Muchas veces sucede que hay denuncias reiteradas de diferentes organismos como organizaciones no gubernamentales que trabajan adentro del barrio, derivaciones de la escuela, derivaciones de los centros de salud, y hospitales, de los organismos de seguridad, de los distintos juzgados de familia, de la asesoría de menores e incapaces, centros educativos complementarios, comedores comunitarios, guarderías, denuncias espontáneas por un familiar o vecino (Ley 26.061, 2005). En esos casos cuando superan las posibilidades del servicio son inmediatamente a otros organismos ejecutores como el poder judicial.

4. Metodología

4.1 Tipo de estudio:

De tipo descriptiva y con análisis de datos con orientación cualitativa.

4.2 Participantes:

Los participantes del estudio fueron 4 operadoras, una secretaria, una coordinadora, una admisora, un abogado que se acercaba semanalmente para asesoría legal en relación con los casos más problemáticos y un chofer que trasladaba a las distintas operadoras al barrio de emergencia para dejar las notificaciones para entrevistas en el servicio. Asimismo, hay una asistente social, que se encargaba de hacer informes socio-ambientales a pedido y con intervención de la justicia, en los casos más complejos, donde hay requerimientos de informes procedentes de diferentes ámbitos. Participaron de esta práctica, Paula, psicóloga social (coordinadora), Alejandra, psicóloga (admisora de los casos), Florencia, trabajadora social (operadora), Ana, trabajadora social (operadora), Felicitas, licenciada en relaciones del trabajo social (operadora), Laura también licenciada en relaciones del trabajo social (operadora), Lior, abogado (asistencia en casos complejos donde puede o no intervenir la justicia), Ludmila, asistente social, Clara, secretaria del servicio, y el chofer Ricardo. Además de las diferentes personas que por su problemática fueron atendidos en el servicio y sirvieron de ejemplo, para explicar intervenciones y funcionamiento de este.

4.3 Instrumentos:

Los instrumentos utilizados para la recolección de datos fueron:

- Observación no participante en el Servicio, reuniones de equipo, entrevistas de admisión y seguimiento de casos.
- Lectura de legajos y expedientes de niñas, niños y adolescentes con derechos vulnerados según la ley 26.061 (2005).
- Entrevistas semi-dirigidas a la admisora y a la coordinadora, se indagó sobre los siguientes ejes: 1) funciones de la operadora: alcances y límites, 2) limitaciones de las intervenciones, 3) medidas de abrigo y fuerza pública, sus usos como intervenciones, 4) el tiempo que tiene el servicio para trabajar con la familia y los niños o adolescentes, y, por último, 5) cuáles son los motivos de cese o de reapertura de los casos.

4.4 Procedimiento:

La recolección de datos utilizados en el presente trabajo se llevó a cabo durante las 285 horas de práctica profesional realizadas en el organismo público, servicio local de zona de norte. Por un lado, se llevó a cabo la lectura de los legajos y expedientes de cada uno de los niños y adolescentes con derechos vulnerados. Se trató de indagar sobre cuáles eran los motivos, por los cuales se citaba a los familiares y el niño, y se tomó en cuenta las sugerencias que la admisora u operadora realizaba para la resolución de la

problemática por la cual acudían espontáneamente o se presentaban por haber sido previamente citados.

En cuanto a la entrevista con la coordinadora y con la admisora, se buscó investigar acerca del tercer objetivo, ya que este último estaba muy asociado a la práctica y se ajustaba a lo normativo de la ley de la Protección Integral de los Derechos de las niñas, niños y adolescentes 26.061(2005) y al Protocolo de Procedimientos para la Aplicación de Medidas de Protección de Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes (2018). Las entrevistas fueron realizadas aproximadamente cada una de 30 minutos. A partir del análisis de las entrevistas se procedió a dar más marco y resolución al tercer objetivo específico.

4. Desarrollo

4.1 Introducción

El presente trabajo se elaboró a partir de la práctica realizada en el servicio local de zona norte. En dicho organismo, la labor consistió en acompañar a los profesionales del equipo en las entrevistas de admisión, donde se tomaban nuevos casos o se hacía el seguimiento de casos preexistentes, así como también concurrí, a través de la observación no participante, en las reuniones de equipo, investigué y leí legajos de casos que fueron cerrados, algunos reabiertos y algunos derivados a la justicia. Allí se realizó, por un lado, tareas de campo, donde las operadoras salían a recorrer el barrio de emergencia, haciendo un recorrido para notificar sobre las entrevistas y, por otro lado, para pesquisar de alguna manera el estado de los niños y adolescentes con derecho vulnerados, en el ámbito en que se desenvolvían. Las operadoras contaban con un auto dos veces por semana para acercarse a los hogares y verificar las condiciones ambientales, sin embargo, el pasante no tenía permiso para salir al campo. La participación de las entrevistas era a discreción, y no tenían ninguna continuidad, ni criterio, la activa iniciativa del pasante hizo posible el presente trabajo, a través de la insistencia respetuosa para participar de las entrevistas y leer legajos, incluyendo la observación permanente de los movimientos de las operadoras y las dudas atendidas por ellas. En el transcurso de la tarea se han llevado a cabo dos entrevistas, una a la admisora y otra a la coordinadora, cuyo propósito era recolectar más información sobre el cierre y reapertura de casos. En cuanto a las intervenciones de las operadoras fue muy clarificador, encontrar el Protocolo de Procedimientos para la Aplicación de Medidas de Protección de Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes (2018) donde se enumeran las intervenciones posibles para el fortalecimiento familiar y la restitución de derecho. A

partir de ahí aparecieron los dispositivos y las distintas intervenciones que dieron posibilidad al desarrollo del presente trabajo. Asimismo, se trabajó con la Ley de Protección Integral de los derechos de las niñas, niños y adolescentes (ley 26.061, 2005) que guiaron auténticamente el trabajo de las operadoras, y fue el hilo conductor de las medidas que tomaban para hacer efectiva la restitución de derechos. Teniendo en cuenta lo antedicho, cabe destacar que la labor de la operadora fue la de intervenir cuando había un derecho vulnerado y a través de las entrevistas transmitir la información de la ley 26.061, para fomentar los buenos tratos parentales y al mismo tiempo de salud. Por ello, las entrevistas realizadas en el servicio tuvieron un carácter indagatorio sobre cómo se trataban y como se *cuidaban* a los niños, como era el ámbito familiar, las relaciones familiares, su educación, su sociabilidad, su entorno en la comunidad, su asistencia al control médico, al colegio, y sobre todo daba la posibilidad, de preguntarles a ellos mismos como se sentían sobre la situación por la cual habían sido citado sus familiares, que no siempre eran los padres.

De este modo, la participación de los organismos del Estado es transmitir información, en este caso de los buenos tratos parentales y lo que la ley 26.061 determinaba sobre la protección de niñas, niños y adolescentes, para hacer efectivos los cambios. De esta manera, tal como plantea Montero (1984) la intervención consiste en la implementación de ciertas medidas para el desarrollo de recursos de una comunidad a través de mecanismos de participación, para la consecución de su propio bienestar.

Con el objetivo de conservar la confidencialidad de los participantes se ha decidido modificar algunos datos personales como nombres, lugares donde los niños y adolescentes se desenvuelven, a fin de que no sean identificados.

4.1. Objetivos Específicos

4.1.1 Describir las intervenciones que se hacen en caso de negligencia, violencia o abuso infantil en la comunidad del barrio.

A través de la investigación realizada se pudo constatar que las intervenciones se ajustaban según la particularidad del caso de cada niño y las operadoras debían flexibilizar el protocolo en pos del objetivo anterior. Esta tarea en muchos casos se presentaba con dificultad y controversia, donde se podía observar de forma no participante, en las reuniones de equipos donde se discutían los distintos casos más controvertidos o de mayor duda en relación con qué tipo de intervención sería la más efectiva para las problemáticas planteadas.

La operadora me informó sobre algunos detalles del caso, haciéndome saber acerca de qué se trataba, previamente a dar comienzo a la entrevista.

La situación de Uriel (6 años), Bárbara (4 años), Aylén (8 meses) podían tratarse de un mismo caso de negligencia, producto de la violencia ejercida sobre su madre, Micaela, por parte de su pareja. Este último padre solamente de Aylén de ocho meses.

Estos episodios de violencia eran presenciados por los niños, que empezaron a presentar cambios en la conducta y descuidos de su madre que estaba a cargo.

Si bien ninguno de los niños era objeto de violencia, la escuela envió un informe al servicio para el seguimiento del caso por cierta desidia hacia los mismos. En varias circunstancias la madre había sido citada por parte del colegio, para recibir apoyo y mejorar la situación familiar. Sin embargo, nunca acudió a las entrevistas y el colegio decidió derivar el caso para que se investigue sobre la situación de los niños y de qué modo poder ayudarlos.

A continuación, en la entrevista, se solicitó los datos completos de los niños y la madre, los documentos y los certificados de vacunación, además de realizar preguntas sobre un teléfono para contactarse, instituciones a la que concurrían los niños, comedores, escuelas, y otras actividades.

De acuerdo con lo señalado anteriormente, se puede verificar el cumplimiento del art. 11, el derecho a la identidad y el art. 13, donde se expresa que niñas, niños y adolescentes tienen derecho a obtener los documentos públicos que comprueben su identidad (Ley 26.061, 2005).

Durante el desarrollo de la entrevista se constató que se trataba de un caso de negligencia, lo que se buscaba a través de la intervención del servicio, fue la restitución del derecho del art. 3° donde se expresa el respeto al pleno desarrollo personal en su medio familiar, social y cultural.

