



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CÓRDOBA  
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES  
LICENCIATURA EN TRABAJO SOCIAL

DIFERENTES EN SU VUELO,  
IGUALES EN SU DERECHO A VOLAR

NIÑOS Y NIÑAS  
CON PADECIMIENTO SUBJETIVO:  
REPRESENTACIONES ESTIGMATIZADORAS

AUTORAS:  
MARÍA SOL CASAS CASTRO  
LUCRECIA CASTELLANO  
MARÍA LOURDES SENIA

TUTORES:  
LIC. PAOLA GARCÍA ELETTORE  
LIC. ANA ANDRADA  
LIC. SILVIA DE DIOS

CÓRDOBA, 2018

## Índice

-Agradecimientos .....	2
-Introducción.....	3
-Desarrollo:	
<b>Capítulo I:</b>	
1.1 Reformas y Contrarreformas:	
Proceso de constitución del campo de Salud Mental y niñez .....	6
1.2 Marco referencial y normativo.....	22
1.2.1 Salud Mental y Niñez: una interrelación necesaria.....	28
<b>Capítulo II:</b>	
2.1 Centro Integral Infanto Juvenil .....	33
2.1.1 Problemáticas de abordaje .....	37
2.1.2 El Trabajador Social .....	40
2.1.3 Dispositivos de abordaje .....	44
2.2 Descubriendo otro mundo posible:	
Taller de niños y niñas .....	46
2.3 Empoderar para transformar: Taller de mujeres .....	50
2.4 Los niños, niñas que asisten al CIJ y sus familias .....	52
<b>Capítulo III:</b>	
3.1 Saber oír y comprender para construir .....	63
3.2 Estrategia de intervención.....	74
3.3 Del diseño a la acción .....	77
3.3.1 Jornada de Talleres lúdicos .....	79
3.3.2 Documento de Sistematización de recepciones .....	85
3.4 Evaluación de la experiencia de intervención.....	88
-Reflexiones Finales.....	98
-Bibliografía.....	102
-Anexo.....	105

## Agradecimientos

Queremos agradecer a nuestras familias, por el apoyo brindado durante todo nuestro proceso de formación académica y a aquellos que nos están acompañando desde otro plano; siendo un sostén fundamental para que hoy podamos estar cumpliendo una de las metas más importantes de nuestras vidas.

A la Universidad pública y a nuestras profesoras referentes, por el aprendizaje constante y el conocimiento construido, aportando a nuestro crecimiento profesional día a día.

Al Centro Integral Infanto Juvenil, por abrirnos sus puertas y permitirnos llevar a cabo nuestra experiencia de forma grata y autónoma.

Y principalmente a los niños y niñas, que nos permitieron acercarnos, escucharlos, conocerlos, jugar con ellos y descubrir ese otro mundo posible desde su mirada.

*“Cada persona brilla con luz propia entre todas las demás. No hay dos fuegos iguales. Hay fuegos grandes y fuegos chicos y fuegos de todos los colores. Hay gente de fuego sereno, que ni se entera del viento, y gente de fuego loco que llena el aire de chispas. Algunos fuegos, fuegos bobos, no alumbran ni queman; pero otros arden la vida con tantas ganas que no se puede mirarlos sin parpadear, y quien se acerca, se enciende”.*

*Eduardo Galeano*

*“Poneme un rótulo y te mostrare como soy,  
llamame por mi nombre y te diré quién soy...”*

*Anónimo.*

## **Introducción**

El presente escrito es el resultado de la práctica pre profesional y el proceso de intervención desarrollado por el equipo en el Centro Integral Infanto Juvenil (CIJ) durante el año 2017, constituyéndose en nuestra Tesina de Grado de la Licenciatura en Trabajo Social de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad Nacional de Córdoba.

Dicho proceso comenzó con el cursado del Seminario de Diseño de Estrategias de Intervención, donde logramos explicitar nuestro objeto de análisis: Salud Mental y Niñez. Siguiendo a Coraggio (2003), el objeto de análisis es aquel objeto de intervención ampliado, cuya definición implica delimitar el sector de la realidad que será objeto de la posterior intervención, el tipo de relaciones o de fenómenos sociales, los actores sociales insertos, las problemáticas, los objetivos deseados y los tipos de intervenciones que se consideran posibles. Elegimos este campo de estudio, motivadas por la inquietud de conocer de qué manera interviene el Trabajo Social en el campo de la Salud Mental y Niñez. Comprendemos las problemáticas de Salud Mental como expresiones de la Cuestión Social.

En los últimos años, han comenzado a ganar lugar en la agenda pública, movimientos sociales organizados manifestándose críticamente en relación a la Salud Mental y sus modos de abordaje, debido a la incapacidad de resolución de la problemática por parte de instituciones tradicionales del sistema médico hegemónico. Esta crítica social a medida que se fue formalizando y adquiriendo mayor visibilidad, comenzó a materializarse en procesos concretos como el reconocimiento de los derechos de las personas con padecimiento subjetivo plasmado en las nuevas normativas de Salud Mental (Ley Nacional N° 26.657 y Ley Provincial N° 9848) y la desmanicomialización, situación que permite pensar a la Salud Mental desde un paradigma histórico crítico social. Estos hechos nos motivaron a indagar sobre los tratamientos, programas y/o respuestas estatales que existen en relación a la Salud Mental de los niños/as específicamente.

Nuestras reflexiones se estructuran de manera tal que le permite al lector involucrarse de forma activa en nuestro proceso, ya que los capítulos, se ordenan a partir de una reconstrucción temporo-espacial del proceso de intervención en el campo de la Salud Mental y Niñez. En el primer capítulo, realizamos un recorrido sociohistórico sobre el proceso de constitución del campo de la Salud Mental y Niñez, sus respectivos abordajes, marcos normativos, y expresamos nuestros posicionamientos sociales.

En el segundo capítulo, presentamos el Centro Integral Infanto Juvenil (Institución pública estatal de Salud Mental), escenario de nuestra intervención y sus dispositivos de abordaje. Dicho apartado está acompañado de un análisis en profundidad de la institución y con la respectiva caracterización de los actores que la conforman, como de los sujetos de nuestra intervención.

En el tercer capítulo, explicitamos teórica y prácticamente el objeto de nuestra intervención, a partir del cual abordamos las representaciones y prácticas estigmatizadoras de las redes sociales y su incidencia en la vida cotidiana de los niños y niñas con padecimiento subjetivo. Luego, desarrollamos las estrategias y el plan de trabajo, teniendo en cuenta las condiciones de viabilidad para su propuesta. Al finalizar este capítulo, aludimos al análisis sobre nuestra experiencia de intervención.

Por último, destinamos un apartado con las reflexiones finales a las que arribamos como equipo, planteando nuevos interrogantes y desafíos sin pretender cerrar ni concluir con certidumbres, sino por el contrario, abrir un espacio para debatir, construir, y re preguntarnos sobre las diversas realidades que viven cotidianamente los niños y niñas con padecimiento subjetivo.

Tenemos la convicción de que llevamos a cabo un proceso de aprendizaje e intercambio mutuo de saberes, que nos permitió un crecimiento no sólo grupal sino también personal, y nos permitió un adentramiento con el campo de intervención, al cual, como futuras profesionales, pretendemos insertarnos. Los invitamos a descubrir nuestra experiencia y los aprendizajes construidos en ella.

# CAPÍTULO I



*“Hay 10 mil maneras de cuidar a la vida, y de pertenecer a una época.  
Hay 10 mil maneras de pertenecer a la vida y de luchar en una época”*

*Antonin Artaud*

### **1.1 Reformas y Contra-reformas: Proceso de constitución del campo de Salud Mental y Niñez**

A lo largo de la historia, la sociedad se ha visto marcada por diferentes transformaciones tanto sociales, culturales, como políticas y económicas, que han llevado a la aparición de nuevas manifestaciones de la denominada “Cuestión Social”. En cada período histórico ésta adquiere un sentido diferente según las modalidades de respuesta que las sociedades generan.

Según Grassi (2003), la Cuestión Social no se presenta como tal, sino que se particulariza en problemas sociales. Los llamados problemas sociales surgen cuando se instala la Cuestión Social en la esfera pública y es legitimada por la acción social del Estado.

De esta manera, analizar la sociedad en un contexto particular, nos permite pensar la intervención, delimitar y definir el campo problemático. La Salud Mental y Niñez se constituye en un campo problemático particular, área de intervención para disciplinas como el Trabajo Social.

“Las manifestaciones de la Cuestión Social son las coordinadas que estructuran el campo problemático. Entendemos la intervención como campo problemático, en la medida que se constituye en el escenario cotidiano donde se objetivan las manifestaciones de la cuestión social y que reconfiguran el mundo social de los sujetos”. (Rozas, 2010, p. 43)

Al constituirse en cuestión de Estado, la Cuestión Social se traduce en Políticas Sociales, las cuales mediante planes y programas buscan modos de afrontarla. Las Políticas Sociales son aquellas “intervenciones sociales del Estado que producen y moldean directamente las condiciones de vida y de reproducción de la vida de distintos sectores y grupos sociales y objetivan esta acción en mecanismos que operan en el momento de la distribución secundaria del ingreso”. (Danani, 2009, p. 32).