De este modo, la operadora fue la encargada de comunicar sobre el informe recibido, esperando una respuesta de la madre de los niños. Micaela explicó que es objeto de violencia de género donde los niños a veces habían estado presentes y que recibía constantes amenazas por parte del padre de Aylén. Siguiendo la misma línea de trabajo, la operadora informó sobre los distintos dispositivos con los que se contaba para revertir su situación de violencia. Entendiendo como dispositivo a los instrumentos que se encuentran en la órbita institucional de gestión pública o privada para resolver una situación que atenta contra los derechos de una persona (Protocolo de Procedimientos

para la aplicación de medidas de protección de derechos de niñas, niños y adolescentes, 2018).

Al mismo tiempo, se debe señalar que, para intervenir en la restitución de derechos de niñas, niños y adolescentes, primero hay que resolver la restitución de derecho de la madre, para ello la operadora se predispuso a informar sobre las posibles maneras y con qué instrumentos contaba para resolver la situación de violencia. En este caso la operadora enunció que podía acudir a la comisaría de la mujer o tener una entrevista con el abogado del servicio, e inclusive ella misma podía conseguirle un turno en el servicio de salud mental de la salita del barrio. La operadora será aquella que también le recuerde que puede llamar a un patrullero, pedir el recurso de una perimetral, que consiste en el impedimento de acercamiento de cualquier persona que sufra el acecho, acoso, maltrato y/o amenaza, que existen espacios para mujeres que sufrieron violencia de género, cursos gratuitos para salida laboral y otros.

Esta situación, tal como se refiere en el Protocolo de Procedimiento para la aplicación de medidas de protección de derechos de niñas, niños y adolescentes (2018), promueve ciertas medidas de protección, ante la eventual separación de las niñas, niños y adolescentes donde se ha comprobado la amenaza o violación de sus derechos. Así de esta manera la operadora cuenta con herramientas como las enunciadas en el párrafo anterior, donde se incluye a la familia en un programa de fortalecimiento y apoyo familiar.

Lo que se trataba de lograr a través de estas intervenciones, es garantizar la seguridad física y emocional de niñas, niños y adolescentes y atender de manera integral las necesidades de su desarrollo, respetando el principio de igualdad y no discriminación (Protocolo de Procedimientos para la aplicación de medidas de protección de derechos de niñas, niños y adolescentes, 2018). De este modo, tal como lo explicó Montero (1984) lo que se busca es comprometer al individuo y promover su autogestión de forma tal que pueda cambiar su entorno, con el acompañamiento del personal de salud. La operadora se encargaba de elaborar diagnósticos integrales para hacer evaluaciones periódicas, así como también implementar estrategias de intervención que surjan de los mismos (Protocolo de Procedimientos para la aplicación de medidas de protección de derechos de niñas, niños y adolescentes, 2018, p. 14)

Es importante destacar que la intervención surgió como un instrumento para transformar la realidad, posibilitando la recuperación de habilidades y capacidades del sujeto que fueron obturados por las circunstancias que generaron la desigualdad (Carballeda,

2005). Este enfoque salutogénico buscaba potenciar y movilizar recursos para la promoción de la salud y de los medios de afrontamientos, que cada individuo tiene (Antonovsky, 1979).

Otro de los roles que tuvo la operadora fue coordinar otro encuentro para ver cómo evolucionaba la situación de los niños, así como también la de explicar que a partir del momento habría un seguimiento del caso, que el próximo encuentro sería necesario que se acerque con los pequeños para conversar con los dos nenes escolarizados, Uriel (6 años) y Bárbara (4 años). Esto remitía a la obligación que tienen los equipos técnicos en la planificación de reuniones periódicas que permitan reflexionar sobre los resultados de las acciones implementadas y revisar estrategias (Protocolo de Procedimientos para la aplicación de medidas de protección de derechos de niñas, niños y adolescentes, 2018). El art. 4° de la ley 26.061 hace referencia al fortalecimiento del rol de la familia en la efectivización de los derechos de las niñas, niños y adolescentes.

Por otra parte, podemos mencionar el caso de Jazmín que resultó más ilustrativo como ejemplo de un caso de negligencia de acuerdo con los datos obtenidos a través de varias entrevistas no participantes que se realizaron a partir de un informe de la escuela a la cual concurre.

Jazmín tiene cinco años, cursa preescolar, presenta un retraso madurativo, está a cargo de su madre biológica, Cecilia y convive con su abuela paterna, su padre está en la cárcel. Cecilia, tiene dos hijos anteriores a ella, los cuales fueron separados de su madre por decisión judicial, sólo mantenía contacto con una de las niñas, que vivía cerca de ella, a la cual no veía hace tres años. La operadora dio intervención en el caso a pedido del colegio, cuyo informe sobre la nena, no era muy alentador. Tal como señalamos previamente, la operadora sería la encargada de informar la causa de la cita y de los descuidos manifiestos en el informe enviado. Durante la entrevista la operadora consideró de suma importancia hacerle notar sobre los cuidados que debía brindarle a Jazmín para el desarrollo pleno de su persona, sobre la necesidad imperiosa de cumplir con los turnos médicos y de estimulación, para lograr una educación global que le permita poder manejarse en su vida cotidiana.

De lo anterior descripto se puede inferir que los equipos de los organismos de aplicación tienen la ley 26.061 como herramienta específica para lograr la restitución de derechos vulnerados. Así de esta forma la operadora se refirió indirectamente en la entrevista, al art.7 de la ley 26.061 (2005) que busca que la familia se comprometa también en promover el bienestar de las niñas, niños y adolescentes, así como también

el Estado debe asegurar políticas, programas y asistencia apropiados para que la familia pueda asumir esta responsabilidad.

Por otro lado, en la primera intervención se buscó notificar acerca de cuál sería el deber como madre y responsable de la nena y se comunicó acerca de los dispositivos que el servicio cuenta para poder acompañarla en el compromiso de cuidar a su hija. Por consiguiente, la operadora fue la encargada de transmitir que puede solicitar programas de apoyo escolar, tratamiento médico acorde a las necesidades del diagnóstico, tratamiento psicológico y/o psiquiátrico para ella o para Jazmín.

Para fortalecer sus capacidades y comprometerla a asumir el hecho de que su hija presenta dificultades y que el servicio brinda asesoramiento para evitar la separación de su hija.

Cecilia, la madre de Jazmín, contó que ella misma sufría de ataques de epilepsia, que no acudía a las consultas y turnos, porque a veces coincidía con los horarios de trabajo en el Kiosco. Y que en realidad era reciente el diagnóstico de Jazmín y que iba a pedir turno para llevarla, pero a veces también tiene que ir a la penitenciaría donde estaba recluido el padre de la nena. La operadora, volvió a recalcar la importancia de la salud de ella misma y de la de Jazmín, debido a que, si la mamá se encontraba enferma, la niña no podría ser cuidada adecuadamente. En el artículo 14 de la ley 26.061 (2005) explicita que los organismos del Estado tienen que garantizar la salud a todos los niños y adolescentes, para que puedan recibir una atención integral a su salud y recibir la asistencia médica necesaria para acceder a un tratamiento acorde al diagnóstico o/y poder prevenirlo (p. 5).

Tal como se ha mencionado anteriormente, Jazmín sufre de un daño neurológico y un atraso madurativo que ya estaban diagnosticados, por lo tanto, estamos hablando de una prevención terciaria donde la enfermedad ya está instaurada, y lo que se trataba era de evitar las secuelas permanentes para posibilitar una rehabilitación que le permita acomodarse a sus nuevas condiciones de vida (OMS, 1998; Colimón, 1978).

En el desarrollo del caso, la operadora había hecho una intervención que se ajustaba a la ley 26.061 (2005) y Protocolo de Procedimientos para la aplicación de medidas de protección de derechos de niñas, niños y adolescentes (2018), esto estaba encuadrado en lo normativo, pero en la realidad, lo estipulado desde lo institucional a veces chocaba, con los límites de la pobreza estructural y las herramientas con que contaban los actores comprometidos para la reversión de la situación. Esto es producto de una desigual

distribución de recursos para alcanzar cierto bienestar (González Portillo & Jaraíz Arrollo, 2013).

Esto tiene que ver con lo que Foucault (2001) planteaba sobre la fragilidad de los sujetos con respecto a *ese deber ser*, que no siempre es alcanzable por los sujetos que son objetos de la pobreza, que incluye los términos de vulnerabilidad y exclusión. El objetivo institucional en este sentido no es superar las condiciones de pobreza, sino administrarla dentro de márgenes establecidos como soportables (Giavedoni, 2012).

El caso de Jazmín continuó siendo supervisado para que la madre se comprometiera con su tratamiento y evitar así consecuencias mayores en su desarrollo, sin embargo, hay que tener en cuenta las limitaciones emocionales, económicas y de salud, que presentaba la madre para brindarles los cuidados necesarios. Desde el servicio se siguió acompañando, pero la coordinadora mantenía ciertas reticencias en relación con esta situación, por los antecedentes que precedieron al caso de Jazmín, donde dos de sus hijas tuvieron que ser separadas judicialmente de su madre.

En este caso se estaba preservando a la niña, que durante la observación no participante parecía tener un vínculo muy centrado en su madre y le costaba alejarse de ella, mostrando un apego inseguro.

El siguiente caso se trata de Azul y Alexia, ambas son objeto de violencia por parte de la madre, que tiene prisión domiciliaria. Esta información fue recabada a través de la lectura de legajo y fue ampliada a partir de la observación no participante de una entrevista en el servicio. Estas dos niñas, Azul (8 años) y Alexia (4 años), son hermanastras de Candela, quién había sido abusada sexualmente a los 12 años por el padrastro y padre de las niñas. Hoy en día tiene 16 años y fue adoptada por una familia, vivía en Vicente López y asistía al colegio. En su momento, Candela fue apartada de su familia para preservar su integridad física y psíquica, ya que fue acusada por sus parientes de haber difamado e inventado lo sucedido. El caso en ese entonces fue cerrado y reabierto a partir de la violencia ejercida por la madre hacia Azul y Alexia. Por otra parte, es importante destacar que la madre tenía el beneficio de la prisión domiciliaria debido a que las nenas no podían ser cuidadas por nadie. El derecho vulnerado corresponde al art. 9º de la ley 26.061 (2005), donde se expresa que los niños y adolescentes son sujetos de derechos y por lo tanto no pueden ser sometidos a tratos violentos, discriminatorios, vejatorio, humillante, y otras especificidades (p. 4).

Dentro del marco de *Protocolo de Procedimientos para la aplicación de medidas de protección de derechos de niñas, niños y adolescentes* (2018), la operadora trabajó

sobre intervenciones que comprendieron la integralidad, esto significa el desarrollo de acciones en todas las instancias y ámbitos, para promover y garantizar los derechos de todos los niños y adolescentes. Conviene subrayar que en todo momento se promovió la corresponsabilidad, con ello quiero decir que se buscó crear espacios de participación para los propios interesados, donde cada uno se haría responsable desde su lugar (p.7). A partir de lo enunciado la operadora citó para entrevistar, a la tía materna y a las dos niñas, de esta manera buscaba encontrar un referente afectivo o un adulto responsable, que pueda hacerse cargo de ellas. En este caso, ya habían sido separados dos hermanos menores de dos y un año, que se encontraban en hogares, debido también a los maltratos de la madre.

Así de este modo, el trabajo de la operadora tenía como lineamiento lo que establecía el Protocolo de Procedimientos para la aplicación de medidas de protección de derechos de niñas, niños y adolescentes (2018) que determina que en el caso de que fuera necesario separar a las niñas, niños y adolescentes temporalmente de su medio familiar conviviente, se llevaría a cabo un relevamiento de personas significativas de su comunidad, con posibilidades de acogerlo, como estrategia de intervención y a fin de dar respuesta a la situación de emergencia (p.10).

La operadora debió comunicar sobre la denuncia del colegio, recordando que esta no era la primera vez que pasaba, ya que dos de sus hijos más chicos, fueron objeto de una medida excepcional, es decir debieron ser separados de su madre, por estar implicados en circunstancias que amenazaban o vulneraban su salud física y/o mental (Protocolo de Procedimientos para la aplicación de medidas de protección de derechos de niñas, niños y adolescentes, 2018). Por tal motivo, continuando con las intervenciones se le consultó a la tía si habría posibilidades de que las niñas pudieran quedarse a su cuidado y se le consultó también a ellas sobre esta opción, considerando la edad con que contaba cada una para poder discernir lo que estaba sucediendo. En este sentido se le explicó a la tía, que debía ser bajo un marco legal, no de palabra. Si llegado el caso, aceptaba hacerse cargo de las niñas, que supiese que no iba a ser por un tiempo limitado y corto, ya que su hermana, la madre biológica no era apta para el cuidado de sus hijos y ello, había quedado en evidencia con el trato que habían recibido los mismos, sumado a sus antecedentes penales.

También la operadora debió informar que, en el caso de avanzar con la propuesta, recibiría una ayuda económica para el sustento y necesidades materiales de las niñas. Sin embargo, la operadora advirtió, que la aceptación de acogimiento por parte de la

familia ampliada sería concretada en el caso de que las niñas pudieran manifestar su opinión al respecto. Esto refiere al art. 24 de la ley 26.061 (2005) donde se expresa que las niñas, niños y adolescentes tienen derecho a opinar y a ser oído en todo lo concerniente a su interés, según su madurez y desarrollo (p. 8).

En este sentido la intervención apareció como un instrumento para facilitar el diálogo y ser esclarecedor de una realidad que buscaba entender el lugar del otro y darle la posibilidad de ser escuchado, es ahí donde la trayectoria del sujeto toma relevancia en la construcción de la subjetividad, dentro del colectivo al cual pertenece (Carballeda, 2005). Por otro parte, es oportuno manifestar la inquietud que estas niñas presentaban al momento en que la operadora, las puso en conocimiento de la situación. En cuanto las niñas fueron entrevistadas, ambas preguntaban constantemente si su mamá podía escuchar lo que iban a decir, si después iban a volver a su casa, había en el relato muestras de lo que habían vivido, la operadora pesquisó en la escucha a que se debía tal preocupación y pudo comentarles que lo que se iba a hablar quedaría en ese espacio, que lo que ella quería saber era si ellas estaban de acuerdo en quedarse al cuidado de su tía materna. Las niñas respondieron si podían irse con Candela, la operadora les explicó que por el momento no estaba esa opción como posibilidad. De acuerdo con lo explicitado en el art. 11° de la ley 26.061 (2005) donde se expresa que los Organismos del Estado deben facilitar y colaborar para el encuentro o reencuentro familiar, la operadora expresó que ella podría tramitar un permiso que posibilitaría el encuentro entre ellas (p. 5).

En este caso se llegó al acuerdo entre la operadora, la tía y las niñas que por el momento quedarían a la guarda de esta, con la condición de que pudieran tener contacto con su hermanastra Candela y sus otros hermanos institucionalizados en un hogar.

En este caso, tal como lo sostiene el *Protocolo de Procedimientos para la aplicación de medidas de protección de derechos de niñas, niños y adolescentes* (2018) en caso de concretarse la inclusión y recibir a una niña, niño o adolescentes, se trazaría un plan de apoyo para acompañar dicha inclusión en ese medio y responder a dificultades y obstáculos que pudieran presentarse (p.11). Haciendo un seguimiento de la convivencia a través de entrevistas programadas, tanto con la tía, como con las niñas, en forma conjunta o separada. El caso tuvo un seguimiento y nuevos encuentros para continuar evaluando el estado emocional y afectivo de las niñas y si se cumplía con la necesidad de estas de tener contacto con Candela y sus hermanitos institucionalizados.

El próximo caso, me afecto en lo personal, voy a tratar de mantener la distancia necesaria para presentarlo de forma imparcial. Pero como futuro profesional de la salud, como psicóloga, no puedo dejar de explicar el motivo de la elección de este.

El caso de Mauro fue considerado paradigmático, ya que las intervenciones no fueron efectivas en ninguna situación o en el mejor de los casos fueron sostenidas por un determinado tiempo. Mauro nació producto de una violación de padre a hija, fue rescatado de la basura por su abuela, su madre desde el primer momento no quiso saber nada con respecto a él, por lo tanto, lo cuidó la abuela. Fue encontrado en la calle a la edad de 8 años, cuando una operadora se acercó, sabiendo de su situación, le explicó lo peligroso que era estar allí, conversó sobre los riesgos que implicaba, se le ofreció la opción de entrar a un hogar, pero él se negó a esa posibilidad refiriendo que había sido maltratado por los adultos del lugar. Cabe aclarar que Mauro ya había estado en un hogar previamente y se había escapado del mismo.

Esta situación refiere al derecho vulnerado que es el tercer artículo de la Ley 26.061 (2005) que sostiene que “el interés superior de la niña, niño y adolescentes se le deberán respetar: su condición de sujeto de derecho, a ser escuchados y que su opinión sea tomada en cuenta, el respeto al pleno desarrollo personal de sus derechos en su medio familiar, social y cultural, a su edad, grado de madurez, capacidad de discernimiento y demás condiciones personales, su centro de vida, lugar donde las niñas, niños y adolescentes hubiesen transcurridos en condiciones legítimas la mayor parte de su existencia”(p.1-2). En el caso de Mauro, así se llamaba, aunque no tenía documento que testificará su identidad, la operadora continuó visitándolo, pero había ocasiones en donde no se lo encontraba y en otras oportunidades, el equipo fue atacado por otros niños y jóvenes del barrio.

La operadora comenzó a investigar sobre si tenía familia o si alguien sabía de algún familiar que pudiera darle alguna pista. De este modo, la operadora que trabajó en el campo pudo encontrar a la abuela. La citó al servicio, le comentó sobre la situación de calle en que Mauro se encontraba, le preguntó sobre los motivos, la mujer aludió que siempre se estaba escapando, que no la obedecía, que se cansó de buscarlo por el barrio, que era una persona grande, de edad avanzada. Entonces, le pidió la partida de nacimiento, la abuela contestó que nunca la tramitó y que no sabía cómo tramitar el documento. La operadora se encargó de gestionarlo, para poder tener un registro de Mauro y que no sea un indocumentado. De acuerdo con el art. 11° de la ley 26.061(2005), reconoce que todos tienen derecho a la identidad, por tal motivo, la

operadora como integrante de los organismos del Estado debió facilitar y colaborar en la búsqueda, localización u obtención de la información con respecto a sus padres u otros familiares para facilitar el reencuentro con ellos y recuperar los datos para gestionar el documento (p. 5).

La operadora volvió a tener contacto con Mauro en la calle, donde insistió en la importancia de que un niño de su edad tuviera la posibilidad de contar con un adulto que lo cuide, cubra sus necesidades y le brinde contención y cariño. La intervención hecha por la operadora no fue efectiva, porque hablamos de un niño que no tuvo un referente afectivo y estaba en situación de calle, no sabría de qué le estaba hablando. En este caso según el *Protocolo de Procedimientos para la aplicación de medidas de protección de los derechos de niñas, niños y adolescentes* (2018) no se estaba respetando la particularidad del caso con respecto a su entorno socio – comunitario, y al mismo tiempo la singularidad del niño no estaba siendo tenida en cuenta, ya que este no era respetuoso de las normas, y presentaba conductas temerarias. Durante el siguiente encuentro en la calle con el equipo, Mauro no quiso hablar. No se pudo implementar ninguna medida.

El equipo siguió insistiendo, para que el niño acepte la propuesta de un hogar sustituto, ya que no había ningún referente afectivo, ni adulto responsable, que se hiciera cargo de él. Su abuela era mayor y no podía con Mauro, no le hacía caso, no la respetaba, se escapaba y después ella no sabía dónde buscarlo.