La Cuestión social y las políticas sociales constituyen la base argumentativa de la formación y la intervención profesional, constituyen un punto de referencia ineludible para entender la profesión en relación a la realidad.

A partir de esto, nos preguntamos sobre el campo elegido: ¿De qué hablamos cuando hablamos de Salud Mental?, ¿Cuándo se constituyó en una cuestión de Estado?, ¿Cuál fue el tratamiento y/o respuesta hacia los niños/as con padecimiento subjetivo? Para responder a estos interrogantes es necesario ofrecer un recorrido histórico, que nos permita identificar las diferentes concepciones sobre la Salud Mental y los paradigmas que se fueron sucediendo en relación a la niñez, como así también, dar cuenta de su influencia sobre las prácticas estigmatizadoras hacia los sujetos. Consideramos que los antecedentes históricos hacen a la constitución actual del campo.

De acuerdo a Alegret y Urbano (2002), durante la Edad Antigua, la Salud Mental, “locura”, perteneció al universo mágico-religioso. En términos generales, se percibía como una maldición diabólica, no tolerada por la sociedad y de su tratamiento se encargaba un exorcista.

Siguiendo a los autores, en el mundo clásico, nació el concepto de desarrollo integral de la persona (mente- cuerpo) que marcó el desarrollo de la medicina Hipocrática y un interés explícito por la salud infantil. Se intentó someter las manifestaciones de la locura a la razón y el concepto de la “locura” sufrió un cambio radical, de explicación demonológica, la que aún subsiste en algunas prácticas religiosas, a enfermedad. Se considera a los griegos como pioneros en el tratamiento de la enfermedad mental.

La Edad Media, significó un atraso de siglos en cuanto al conocimiento científico, y en relación a la enfermedad mental, retornaron las concepciones demonológicas y sobrenaturales. En lo que respecta a la infancia, “el niño/a era concebido como producto del pecado original, un ser perverso, corrupto que debía ser redimido y corregido mediante disciplina y castigo físico. Sólo se valora al niño/a a partir de los 5 o 6 años como mano de obra”. (Enesco, 2008, p. 1)

En el siglo XVII, retomando a Enesco (2008), tras la revolución industrial, disminuyó la necesidad de mano de obra infantil y surgió el interés por escolarizar



a los niños/as. El resurgimiento de las ideas clásicas, produjo un importante cambio en las concepciones de la naturaleza humana que renovaron el interés por el desarrollo infantil y la educación. Sin embargo, el afianzamiento de la concepción de la “locura” como enfermedad fue intermitente.

Tomando los aportes de Amarante (2009), recién en el siglo XVIII, se desarrollaron las primeras medidas asilares y la escisión del enfermo a su entorno social. La enfermedad mental era considerada un alejamiento voluntario de la razón, que debía “corregirse”, mediante la internación en un hospital, y el uso de severas medidas disciplinarias. Posterior a la Revolución Francesa, el psiquiatra francés, Philippe Pinel, llevó a cabo la primera gran reforma terapéutica, cambiando la lectura general que la sociedad tenía hacia los enfermos mentales, como así también las prácticas institucionales psiquiátricas. Implementó el Tratamiento Moral basado en la hospitalización temprana para la observación científica, y la terapia a través de reeducación y formación moral.

En el siglo XVIII, según Enesco (2008), se produjo el reconocimiento definitivo de la infancia como etapa diferenciada del adulto, los niños/as obtuvieron una mayor atención pero a cambio de ser considerados inferiores. Proliferaron las observaciones de niños/as, cada vez más sistemáticas, realizadas por pedagogos, filósofos y hombres de ciencia, cobrando fuerza la idea de Rousseau “que el niño/a es bueno por naturaleza y que la educación debe adaptarse al nivel de éste”.

Hacia la segunda mitad del siglo XIX, el estudio científico del niño/a adquirió relevancia. Comenzaron a plantearse una serie de problemas prácticos en torno a la crianza y educación, entre otros, se planteó la necesidad de identificar a niños/as con desarrollo “normal” distinguiéndolos de los “retrasados”. En esta época, la enfermedad mental comenzó a ser analizada y tratada desde el campo de la Medicina, comenzó la formación profesional en la especialidad de psiquiatría, se clasificaron las enfermedades y se implementó la medicación; métodos que continuaron hacia el siglo XX y que prevalecen hasta nuestros días. (Alegret y Urbano, 2002).