Un tiempo después sin saber su paradero, Mauro (9 años) se presentó en el comedor comunitario del barrio intoxicado y en muy mal estado físico, se lo llevó a la salita del lugar, porque no se entendía cuando hablaba, se le hizo un examen médico y presentaba signos de abuso y consumo de sustancias. Luego en el Hospital Materno de zona Norte, se confirmó que había sido abusado sexualmente y que se había utilizado con él estupefacientes. De este modo, a partir de lo sucedido con el fin de proteger la integralidad del niño, que implica prevenir situaciones de vulneración de derechos, se lo institucionalizó en un hogar público. Esta intervención del Estado es una medida excepcional de protección de los derechos de la niñas, niños y adolescentes y son separados de su hogar por motivos diversos. En este caso no había un referente afectivo disponible, ni familia ampliada dispuesta a su cuidarlo, no había un adulto responsable, no aplicaba la medida de excepción de separación de la familia, porque no tenía familia. Ninguna de esas intervenciones fue posible, para evitar su institucionalización

(Protocolo de Procedimientos para la aplicación de medidas de protección de derechos de niñas, niños y adolescentes, 2018).

Por otra parte, me parece oportuno aclarar en qué sentido fue analizado el párrafo anterior, exponiendo el concepto clásico de familia de la autora Elizabeth Jelin(1994) que la concibe como “la institución social ligada a la sexualidad y a la procreación, que regula, canaliza y confiere significado social y cultural a las necesidades de sus miembros, constituyendo un espacio de convivencia cotidiana, el hogar, con una economía compartida y una domesticidad colectiva” (p. 24).

Así como también el concepto de familia desarrollado por Minuchin y Fishman (1984): “la familia es un grupo natural que en el curso del tiempo ha elaborado pautas de interacción. Estas constituyen la estructura familiar, que a su vez rige el funcionamiento de los miembros de la familia, define su gama de conductas y facilita su interacción recíproca. La familia necesita de una estructura viable para desempeñar sus tareas esenciales, a saber, apoyar la individuación al tiempo que proporciona un sentimiento de pertenencia” (p.25).

A partir de ambas conceptualizaciones, se pudo inferir que, en este caso en particular, Mauro no tiene sentido de pertenencia, nadie lo espera, nadie lo guía, no pudo desarrollar conductas que faciliten la interacción con los demás, porque no tuvo oportunidad de ser aceptado. Nadie regula, ni canaliza sus necesidades como individuo, con lo cual no tiene herramientas para identificar sus sentimientos y sus recursos. No hay convivencia, con lo cual no hay significado del concepto de familia y el desarrollo de un tipo de apego. Su aprendizaje fue en la calle, donde no existen reglas, sino códigos de supervivencia. Está fuera de discusión la importancia que tienen para el desarrollo pleno de un niño o niña, los vínculos afectivos seguros y estables, que son imprescindibles para permitirle un desarrollo sano.

La Asociación Internacional para la Prevención del Abuso y Negligencia Infantil (1999) define el maltrato psicológico como la dificultad en generar un entorno evolutivamente apropiado y de apoyo, teniendo disponible una figura primaria de apego, que permita al niño desarrollar un conjunto estable de competencias emocionales y sociales, que le permitan desenvolverse en la sociedad, a la cual pertenece. Estos ambientes, son controlados por los padres o las personas que tienen con él una relación de responsabilidad, confianza o de poder. Estos actos, consisten en restringir el movimiento, patrones de rechazo, denigrar, culpabilizar, amenazar, inducir el miedo, discriminar, ridiculizar u otras formas no físicas de tratamiento hostil o rechazante.

De esta forma, como puede leerse, Mauro careció de una figura de apego, que le permita desarrollar herramientas tanto afectivas, emocionales y de contención, para su evolución. Por el contrario, fue objeto de maltrato y rechazo desde muy pequeño, obstaculizando todo tipo de aprendizaje significativo para dar sentido a su vida. Sufrió de maltrato emocional desprecio, abandono y bloqueo del contacto físico con algún miembro adulto del grupo familiar. El abandono emocional implicó no responder a las señales de llanto, sonrisa, tristeza, y otras necesidades que proveen a todo niño la posibilidad de desarrollar una interacción con otros pares y con otros adultos a futuro, también.

En síntesis, el trabajo del equipo y las operadoras, no tuvieron efectividad en este caso, a los 14 años, Mauro intentó quitarse la vida en el instituto donde estaba alojado, esa fue la última noticia que se dio a conocer durante el transcurso de la práctica.

Durante el desarrollo de este objetivo, se puede concluir como la Psicología Comunitaria se encarga de promover la salud, construyendo conocimiento a partir de la información de la población donde hace foco; para conseguir así modificar las conductas habituales de los individuos, para lograr hábitos saludables que permitan alcanzar cierto bienestar. De este modo, clarifica que la Psicología Comunitaria integra no sólo el aspecto biológico de la enfermedad, sino que también tenía en cuenta en su concepción la salud del individuo, su subjetividad y su comportamiento (Saforcada, 2006).

4.1.2 Describir el trabajo interdisciplinario en la resolución de casos donde se encuentran vulnerados los derechos del niño, niña y adolescentes.

A continuación, se desarrollará el caso de Mercedes y sus hijas, cuya información fue obtenida a través de la lectura de legajo, a través de la observación no participante de varias entrevistas, de reuniones de equipo, y de consultas de la operadora hechas a la coordinadora, con respecto a las intervenciones y articulaciones con otros espacios. La operadora trabajó en este caso desde 2017, a través de la denuncia del Hospital por una situación de negligencia en el área de salud de la señora Mercedes para con sus hijas, debido a la existencia de antecedentes de TBC (Tuberculosis, enfermedad infecciosa causada por diversas especies del género *Mycobacterium*) en la familia, que no tuvieron una asistencia y seguimiento. En ese momento se procedió a tomar una medida de abrigo con India (4 años) y Mora (1 año) que es una medida excepcional, que fue redactada por la operadora con el aval del abogado del servicio, donde se expone claramente cuál fue el derecho vulnerado del niño, niña o adolescentes y que justificaba

la medida. En este caso era el art. 14° el derecho a la salud, donde los organismos del Estado debieron promover y facilitar la atención y el acceso a la salud, así como orientar los programas dirigidos a la familia (ley 26.061, 2005). El abogado determinó a través de la protección especial de abrigo en el marco de la Ley 13.298, con respecto a India y Mora que sean separadas de su madre y alojadas en un hogar hasta que se hubiera cumplido el tiempo que implica la medida (3 meses). “La instancia de aplicación de una medida de excepción debe implicar circunstancias de extrema gravedad que amenacen o vulneren derechos que causen perjuicio a la salud física y/o mental de las niñas, niños y adolescentes” (Protocolo de Procedimientos para la aplicación de medidas de protección de derechos de niñas, niños y adolescentes 2018, p.11).

Este tiempo fue utilizado desde el servicio, para tener encuentros con Mercedes, donde se le ofreció ayuda, aparte de informarle con respecto al posible plan para recuperar sus hijas. Se deberá llevar un registro y evaluaciones de las estrategias y medidas aplicadas que tiendan al cese de la medida de excepción.

El caso quedó por sorteo en el Juzgado de familia N° 2 de zona norte. A partir de ahí hubo un seguimiento de este, donde se buscó a través de distintas intervenciones que Mercedes, la madre de las niñas, comience con un tratamiento en adicciones. De este modo, la operadora pedía informes al juzgado para mantenerse al tanto del movimiento del expediente. En algún momento, se le pidió informes sobre el tratamiento de Mercedes y su asistencia al servicio, novedades que debían actualizarse en un sistema operativo, llamado REUNA, donde desde diferentes ámbitos se van cargando las novedades de los casos, para consultar de ser necesario.

A partir de esta situación, la operadora trabajó con Mercedes, pidiendo asistencia y turnos médicos para controles, asimismo pidió un turno en el departamento de salud mental de la salita, para que sea evaluada y acompañada en su proceso de desintoxicación. Se solicitó una vacante en el centro de atención de adicciones más próximo al lugar de residencia, donde la operadora hizo un seguimiento e intercambio de informes continuos, para analizar y evaluar el compromiso de Mercedes con respecto a la recuperación de su salud.

Esto tiene que ver con el concepto de salud comunitaria que se trabajó en el marco teórico, que refiere a que hace falta la articulación y la acción de diferentes áreas, que combinan habilidades y competencias para el bienestar de la comunidad (Pasarín et al., 2010). Acá podemos inferir la injerencia de la Jurisprudencia, de la Justicia, de la intervención médica específica, tanto en el caso de TBC, como el tratamiento que debió

cumplir Mercedes para mejorar su condición de adicta y poder recuperar a sus hijas. De este modo, la realidad tiene un grado de complejidad, que desde el mero punto de vista biologicista no alcanzaría el resto de las dimensiones que supone la trayectoria de vida de un sujeto (Carballeda, 2005).

Es decir, que el trabajo en el servicio es interdisciplinario. Este último implica abarcar la realidad desde un marco constructivista, donde el concepto de salud es abordado desde diferentes disciplinas que interactúan y se integran entre sí (Moreno Alcántara, 2012).

El servicio realizó un seguimiento del caso, ya que Mercedes tenía al cuidado sus dos otras hijas Carolina (10 años) y Yanina (9 años), producto de relaciones anteriores y de padres distintos. Mercedes comenzó el tratamiento por adicción, de forma ambulatoria, e inició tratamiento psicológico en la salita, en el mismo lugar donde fue atendida por la operadora del servicio. De este modo, la operadora mantenía semanalmente un encuentro con la psicóloga del servicio que seguía el caso de Mercedes.

Al mismo tiempo que mantenía una comunicación fluida con el colegio para verificar si las niñas estuvieran asistiendo al mismo, ya que debía pedir constantemente informes al colegio para ser presentadas en las distintas instituciones que estaban trabajando para la restitución de derechos de estas niñas.

Es importante subrayar que la salud pública es un tipo de accionar colectivo, donde el Estado como la sociedad civil, se unen para proteger y mejorar la salud de las personas (Muñoz et. al., 2000). Esto se vio en el trabajo conjunto que la operadora realizaba con otras instituciones que participaban, para lograr restituir los derechos a niños y adolescentes.

Así como también, el ejercicio profesional implica de alguna manera, impartir normas de modo tal que funciona como un agente de control social y reproduciendo modelos de poder (Acuña, et. al, 2012). Esto se vio claramente, cuando la operadora, utilizó la medida de excepción de las niñas, para “forzar” de alguna manera a que Mercedes comience con un tratamiento.

Sin embargo, Mercedes no lograba ser consecuente entre lo que decía y lo que hacía, no asistía a las reuniones de adicciones, no se hacía los controles médicos de TBC, ni tampoco a las niñas que estaban a su cargo, que empezaron a ser descuidadas. Al mismo tiempo Mercedes estaba conviviendo con su pareja, quien también consumía. Había situaciones de violencia que fueron denunciadas por la vecina por teléfono y confirmadas por las niñas en relatos contados en el colegio.

Y en poco tiempo quedó embarazada, la medida de guarda de India y Mora se extendió por seis meses más.

En ese contexto, después de tres meses y no habiendo progresos, ni avances en el comportamiento y en el estado de salud de Mercedes. Son citadas las niñas al servicio para evaluarlas, las mismas manifestaron que la madre tiene bruscos cambios de comportamiento.

La operadora comenzó a trabajar con la madre y las niñas, quién informó al adulto de las obligaciones que tenía para con sus hijas: de llevarlas al colegio, de que tengan una rutina, que se las alimente o que fueran al comedor comunitario, que se les haga el control médico, etcétera. Se le explicó a Mercedes que, sino también deberían tomar una medida de abrigo con las nenas, si no mejoraba la situación. Asimismo, se le solicitó a Mercedes que debido al consumo y por la salud del bebé que estaba en camino, que se hiciera los controles médicos obligatorios. De este modo, los organismos del Estado están obligados a hacer llegar la información para que Mercedes a partir de ese conocimiento pueda generar cambios en pos de su bienestar y el de las niñas (Montero, 1984).

El trabajo interdisciplinario fue llevado a cabo desde diferentes ámbitos e instituciones, para la reversión de la negligencia de la madre hacia sus hijas, de la violencia de género sufrida por Mercedes y el consumo de estupefacientes de Mercedes y su pareja. Al momento del presente estudio, Mercedes tenía estas hijas de parejas anteriores, mientras llegó a estar embarazada de seis meses de su pareja actual, mientras transcurría todas estas intervenciones y asistencia.

Por otro lado, ella nunca se había hecho los controles prenatales en un hospital, su consumo de estupefacientes continuo, sin ser interrumpido, al mismo tiempo que tenía situaciones de violencia con su pareja.

La operadora puso mucho énfasis e insistió de diferentes formas posibles para que Mercedes asistiera a las entrevistas y realizó innumerables visitas a su casa, promoviendo que retome el tratamiento en adicciones, ya que lo había abandonado en varias oportunidades.

Se volvieron a gestionar turnos médicos para los controles de TBC, y para el embarazo, a los cuales nunca concurrió. La situación de consumo de Mercedes perjudicaba de forma notable la dinámica familiar.

La encargada del caso se ocupaba de la planificación de las reuniones periódicas para reflexionar sobre los resultados de las acciones implementadas y revisar las

estrategias de intervención en función de los resultados obtenidos. Sin embargo, muchos encuentros fueron inútiles, ya que los pedidos de cumplimiento y de compromiso con los turnos médicos no se cumplían. Luego de la información aportada por los distintos organismos de salud, educación, seguridad, organismos no gubernamentales. Se llegó a la conclusión sobre la dificultad que Mercedes presentaba para comprometerse con el tratamiento y que, con ello, exponía a sus hijas a situaciones de negligencia.

Esta conclusión fue producto del trabajo interdisciplinario que se venía haciendo con varias especialidades que actuaban en conjunto, y desde su visión aportaban distintos matices al caso, para hallar una solución a las dificultades presentadas (Martinez, 2006). El caso termina complejizándose más, la operadora al no ver avances en el caso propuso una reunión de equipo, la coordinadora expresó que las dos niñas más chicas (India y Mora) debían ser puestas en adopción y tomar una medida de abrigo con un referente afectivo para las niñas, Carolina y Yanina. En cuanto a “la formación profesional del equipo de trabajo tiene una capacitación interdisciplinaria y formación específica para lograr la restitución de derechos de niñas, niños y adolescentes, dentro del marco de la doctrina de Protección Integral de los Derechos” ((Protocolo de Procedimientos para la aplicación de medidas de protección de derechos de niñas, niños y adolescentes 2018, p. 14)

La operadora coordinó una entrevista con Mercedes y su pareja, ambos asistieron a la reunión, Mercedes presentaba lastimada la cara, la tenía vendada y estaba ya de 6 meses de embarazo. Se le preguntó sobre su herida, y contestó que su pareja le había roto la mandíbula, la pareja empezó a justificarse diciendo *ustedes saben lo difícil que es, cuando empieza a hablar no para.*

La coordinadora habló y explicó que lo que se iba a hacer era poner en adopción a las pequeñas y a las más grande, buscar quién le pueda brindar el cuidado que necesitan. Mercedes se largó a llorar y se volvió a comprometer con la asistencia a centro de adicciones y retomar el tratamiento psicológico y asistir a los controles médicos prenatales.

En líneas generales lo necesario para que funcione el trabajo en equipo es que haya actitudes cooperativas, flexibilidad, sin actitudes dogmáticas, cooperación y reciprocidad entre las integrantes (Elichiry, 2009). Esto expone que a pesar de que funcione el trabajo en equipo y cooperación entre diferentes ámbitos, eso no constituye necesariamente un logro tal como se demuestra en el presente caso.

El objetivo central del servicio es la preservación y el fortalecimiento del medio familiar, de este modo la operadora busco atender las necesidades particulares del caso llegando al límite de lo asistencial, ya que no se logró gestionar un empoderamiento del sujeto. Es decir, alcanzar una forma de mayor autonomía favoreciendo la inclusión y evitando la revictimización (Carballeda, 2005).

La operadora está vez gestionó una ambulancia para llevarla a internarse, cuando llegaron al Sedronar (La Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina), Mercedes se negó a quedarse internada, regresando el caso a foja cero. Finalmente, el caso fue derivado a la justicia, ya que se dio intervención al abogado del servicio para gestionar la adopción de India y Mora, y la guarda definitiva de Carolina y Yanina.

A los fines de desplegar la estrategia propuesta, se buscó en la familia ampliada referentes afectivos de las niñas que pudieran hacerse cargo de ellas en forma legal. Así se llegó a la tía materna de las niñas, quien se haría cargo de estas. De modo tal que desde el servicio se haría un seguimiento de convivencia entre las mismas, para acompañar el proceso y garantizar el bienestar de estas.

La intervención responde a lo explicitado en el Protocolo de Procedimientos para la aplicación de medidas de protección de derechos de niñas, niños y adolescentes (2018) donde los familiares que alojen a las niñas deberán ser provistos de instrumentos y/o herramientas legales que les permitan acceder ágilmente a todo trámite, gestión o diligencia que involucre la cobertura sanitaria, educativa, recreativa, entre otras.

En síntesis, el trabajo interdisciplinario se define como el trabajo conjunto de disciplinas conexas entre sí, pero con un campo de acción específico. Cada una aporta conocimiento desde su propio lugar y todas buscan solucionar el mismo problema haciendo su aporte, generando un proceso dinámico para incrementar el saber sobre la situación que se quiere resolver. De este modo, el objeto de estudio es abordado de forma integral y se estimula la elaboración de nuevos enfoques metodológicos para la solución de problemas.

4.1.3 Describir las situaciones en las cuales se realiza el cese o reapertura de los casos que están en seguimiento.

Este objetivo fue el más arduo a desarrollar, ya que se refería más a una práctica en la realidad, aunque los lineamientos generales estaban precisados en la ley 26.061 (2005) y en el Protocolo de Procedimientos para la aplicación de medidas de protección de derechos de niñas, niños y adolescentes (2018). La principal causa de cese es cuando se

logra revertir la vulneración de los derechos de niños y adolescentes, después se derivan particularidades según el caso. Algunas de las restantes causas se enuncian a continuación: cese por mayoría de edad, por casos que están fuera del alcance de cobertura del servicio, ya que actúan por zona, para descentralizar y efectivizar recursos. Otro causal, es cuando las operadoras insisten en citar a las partes comprometidas en la vulneración de derechos de niños y adolescentes, y aunque fueron citados telefónicamente, y habiendo sido visitados en sus domicilios y recibida citación presencial, no se pudo hacer contacto, entonces lo derivan a defensoría donde un fiscal, se encargará de averiguar el paradero del niño. Luego las causas de cese están redactadas a continuación, construidas a partir de las entrevistas realizadas tanto a la admisora, como la coordinadora.