Para centrar la problemática en Argentina, siguiendo a Rossi (2013), durante el periodo virreinal, la atención a la niñez “abandonada y huérfana”, se daba a

través de instituciones como asilos y orfanatos a cargo de órdenes religiosas y del cabildo.

En el siglo XIX, de acuerdo al autor, la protección a la niñez “pobre/carente y desvalida” era abordada por entidades de la sociedad civil, ya sea, en su variante laica o religiosa, cuyas funciones eran la contención, la educación, la corrección y disciplina. Éstas últimas, se afianzaron principalmente en la Sociedad de Beneficencia, creada en 1823, encargada de administrar e inspeccionar cárceles, colegios de huérfanos, de niñas, casas de expósitos y todo establecimiento público en beneficio del género femenino. La protección de los niños/as abandonados como asunto de preocupación pública estatal, sólo aparecía esporádicamente en relación con políticas sanitarias o educativas.

Tomando los aportes de los autores Acuña y Chudnovsky (2002), el Estado Nacional Argentino recién consolidado agroexportador pretendía cubrir las expectativas de crecimiento económico y desarrollo social, sin embargo, con las inmigraciones, entre 1880 y 1930, el proceso de modernización e industrialización, trajo aparejado en la población hacinamiento, pobreza y enfermedades contagiosas, superando las posibilidades de dar respuesta por parte del Estado. Las políticas impartidas por éste en relación a los sujetos que constituyeron la corriente migratoria, y las desprotecciones en la salud y asistencia social, arrastraron a cientos de niños/as a la calle, considerados “potencialmente peligrosos”, puesto que no existían instituciones formales para contenerlos.

El Estado comenzó a desplegar una serie de dispositivos fundamentales de reproducción y control ideológico: la educación y la asistencia. Se crearon instituciones laicas bajo control médico hospitalario, como asilos y colonias. El tratamiento terapéutico, no diferenciaba entre niños/as y adultos. La función del Estado sobre la salud era subsidiaria, descentralizada, se limitaba a la formación de recursos humanos y a cuidar la higiene pública de la población. En este contexto, se inició la asistencia social como estrategia de enfrentamiento a la Cuestión Social, desde una perspectiva filantrópica e higienista. Surgió el denominado “movimiento médico higienista”, constituido por profesionales de la salud, intelectuales y políticos. La Salud considerada hegemónicamente como ausencia de enfermedad, cuestión individual de responsabilidad y objeto de

caridad, fue abordada por las mutuales, la sociedad civil y representada por el Departamento Nacional de Higiene (Acuña y Chudnovsky, 2002).

El Trabajo Social implicaba más una vocación que una profesión, basada en una intervención moralizadora. Según Perrone (2007), las configuraciones que adopta el sector Salud son resultado del juego interactivo entre la Sociedad Civil y el Estado con la mediación del sistema político, que canaliza las expectativas y demandas de la primera, haciéndolas objeto de decisión para encontrar respuestas en los órganos de Gobierno. No se trata de una estructura rígida, sino cambiante con los tiempos y los contextos.

Retomando a Narvalaz (2011), en el siglo XX en Argentina, comenzaron a desarrollarse las primeras reformas psiquiátricas, surgió el concepto de la Salud Mental y se pusieron en práctica las ideologías del psiquiatra Pinel. Una herramienta fundamental de control social que se desplegó desde el Estado fue la Ley Luis Agote N° 10.903 de Patronato de Menores sancionada en 1919, bajo la cual los niños/as eran considerados “objetos de tutela”, cuyos comportamientos necesitaban corrección, cuidado y protección por parte de los adultos. La ley identificaba a la infancia con dos términos: "menores" y “niño/as”. Reconocía a los primeros como vulnerables, con connotaciones de capacidad disminuida, de “sub-ciudadano”, huérfanos o provenientes de familias en situación de marginalidad, objetos de abordaje por parte de la justicia. Jueces con función paternalista abarcaban el tratamiento de las causas asistenciales y penales, no pudiendo diferenciar, a un niño/a abandonado/ maltratado, respecto del autor de delitos y en consecuencia, el tratamiento adecuado. En cambio, los “niños/as” eran identificados como los sujetos escolarizados, provenientes de familias con alto poder adquisitivo. Asimismo, los niños/as con “enfermedades mentales” también caían en este disciplinamiento con la clasificación de “idiotismo” evaluados desde el ámbito educativo. La escuela asumía la tarea de homogeneizar, educando en valores, normas y un código común; rol ejecutado de manera directa por las nuevas clases dominantes, promoviendo valores “civilizatorios” de la modernidad.

Recién desde 1916, la higiene mental abrió paso al tratamiento psicopatológico de la infancia y aparecieron los primeros neuropsiquiátricos infantiles que forjaron

los criterios de higiene mental infantil. Durante la década del '30, se institucionalizó la higiene mental infantil escolar y psicopatológica, hecho que marca el inicio de la formalización de la educación especial. Argentina posee la primera cátedra en el mundo de Psiquiatría Infantil creada en 1920.

En 1929, se conformó la “Liga Argentina de Higiene Mental” creada por médicos higienistas, que reclamaban la intervención del Estado para la atención de la Salud Mental. Se comenzaron a crear instituciones diferenciadas de acuerdo a la recuperación de los pacientes y en la asistencia de enfermos mentales, se podían distinguir tres modelos de instituciones: hospitalarias abiertas, cerradas e instituciones asilares (sin asistencia médica). En cuanto a la acción preventiva, se dispusieron los primeros consultorios externos de psiquiatría en hospitales generales para pacientes ambulatorios. (Narvalaz, 2011)

El psiquiatra y médico higienista Cabred, llevó adelante la creación de establecimientos psiquiátricos en todo el país con un sistema de puertas abiertas (colonias). Las colonias se crearon con el fin de superar el hacinamiento y la sobrepoblación de los Hospitales de la Ciudad de Buenos Aires, eran autónomas y se auto abastecían. Mediante un tratamiento moral, se buscaba que los sujetos re aprendieran las normas de la vida social para su curación y rehabilitación.

Desde mediados del siglo XX, se impuso una nueva perspectiva de salud. Según la constitución de la Organización Mundial de la Salud (1946), la salud es definida como “el estado de completo bienestar físico, psíquico y social” y no sólo la ausencia de enfermedad. Al centrarse en el concepto de bienestar, se veía a la salud “como el resultado de la satisfacción plena de las necesidades primarias del ser humano”.

Conforme a Acuña y Chudnovsky (2002), con el advenimiento del Estado de Bienestar y la asunción a la presidencia de Perón en el año 1946, el Estado comenzó a intervenir de manera activa, a ser garante de Derechos Sociales y se diseñaron políticas exclusivamente destinadas a la satisfacción de las necesidades de la población, lo que dió lugar a la expansión estatal de la cobertura sanitaria, a la nacionalización de establecimientos públicos, a la construcción de nuevos hospitales con acceso universal y a la generación de programas de salud dirigidos

a problemáticas específicas y además se creó la Secretaría de Salud Pública. Se comenzó a hablar de Políticas de Salud Mental, se re organizaron establecimientos de internación de enfermos mentales y se pretendió transformar al “manicomio” en un hospital general. La tarea principal del Ministro de Salud, consistió en transformar los hospitales monovalentes en polivalentes. Según Amico (2005), se empezó a considerar que la internación prolongada no era la mejor opción terapéutica, lejos de rehabilitar, provocaba el fenómeno de la institucionalización y estigmatización de los enfermos.

En lo referente a la acción social, desde el Estado se creó la “Fundación Eva Perón” que funcionó nueve años desde 1946 y sustituyó a la sociedad de beneficencia, generando en el campo de la profesión una expansión dada por la posibilidad de intervención en estos espacios, donde el Trabajador Social se convierte en técnico para la superación del subdesarrollo, desde una teoría estructural-funcionalista.

Grassi (1989), sostiene que la institucionalización de la filantropía y la asunción por parte del Estado de la dirección de los procesos de intervención y control sobre los “problemas sociales”, fue lo que finalmente culminó en la profesionalización de agentes asalariados especializados en la atención de la problemática social, como los Trabajadores Sociales.

Continuando el recorrido histórico, en el año 1955, con la “Revolución Libertadora” y el derrocamiento del gobierno constitucional de Perón, irrumpió una Dictadura cívico militar que produjo gran inestabilidad política y económica. Como resultado, el campo de la Salud se deterioró y se limitaron las posibilidades de reformas de tipo universal. La impronta autoritaria tuvo consecuencias de gran impacto sobre las orientaciones preventivas y terapéuticas en salud. Se produjeron cambios regresivos, traducándose en descentralización y desburocratización, se delegaron responsabilidades al ámbito privado y a las corporaciones sindicales y gremiales, llevando así, a que el hospital público se re convirtiera en un lugar para pobres y desafiados (Acuña y Chudnovsky, 2002).