Datos para tener en cuenta:

- Cese por mayoría de edad. En la ley de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes, N° 26.061, expresa en su artículo 2° sobre su aplicación obligatoria, según la Convención sobre los Derechos del Niño, que, *en todo acto, decisión o medida administrativa, judicial o de cualquier naturaleza que se adopte respecto de las personas hasta los dieciocho años. Las niñas, niños o adolescentes tienen derecho a ser oídos y atendidos cualquiera sea la forma en que se manifiesten, en todos los ámbitos. Los derechos y las garantías de los sujetos de esta ley son de orden público, irrenunciables, interdependientes, indivisibles e intransigibles* (p. 1).
- Fuera del radio de alcance del servicio. Según lo que expresa la coordinadora con respecto a cómo está organizado los centros de desarrollo y fortalecimiento de la niñez, adolescencia y familia, en una entrevista informa:
...que los servicios están descentralizados, distribuidos por zona norte incluyendo Martinez, Acussuso, Villa Adelina, mientras que también está el servicio de Boulogne y este servicio, que es dónde vos estás haciendo la pasantía. Nuestro servicio atiende la demanda de todos los barrios de emergencia aledaños, es operativo que quede cerca el centro a donde son citados porque si no aumenta la imposibilidad de restituir los derechos, porque no se presentan a las entrevistas y no se puede hacer un seguimiento de los casos y trabajar sobre las deficiencias de las familias y sus fortalezas. Nuestra tarea abarca una zona determinada, algunos casos están fuera de nuestro alcance...

- Cuando se toma acciones civiles como una medida de abrigo, adoptabilidad del niño o familiar que sea referente afectivo y tenga la guarda definitiva. Según la coordinadora, en una entrevista explicaba lo siguiente:

...La medida de abrigo no se toma por un motivo específico, la medida se toma cuando el niño está en riesgo, es totalmente subjetivo por parte de la operadora. Cuando hay un niño en riesgo y no hay forma de revertir la situación, lo que se hace es proteger ese niño a través de esa medida. La medida de abrigo es una medida de protección...Por ejemplo si el niño dice que es violentado por los padres, o por la familia y no quiere seguir viviendo esa situación y lo expresa claramente, nosotros tenemos que tomar la medida de abrigo, intrafamiliar, un referente, o una institución, ahora si el niño que puede expresarse manifiesta que es violentado por la familia pero que no quiere retirarse de ese domicilio no podemos tomar la medida de abrigo, porque la ley dice que el niño es sujeto de derecho y se toma en cuenta su voluntad, en ese caso, se sigue trabajando con el niño y la familia para explicarle que no es un lugar apropiado para él, que corre riesgo y que esos tratos no son buenos.

En relación con el mismo tema la admisora (psicóloga) respondía: *...Por todos los tipos de vulneración de derecho del niño, que están explicitados en la Ley 26.061, y que habiéndolos trabajado con el niño y la familia no se pudo revertir la situación.*

La coordinadora aclaraba respecto a la medida de abrigo su duración e implementación de otras medidas según el caso, al respecto decía: *...La medida de abrigo dura 180 días, seis meses, como máximo, puede revertirse mucho antes, no tiene que durar los seis meses...Supongamos que la medida sea intrafamiliar, el niño o niña se queda a cargo de una abuela y los progenitores, no revierten la situación, a los seis meses cuando se termina la medida, pedimos acciones civiles que es el pedido de guarda para que se trámite, no puede seguir en medida eternamente. El pedido de acciones civiles se envía al juzgado interviniente y a la Asesoría de menores e incapaces.*

- Intervención de la Defensoría de menores e incapaces. La admisora explicaba el funcionamiento del servicio y su intervención según su competencia: *...Nosotros somos un órgano administrativo, no somos poder judicial, nosotros elevamos a un superior que después será una Asesoría, un juzgado, una defensoría, que se van a encargar de dictar dictámenes, nosotros trabajamos con la voluntad de*

las personas....Se trabaja en la entrevista sobre lo que se presenta, informe, denuncia, inquietud, consulta, se les explica como es el proceso de intervención del servicio, que funciona como acompañamiento de la situación para revertirla.

- *Derivación a programas alternativos, por ejemplo, Programa de Justicia Penal Restaurativa. En referencia a los distintos programas con que contaban, la coordinadora explicaba al respectoNosotros tenemos distintos programas, entonces trabajamos mucho en conjunto con dirección de la mujer, si hay una situación de violencia de género, trabajamos juntos. Hay también un espacio para hombres que son violentos con la mujer o con niños, que se llama “hombres dialogando”, que pertenece también a género. Está después ... hay dependiendo del caso, hay diferentes organizaciones que dan cursos sobre “crianza saludable”, o crianza sin violencia, hay dispositivos multifamiliares para trabajar lo vincular, hay distintos dispositivos. También trabajamos con Justicia Restaurativa, que es un recurso de justicia para jóvenes que han tenido problema con la ley, para revertir conductas delictivas, que por ser menores no son punibles.*
- *Cese de casos según el servicio, la admisora aclaraba: ...Por lo general yo no ceso los casos, sólo ceso casos cuando llegan denuncias y se citan en muchas ocasiones tanto a la parte denunciada, como el denunciante, sea citada por teléfono, en forma escrita, o a través de un promotor, y no se presentan y no hay forma de intervención, porque ninguna de las partes se presenta. Por lo general los derivo y la operadora al no poder tener ningún tipo de interacción, lo hace saber y lo terminan cesando ellas.*

6. Conclusiones

Durante el transcurso de la práctica y, especialmente en la realización de las primeras entrevistas de admisión a las distintas familias, comenzaron a surgir algunos interrogantes que dieron forma al desarrollo de los objetivos del presente trabajo. En primer lugar, la pregunta por el trabajo de las operadoras motivo la investigación teórica a partir de la cual, se llegó al concepto de intervenciones que se hacen en pos de los derechos del niño y los adolescentes. Es a partir de aquí, que lo que se buscó fue hacer efectiva la ley de Protección Integral de los Derechos de las niñas, niños y adolescentes ley 26.061 (2005), y así de este modo, fomentar los buenos tratos parentales. A partir de ello poder se empezó a analizar cómo se interviene, cuáles son las intervenciones según

maltrato, negligencia, y abuso; y que efectividad tiene, y como los casos se dan de baja por distintos motivos.

A partir de ahí, surgieron múltiples interrogantes que hicieron y motivaron la ejecución del presente trabajo: hasta qué punto el Estado podría cambiar las situaciones de estos niños y adolescentes en riesgo preservando los lazos familiares y al mismo tiempo promoviendo los derechos que en varias ocasiones, más de lo que gustaría, no se lograba superar el lugar de vulnerabilidad y de victimización en el que se encontraban al principio, y a pesar de las intervenciones de las operadoras. A pesar del trabajo que estas realizaban, en muchas ocasiones, en la práctica cotidiana se observaba que en ellas aparecía cierta frustración en su devenir como profesional en el ámbito comunitario. No sólo debían soportar los límites impuestos institucionalmente, sino que también debían lidiar con las mismas limitaciones de los actores que no contaban con herramientas y recursos para mejorar las condiciones en la que se desenvolvían la niñez y adolescencia del barrio que estaba siendo estudiado. Estos individuos quedaban atrapados en un entramado institucional y familiar que no aportaba a su crecimiento sano, para constituirse en adultos con capacidad de resiliencia.

En este sentido se puede considerar que, si bien el análisis y desarrollo de este trabajo constituyó un desafío importante debido a la magnitud de la información y la complejidad de la problemática, sus objetivos fueron alcanzados parcialmente, en el sentido que el tercer objetivo se ajustaba más a una práctica que a una teoría y estaba relacionado, con la mayoría de edad o fuera del alcance del servicio, pero también la atravesado por la particularidad de cada caso.

A partir de la integración del conocimiento teórico con la práctica fueron surgiendo interrogantes sobre las representaciones que estos sujetos tenían sobre los buenos tratos parentales, en qué consistían estos, cuáles eran los buenos tratos para aquellos que eran citados al servicio y cuáles fueron las intervenciones propuestas que resultaron efectivas, y qué se podría implementar para que su alcance sea mayor. A pesar del inconmensurable trabajo que realizaban las operadoras por motivar los cambios en los sujetos e informarles que existían otras formas, estas mismas a veces no eran tenidas en cuenta.

En efecto esta mirada de buenos tratos parentales, no es lo *familiar*, para los integrantes de esta comunidad, durante varias entrevistas no participantes, y en el caso de Mercedes también, se han escuchado frases del tipo:*pero entonces, yo no soy dueño de mis hijos....uds, son saca chicos, como puedo confiar en uds....ya estoy cansado de venir a*

estas entrevistas, me siento y me empiezan a retar como si fuera un chico....a mis hijos los educo como quiero, mi papá me cagaba a golpes y tan mal no salí...y otras frases que serían interesantes rescatar.

Desde el servicio y cualquier organismo del Estado había como algo asistencial – paternalista – autoritario que intervenía en sus realidades, y que hacía que ellos mismos se cuestionaran este tipo de intervenciones. Hasta dónde llegaba la visión salutogénica con respecto al despliegue de las fortalezas del individuo, que alcance real tenía esta, qué abarcaba y qué era capaz de provocar un cambio social, modificando los tratos intra y extra familiarmente. Porque tal vez el concepto no esté definido de la misma manera, que los organismos del Estado pretenden. Hasta dónde llega en términos Foucaultianos, la biopolítica para asegurar una regularización de los fenómenos colectivos. La Psicología Comunitaria, ha tomado realmente el conocimiento de los lugareños para construir puentes en la consecución de objetivos como es convertir a niñas, niños y adolescentes en sujetos de derecho. Existe realmente el empowerment para las personas con recursos desigual en el acceso a la información, cuando en realidad existe una pobreza estructural que los congela de alguna manera en algún lugar de difícil acceso. Así como también, cómo se pueden generar recursos para gestionar buenos tratos pero que trasciendan la comunidad, y que produzcan bienestar sobre todo a lo más desprotegidos, la niñez y la adolescencia. Son muchos los interrogantes que quedan sin respuesta. Este trabajo no es definitivo, sino que invita a reflexionar para mejorar la evaluación de los recursos e intervenciones para lograr los objetivos normativos enunciados en la ley 26.061.