Retomando a Narvalaz (2011), en el año 1957, se creó el Instituto Nacional de Salud Mental y surgieron las primeras formas de oficialización de las políticas de

este campo, debiendo cumplir los postulados de descentralización en el área de la asistencia y prevención psiquiátrica. Este periodo histórico estuvo atravesado por cambios sustanciales que iniciaron el pasaje de la psiquiatría a las políticas en salud mental. En la historia de la psiquiatría argentina, Buenos Aires es reconocida como el principal escenario y se ubica en continuidad según su importancia la ciudad de Córdoba. Recién en el año 1968, se creó el primer Hospital Psiquiátrico Infanto Juvenil de Argentina en Buenos Aires.

Según Siede (2014), en el campo del Trabajo Social, en la década del '60, surgieron reflexiones profesionales influenciadas por la conjunción de categorías marxistas con el ideario peronista, que cuestionaban el conservadurismo vigente de forma hegemónica en la profesión. En la década siguiente, se generó al interior de la profesión un espacio propicio para una revisión crítica de sus fundamentos, justificaciones y perspectivas teóricas, dando lugar a lo que se llamó “Movimiento de la re conceptualización”. Además, se introdujo el estudio de caso, grupo y comunidad como modelo de abordaje.

Siguiendo a Acuña y Chudnovsky (2002), con la vuelta del Peronismo al poder en 1973, si bien el modelo manicomializador continuó siendo la respuesta frente a la problemática de la Salud Mental, las prácticas de la institución psiquiátrica hegemónica empezaron a ser cuestionadas buscando una nueva modalidad de tratamiento para los enfermos. De esta manera, se comenzó un proceso de reformas en las políticas de Salud y de Salud mental en particular y surgió el proyecto de “Sistema Integrado de Salud” que significó el intento más radical de unificación e integración. No obstante, fue cancelado drásticamente en 1976 por el nuevo gobierno militar que asumió e impuso la doctrina de Seguridad Nacional para instrumentar una Reorganización Nacional. Bajo los lineamientos del modelo de Estado Neoliberal implementado, la política económica se erosionó lentamente, se produjo un desmantelamiento de los servicios sociales de Salud en manos del Estado y se los traspasó a la actividad privada, en consecuencia se descentralizaron los hospitales.

En relación a la Salud Mental, se produjo un freno para las reformas psiquiátricas anti manicomiales, coherentemente, no podríamos hablar de reformas psiquiátricas desde el año 1976 hasta el año 1983.

En cuanto a la profesión de Trabajo Social, la dictadura militar llevó a un silenciamiento del debate en torno al Movimiento de la reconceptualización, permitiendo el fortalecimiento de la tendencia más conservadora, centrada en los parámetros de actualización operativo instrumental. (Siede, 2014)

Tras 7 años de dictadura en Argentina, se promulgó la primera Ley Nacional de Salud Mental N° 22.914 en 1983, en concordancia con el paradigma médico hegemónico manicomializador, en la cual predominaba la hegemonía médica y la presunción de peligrosidad del enfermo mental.

Siguiendo a Siede (2014), junto con el retorno de la democracia en Argentina, en la década del '80, llegó montada una reivindicación de los Derechos Humanos, en el que la profesión de Trabajo Social encontró parámetros de re articulación del debate profesional. Nuevamente la dimensión ético política re articuló las tendencias del debate.

Con el movimiento desmanicomializador, se reconocieron los Derechos de los pacientes en las instituciones psiquiátricas y se abrió camino a nuevas experiencias, como es el caso de los modelos abiertos y comunitarios que se generaron en las provincias de Río Negro, Córdoba y Buenos Aires. Se produjeron avances en el Sistema de Salud Mental, aunque no se consiguió cerrar la totalidad de instituciones manicomiales hasta el día de hoy. (Amico, 2002)

Retomando a Acuña y Chudnovsky (2002), entre los años 1984 y 1989, entre las estrategias generales principales que se plantearon para la Salud Mental, se incluyeron la integración de las políticas en Salud Mental con las políticas generales de salud; la ampliación de la cobertura incluyendo acciones de promoción y prevención; la participación de usuarios y prestadores en la definición de necesidades; el desplazamiento del eje centrado en el modelo Hospital-Enfermedad hacia el modelo Comunidad-Salud y el incremento de presupuestos para ello; la transformación de los grandes Hospitales Psiquiátricos y desaliento de los institutos privados, entre otras.