6.1 Resumen del desarrollo

Los objetivos fueron alcanzados como se mencionó en párrafos anteriores, parcialmente en el caso del tercero, el cual presentó mayor dificultad en lograr su cumplimiento. Sin embargo, con respecto al marco teórico se alcanzó un desarrollo acorde y exhaustivo para explicar cada caso recolectado en la práctica, para articularlo con la teoría.

En relación con el primer objetivo se pudo identificar el tipo de intervención que se hacía para el caso de negligencia, violencia o abuso infantil. Generalmente las intervenciones buscaban preservar al niño o adolescente de situaciones donde debían ser apartados de sus hogares, en casos donde su vida o su integridad física, o mental estaba en juego. Sin embargo, se buscaba conservar los lazos familiares buscando referentes afectivos intra – familiarmente, aún sabiendo de las dificultades que ello presentaba, ya

que en este tipo de situaciones se mantenían encuentros frecuentes para monitorear el entorno, en los cuales estos niños y adolescentes, se encontraban. Algunos casos se terminaban por tomar una medida excepcional, como la medida de abrigo (implica separar al niño entre 3-6 meses de su familia), para que las operadoras pudieran fortalecer a la familia, e informar con respecto a sus responsabilidades en lo referente al cuidado de sus hijos.

A pesar del trabajo persistentes de las operadoras, no siempre se lograba revertir la situación y el niño terminaba en un hogar o en un proceso de adopción.

En cuanto al segundo objetivo, quedo en claro lo fundamental que es trabajar en conjunto para aunar conocimiento en pos de un objetivo en común, en este caso, la restitución de derecho. Desde cada ámbito, era muy importante el aporte que cada uno hacía para abarcar la complejidad de la realidad que atravesaban estas personas, que vivían en un barrio marginal. Donde las limitaciones estructurales, ambientales y afectivas son el común denominador que atenta contra el desarrollo integral de los niños y adolescentes que crecen ahí. Aún a pesar del trabajo comunitario y el aporte y sostén de las operadoras, a veces el conciliar lo deseado con lo posible, no es un camino fácil de transitar, para alcanzar objetivos. El cambio social, es un cambio que necesita tiempo para poder evaluar sus resultados. Y el tiempo en algunos casos, era apremiante. Las soluciones surgían para solucionar la emergencia de la situación, pero los cambios no siempre eran sostenidos, de ahí la necesidad del aporte judicial, seguridad, educación, clínico, terapéutico psicológico y otros más.

Sin embargo, el tercer objetivo presentó mayor dificultad en el desarrollo, ya que no había nada escrito al respecto de cese o reapertura de caso, no había una generalidad, dependía más de la particularidad de cada situación, aunque existe unos pocos lineamientos generales a partir de lo que estaba precisado en la ley 26.061 (2005) y en el Protocolo de Procedimientos para la aplicación de medidas de protección de derechos de niñas, niños y adolescentes (2018).

6.2 Limitantes

En cuanto a las limitaciones tuve varias:

- Las primeras limitaciones tuvieron que ver con el grado de ansiedad que apremiaba la búsqueda insistente de un referente informativo, olvidándose de los tiempos institucionales y de aceptación de un grupo de trabajo ya conformado, falta de conocimiento de la tarea que se realizaba y sus límites.

- En segundo lugar, tuvieron que ver con el aprendizaje autónomo, las habilidades interpersonales para llegar a las distintas personas que conformaban el grupo de trabajo y revertir la situación de rechazo de estas, buscando posibles informantes.
- La cultura institucional que imposibilitaba al sujeto profesional realizar determinadas tareas, ahí recapacite que no hay experiencia que valga, a veces uno tiene límites y debe respetarlos, si pertenece a una institución. No importa que está bien, ni qué es efectivo o no, en una institución burocrática hay un protocolo y una manera de manejarse que trasciende la experiencia e ideología del sujeto, es ahí donde el profesional encuentra una discrepancia, que debe resolver para ayudar desde ese lugar y aceptar las limitaciones de este.
- El trabajo realizado como pasante fue bastante espinoso, en cuanto a la información obtenida, fue producto de un trabajo de investigación exhaustivo sobre los autores para poder responder a los pocos casos que había podido recolectar.
- En cuanto al acceso de la información se buscó armar el trabajo en base al alcance de la obtención de información. Es decir, el trabajo se realizó en base a la posibilidad del acceso a la misma, no a la elección de un tema.

Pese a las dificultades, el trabajo fue llevado a cabo con las limitaciones que acá se detallan. Sin embargo, si bien la obtención de la información siguió siendo pobre, en el transcurso de la presente práctica, se trabajó de modo respetuoso en las relaciones con las distintas operadoras, para lograr que se revirtiera la situación de incomodidad, posibilitando la emergencia de un ambiente laboral ameno y dentro de un respeto mutuo.

6.3 Perspectiva crítica y aporte personal

En la realización de esta tarea se fueron haciendo visibles algunas limitaciones relacionadas con el trabajo, así como con el carácter de la temática. Por un lado, implicó enfrentarse a una realidad extremadamente compleja, atravesada por diversas variables, realidad que tuvo que ser recortada para cumplir con los objetivos propuestos. Por otra parte, estar presente en distintas entrevistas de admisión y no seguir un caso en particular, y la colaboración restringida, generó una limitación importante y empobreció el desarrollo del trabajo y la posibilidad de un mayor aprendizaje.

En cuanto a lo personal fue muy movilizante la lectura de legajos sobre los distintos casos, el funcionamiento institucional, y ciertos tratos que aparecían naturalizados en el trato proferido a niños y adolescentes.

Así como también reflexioné sobre los mismos, ya que me pregunté si era posible cambiarlos, cuando en realidad estos se repetían de generación en generación. En las entrevistas se pudo pesquisar que el maltrato persistía a pesar del trabajo de las operadoras y el servicio. De este modo, los casos son constantemente cerrados y vueltos a abrir, porque trascienden de hijos a padres, de padres a abuelos, en algunos casos. Por eso es importante repasar, evaluar y plantear nuevas estrategias, como cuando se insiste en mantener los lazos familiares, y en ciertas circunstancias, eso se vuelve iatrogénico. Y lo que tanto se buscó evitar, como la institucionalización del niño, termina sucediendo, a pesar de los esfuerzos y el trabajo de las operadoras, porque hay limitantes que trascienden su propia tarea. Tal vez en algunos casos, sería mejor buscar una familia de tránsito, para el que le niño desnaturalice el maltrato y conozca otra forma de relacionarse, que de algún modo pueda cuestionarse sobre la forma en que había sido cuidado.

Si bien el Protocolo de Procedimientos para la aplicación de medidas de protección de derechos de niñas, niños y adolescentes (2018), enuncia que es importante la formación interdisciplinaria, la flexibilidad y cooperación entre los distintos organismos participantes, se observó otra cosa en la práctica. Cada ámbito, cada organismo cuidaba su nicho de actuación, repartiendo culpas, de modo tal, que esta situación de discrepancia entre dispositivos favorecía la pérdida de la finalidad de la intervención. Tal como lo expresó Foucault (1983), los individuos quedan atrapados en un entramado discursivo institucional y normativo, que los termina por *congelar*, dificultando la restitución de sus derechos y perdiéndose el objetivo que motivo la mediación del servicio y otros organismos públicos.

Desde mi consideración se cree que es necesario capacitar previamente al personal y evaluar su desempeño, para mejorar sus intervenciones, así como también que haya concursos para los puestos de coordinadora y admisoras, ya que en la práctica se observó que es una cuestión meramente de relaciones. Asimismo, sería conveniente hacer evaluaciones de los progresos o no de cada uno de los casos una vez por semana y presentar las intervenciones que se llevan a cabo, para evaluar la eficacia de cada una de ellas.

En la práctica se observó que las reuniones de equipo a veces se banalizaban los problemas del barrio de emergencia, donde la vida de los padres en relación con los niños y adolescentes era más interesante, que la resolución de los casos o la búsqueda de alternativas para resolverlo. Los comentarios que se hacían eran estigmatizantes y no ayudaban a la problemática que sufren estos niños y adolescentes.

Sería por lo tanto importante profesionalizar más el trabajo que se hace en el servicio, ya que, si se lograra establecer una mejora en los tratos para con los niños y adolescentes, se podría evitar una situación de mayor vulnerabilidad y asegurar una integración social de estos sectores sociales marginados. Resulta indispensable fomentar recursos para que las familias puedan generar situaciones que favorezcan el desarrollo sano de estos niños y adolescentes, para que puedan contar con recursos simbólicos, emocionales y afectivos, para constituirse en futuros adultos que puedan ser parte de una sociedad, que se declara como igualitaria.

6.4 Nuevas líneas o problemas de investigación

En cuanto a las líneas de investigación me parecería interesante investigar sobre cuál es la representación social que tiene del servicio en la comunidad donde tiene injerencia, para saber si esa representación es consecuente con el objetivo de garantizar a los niños y jóvenes el ejercicio de sus derechos, o en realidad esa representación es una traba para el fin de constituir a niños y adolescentes en sujetos de derecho.

Otro interrogante que sería interesante indagar es sobre los motivos por los cuales integrantes de la comunidad se niegan a las intervenciones que proponen desde el servicio. Sus resultados los agruparía según la sea la categoría del caso: negligencia, violencia y abuso, de esta manera tendría cubierto el espectro de intervenciones que se hacen para restituir los derechos a menores.

7. Referencias bibliográficas

- Acuña, B., Buffone, I., Fuks, V., Lamponi Tappatá, L., Murano, M., Scarlato, M. A., & Silberman, P. (2012). Control social y relaciones de poder en la interacción equipo de salud-usuario. *Archivos de medicina familiar y general. Argentina*, 9.
- Aguirre, M. V. (2011). Artículo de opinión. *Acta Med Per*, 28(4), 237.
- Antonovsky, A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health promotion international*, 11(1), 11-18.
- Arruabarrena, M. (2011). Maltrato psicológico a los niños, niñas y adolescentes en la familia: definición y valoración de su gravedad. *Psychosocial intervention*, 20(1), 25-44.
- Bacigalupe, M. D. L. A., & Mancini, V. A. (2012). Motivación y aprendizaje: contribuciones de las neurociencias a la fundamentación de las intervenciones educativas. *Didac*, (59), 44-49.
- Barboza-Solís, C., Sáenz-Bonilla, J. P., Fantin, R., Gómez-Duarte, I., & Rojas-Araya, K. (2020). Bases teórico-conceptuales para el análisis de inequidades sociales en salud: una discusión. *Odovtos International Journal of Dental Sciences*, 22(1), 11-21.
- Banda Castro, A. L. & Morales Zamorano, M. A. (2015): Empoderamiento psicológico: un modelo sistémico con componentes individuales y comunitarios. *Revista de Psicología*, 33 (1), p.3-20.
- Briceño-León, R. (2000). Bienestar, salud pública y cambio social. En Briceño León, R., De Souza, M, y Coimbra, C. (Coords.). *Salud y equidad: una mirada desde las ciencias sociales*, p. 15-24.
- Bourdieu, P. (1997). Espíritu de familia. Razones prácticas. Sobre la teoría de la acción, 126-138.
- Camacho, J. G., Moral, E. G., & Gracia, L. J. (2012). Prevención cuaternaria: es posible (y deseable) una asistencia sanitaria menos dañina. *AMF*, 8(6), 312-7.
- Carballeda, A. (2002). *La intervención en lo social: exclusión e integración en los nuevos escenarios sociales*. Buenos Aires: Paidós.
- Carballeda, A. (2008). La Intervención en lo Social y las Problemáticas Sociales Complejas: los escenarios actuales del Trabajo Social. *Revista Margen*, 48.

- Castro Gómez, S. (2015). Historia de la gubernamentalidad I: *Razón de Estado, liberalismo y neoliberalismo en Michel Foucault* (Vol. 2). Siglo del Hombre Editores.
- Castro-Gómez, S. (2010). Siglo XVIII: el nacimiento de la biopolítica. *Tabula Rasa*, (12), 31-45.
- Colimon, K. (2010). Niveles de prevención. *Archivos de Medicina*. Recuperado: <http://issuu.com/viejo03/docs/nameb7c044>
- Elichiry, N. (2009). Escuela y aprendizajes. Buenos Aires: Manantial.
- Evangelista Martínez, E. (2019). Trabajo Social contemporáneo: aproximaciones y proyecciones. *Revista Universidad Nacional de México*, (20), 7-36.
- Fandiño, D. (1990). Trabajo en equipo: su aplicación según enfoques. Programas de Atención Integral. San José, Costa Rica: CCSS.
- Fernández Sedano, I., Morales Domínguez, J. F. & Molero, F. (2012). Psicología de la Intervención Comunitaria. Barcelona: Descleé de Browner.
- Foucault, Michel (1983). "El nacimiento de la clínica". Editorial Siglo XXI. México.
- Giavedoni, J. (2012). Gobernando la Pobreza. La energía como dispositivo de gestión de los sectores populares. Rosario. Argentina.
- Gofin, J., & Gofin, R. (2012). *Salud comunitaria global: principios, métodos y programas en el mundo*. Elsevier España.
- Henao-Villa, C. F., Arango, D. A. G., Mesa, E. D. A., González-García, A., Bracho-Aconcha, R., Solorzano-Movilla, J. G., & Lopez, A. P. A. (2017). Multidisciplinariedad, interdisciplinariedad y transdisciplinariedad en la formación para la investigación en ingeniería. *Revista Lasallista de investigación*, 14(1), 179-197.
- International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect (1999). *Definition of CAN*. Accesible en: <http://www.ispcan.org/CAN-facts/definition.html>
- Lalonde, M. (1974). Una nueva perspectiva sobre la salud de los canadienses. *Ottawa: Ministerio de Suministros y Servicios de Canadá*.
- Lalonde, M. (1978). El pensamiento de Canada respecto de las estrategias epidemiológicas en salud. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP)*; 84 (3), mar. 1978.
- Ley 26.061: Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes Ley Sancionada: septiembre 28 de 2005. Promulgada de Hecho: octubre 21 de 2005. Buenos Aires.

- Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657. Decreto reglamentario 603/2013.
- López Sánchez, R. (2000). La crisis de paradigmas en la historia, las nuevas tendencias historiográficas y la construcción de nuevos paradigmas en la investigación histórica. *Espacio abierto*, 9 (3), 391-414.
- Martínez, M. (2006). La investigación cualitativa (síntesis conceptual). *Revista IIPSI*, 9, 123-146.
- Material producido por el Área de Docencia de la Sociedad Argentina de Cardiología (2017). Factores determinantes de la salud, p. 1-8.
- Mattar Yunes, M.A. & Carvalho Juliano, M.C. (2015). La importancia de las redes de apoyo en la promoción de la salud y resiliencia comunitaria. En Saforcada, E., Castellá, J. & Sarriera, J. A. (Eds.), *Salud comunitaria desde la perspectiva de sus protagonistas: la comunidad*, pp. 213-228. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Nuevos Tiempos.
- Ministerio de Salud y Desarrollo Social (2018), *Protocolo de procedimientos para la aplicación de medidas de protección de derechos de niñas, niños y adolescentes*. Presidencia de la Nación Argentina: Resol 2018-598 APN-SENAF#MDS.
- Menendez, Eduardo L., "Modelo de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas"; *Ciencia y saúde colectiva*. Vol. 8, N°1, p.185- 207. Año 2003.
- Minuchin, S. & Fishman, H.CH (1985). *Técnicas de terapia familiar*. Barcelona: Paidós.
- Moreno Alcántara, G. (2012). La definición de salud de la Organización Mundial de la salud y la interdisciplinariedad. *Revista Universitaria de Investigación. Universidad de los Andes*, 9(1).
- Montero, M. (1984). La psicología comunitaria: orígenes, principios y fundamentos teóricos. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 16 (3), 387-400.
- Muñoz, F., López-Acuña, D., Halverson, P., Macedo, C. G. D., Hanna, W., Larrieu, M., & Zeballos, J. L. (2000). Las funciones esenciales de la salud pública: un tema emergente en las reformas del sector de la salud. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 8, 126-134.
- Musitu, G. & Buelga, S. (2004) Desarrollo Comunitario y Potenciación. En G. Musitu, J. Herrero, L.Cantera y M. Montenegro (Eds.), *Introducción a la Psicología Comunitaria*, (pp. 167-195). Barcelona: UOC
- Naciones Unidas (2006). *Manual sobre programas de justicia restaurativa. Serie de manuales sobre justicia penal*. Nueva York.

- Navarro, J. (2017). Definición de Multidisciplinariedad. Recuperado en:
<https://www.definicionabc.com/ciencia/multidisciplinariedad.php>
- OMS (1986). Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. Recuperado en:
<https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/Carta-de-ottawa-para-la-apromocion-de-la-salud-1986-SP.pdf>.
- OMS (2005). Determinantes Sociales de Salud. Recuperado en:
https://www.who.int/social_determinants/es/
- Organización Mundial de la Salud. (2010) Un marco conceptual para la acción sobre los determinantes sociales de la salud. Recuperado en:
https://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/es/
- Pasarín, M. I., Forcada, C., Montaner, I., De Peray, J. L., & Gofin, J. (2010). Salud comunitaria: una integración de las competencias de atención primaria y de salud pública. Informe SESPAS 2010. *Gaceta Sanitaria*, 24, 23-27.
- Pimentel González, J. P., & Correal Muñoz, C. A. (2015). Reflexiones sobre el concepto de salud comunitaria y consideraciones para su aplicación. *Salud Uninorte*, 31(2).
- Portillo, A. G., & Arroyo, G. J. (2013). La intervención social: una mirada desde esquemas de complejidad. In *Complejidad y ciencias sociales* (pp. 263-293). Universidad Internacional de Andalucía.
- Ritzer, G. (2002). *Teoría sociológica clásica*. Madrid: Mc Graw Hill, Quinta Edición.
- Rivera de Ramones, E. (2019). Camino salutogénico: estilos de vida saludable. *Revista Digital de Postgrado*, 8(1).
- Sánchez, C. (2008). La familia: concepto, cambios y nuevos modelos. *Revista la Revue du REDIF*, 2(1), 15-22.
- Saforcada, E. (2006). *Psicología Sanitaria: análisis crítico de los sistemas de atención de salud*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Saforcada, E. (2012). Psicología sanitaria: historia, fundamentos y perspectivas. *Psiencia: Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, 4 (2), 120-130.
- Saforcada, E. (2012). Salud comunitaria, gestión de salud positiva y determinantes sociales de la salud y la enfermedad. *Aletheia*, (37).
- Saforcada, E. (2014). Política, salud y procesos de liberación. *Revista It Salud comunitaria y Sociedad*, 3 (3), 55-74.

- Scotney, D. E., Prilleltensky, O., McKenzie, A., Prilleltensky, I., Nogueras, D., Huggins, C. & Mescia, N. (2019). Cambio organizacional para el bienestar de la comunidad. En Saforcada, E. (Ed.) (en imprenta). Enfoques de salud comunitaria basados en la comunidad (título tentativo). Buenos Aires, Argentina: Editorial Paidós.
- Talcott, P. (2013). *El sistema social*. Inglaterra: Ed. Routledge.
- Vignolo, J., Vacarezza, M., Álvarez, C., & Sosa, A. (2011). Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Archivos de Medicina interna*, 33(1), 7-11.
- Jelin, E. (1994). "Familia, crisis y después". En: Wainerman, C. (compiladora). Vivir en familia. Buenos Aires, Argentina: Editorial Losada.