Estos cambios generaron un nuevo foco desde donde abordar las problemáticas de salud, centrados en comprender los sufrimientos mentales del individuo en el conjunto de sus relaciones sociales. La Salud Mental dejó de ser un espacio

exclusivo de los médicos para darle el lugar a un abordaje de tipo interdisciplinario, interprofesional, interinstitucional e intersectorial. La intersectorialidad emerge hacia mediados de los 90', "como una preocupación de "racionalidad administrativa", resultante de la caótica expansión de programas focalizados en la pobreza; más recientemente, comienza a cobrar fuerza el argumento de que es necesaria no sólo por su eficiencia, sino porque los problemas sociales aparecen cada vez más como multidimensionales, lo que acarrea además, la necesidad de enfoques e intervenciones más integrales." (Repetto, 2009, p.170).

El neoliberalismo y la reestructuración económica de los '90, según Repetto, (2009), representó un proyecto de privatización de la vida y significó un proyecto global de organización de la sociedad, implicando un saldo negativo. En este período, el Estado intervino de manera mínima y asistencial y se desfinanció y descentralizó, una vez más, el sistema de salud. La descentralización estuvo guiada por la preocupación casi exclusiva del gobierno nacional por el ajuste estructural y la apertura de los mercados.

Las políticas neoliberales, indicaron un traslado de la responsabilidad estatal de la atención a la cuestión social, al campo de lo privado. Se vació el concepto de Derecho en Salud y se lo revistió a producto del mercado o de la filantropía. La Salud Mental no escapó de esta situación, como efecto los desarrollos logrados fueron interrumpidos y se incrementaron daños poblacionales. En el marco de la consolidación de sectores signados por la exclusión, a partir de la profundización de los procesos de fragmentación social, se produjo un deterioro gradual en la ejecución de políticas públicas en el campo de Salud en general y de la Salud mental en particular. (Acuña y Chudnovsky, 2002)

En el Trabajo Social, aún manteniendo el enunciado global de principios ético-políticos reivindicativos de derechos humanos, sociales y políticos, el debate profesional fue centralizándose cada vez más en una virtual despolitización de la Cuestión Social y de la intervención profesional, fortaleciéndose los fundamentos tecnocráticos de la profesión. (Siede, 2014)



Según Buriyovich (2014), en el año 1991, la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas, proclamó los Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y el mejoramiento de la atención de la Salud Mental, que conformaron una guía básica a considerar por parte de los Estados adscriptos al modelo universal de Derechos Humanos, con un valor ineludible al tiempo de diseñar la legislación interna de los países o disponer políticas públicas al efecto. Argentina recién se sumó a la corriente de transnacionalización de los Derechos Humanos, en 1994, tras la reforma constitucional.

Hacia fines del siglo XX, el paradigma biopsicosocial definía que “el proceso salud-enfermedad era un fenómeno colectivo, histórico y complejo” y la salud era entendida “como un proceso en permanente tensión y conflicto en la búsqueda de una mejor calidad de vida, condicionada por las potencialidades, capacidades y limitaciones que las personas, las familias y las comunidades evidencian en el manejo de los recursos disponibles.” (Rojas y Ciuffolini, 2005, p.4)

A fines del siglo, con respecto a la niñez, surgió la Doctrina de Protección Integral de los Derechos de las Niños, Niñas y Adolescentes, que rompió cien años del Paradigma anterior de Control Social, producto de multiplicidad de luchas, re significaciones y conquistas sociales y profesionales, incluidas las del Trabajo Social. Los niños/as ya no son considerados como peligrosos e incapaces, sino como sujetos de derecho. Se declaró como objetivo máximo el interés superior del niño/a, otorgándole el derecho a opinión y asociación, tratando de superar el circuito de institucionalización tutelar represivo. El Estado democrático es el garante de los derechos de los niños/as y la comunidad y la familia son co-responsables. Éste debe generar condiciones para que las familias puedan desarrollar prácticas de cuidado y crianza, por lo tanto, se hace necesario políticas de fortalecimiento familiar.

No obstante, el Paradigma de Control Social de la niñez, sigue vigente hasta la actualidad en discursos y prácticas, conviviendo con un sistema de Protección de Derechos aún en construcción, cuyas “lagunas” institucionales en determinadas situaciones, vulneran derechos en vez de garantizarlos. También existen marcos jurídicos sin respuestas suficientes en relación a las políticas públicas. (Acuña y Chudnovsky, 2002)

Retomando a los autores, en 1999, la Asamblea General de la Organización de los Estados Americanos adoptó en la Convención Interamericana la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra las personas con discapacidad, la que entró en vigor para los Estados ratificantes, en setiembre de 2001.

En el año 2001, se produjo una crisis política que derivó en la caída de gobiernos sucesivos y una fuerte recesión económica, que repercutieron en las políticas públicas. El Sistema de Salud se vió afectado por esta situación, hubo una fuerte retracción de la cobertura de las Obras Sociales y del sector privado y el estado se caracterizó por su inoperancia para garantizar derechos sociales.

Nuevas formas de padecimiento, ligadas a la caída del ingreso y el empleo, el incremento abrupto de la pobreza, se fueron presentando con una marcada tendencia a naturalizarlas. Estas cuestiones comenzaron a interpelar a las prácticas y a las instituciones que intervenían en el campo de la Salud Mental. Así, la denominada Cuestión Social, generó nuevos interrogantes, que iban desde las formas de intervención, hasta la necesidad de nuevos diálogos con los marcos teóricos que las sustentan. (Carballeda, 2012)

Paulatinamente, comienza a reaparecer en la agenda profesional del Trabajo Social, la discusión de la dimensión ético-política de la intervención y su relación con los debates instalados en la sociedad, reflejando una politización de las discusiones en la búsqueda de una respuesta articulada en términos de construcción de un proyecto profesional. (Siede, 2014)

Siguiendo a Galli (2014), si bien desde los principios de la Salud Mental se denunciaba y luchaba contra la segregación y la violencia ejercida sobre los “locos”, es simultáneamente con el incremento mundial y nacional de las luchas por esos derechos, que se comienza a visibilizar las problemáticas del sufrimiento mental y sus maneras culturales de trato inhumano como un problema que necesariamente debe ser visibilizado como violación a derechos de la persona.

A partir del año 2003, de acuerdo al autor, con los gobiernos de Kirchner, se instaló el Estado como un actor responsable de las políticas públicas y del bienestar de los ciudadanos. Se promulgaron casi 100 leyes relacionadas a la salud y se intentó dar respuesta a la inestabilidad del sistema con un aumento de la

inversión, un mejoramiento de la infraestructura y el equipamiento de los hospitales y un reconocimiento de los derechos al ciudadano.

Con respecto al marco normativo de niñez, se derogó en el año 2005 la Ley N° 10.903 de Patronato de Menores y se sancionó la Ley N° 26.061 de Protección de los Derechos de los niños/as y adolescentes.

En el año 2006, se adoptó la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (en adelante CDPD). Se hizo evidente que en democracia se había avanzado de manera escasa en la ampliación de los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud mental y se constató el vacío legal existente sobre esta problemática.

A partir de la publicación del informe de investigación de 2007 “Vidas Arrasadas” del Centro de Estudios Legales y Sociales, junto a otras iniciativas nacionales e internacionales acerca de la situación de los hospitales psiquiátricos en la Argentina, la problemática de Salud Mental se instaló en la agenda pública y de gobierno. Además, las políticas de salud mental comenzaron a tener un significativo desarrollo a partir de las jurisprudencias de derechos humanos y sociales. (Observatorio en Salud Mental y Derechos Humanos, 2014)

“En Córdoba, se constituyó la Mesa de Trabajo Permanente en Salud Mental y Derechos Humanos quien y mediante una presentación en la Legislatura, logró que su propuesta alcance el estatuto de proyecto con la firma de todos los bloques allí representados. En el tramo final de la discusión legislativa, en el nivel local, se incorporaron nuevos actores particularmente del sector privado, quienes percibieron que sus intereses particulares o corporativos eran afectados”. (Buriyovich, 2014, p.3)

“El Estado provincial participó a través de la Dirección de Salud Mental en los inicios, luego, tomó distancia con el argumento de que no era necesario avanzar en una norma local en la medida que estaba en marcha la discusión de la Ley Nacional, pero presentó un proyecto de Ley que logró ser aprobado un par de meses antes de la sanción y promulgación de la Ley Nacional. Probablemente motivada por el ahorro presupuestario que esta norma permitía, lo que explicaría la falta de compromiso presupuestario y el fondo de financiamiento a municipios

en la ley provincial, dos aspectos destacados por la Mesa en las diferencias entre el proyecto aprobado y el propio; ambos asuntos clave en los déficits que más adelante habrán de evidenciarse en su implementación”. (Buriyovich, 2014, p.3)

Siguiendo al autor, desde el año 2008, la Dirección de Salud Mental de la Provincia de Córdoba implementó un plan de reforma del sistema. “En octubre de 2010, se sancionaron nuevas leyes de salud mental (Ley Nacional 26.657 y Ley Provincial 9848) que representan un hito central en los procesos de transformación de las políticas y servicios de Salud Mental. La Ley Nacional es la concreción local del marco normativo internacional expresado en la CDPD”.

Recién en el siglo XXI en Argentina, según Barcala y Conde (2015), las problemáticas de Salud mental en la niñez, comenzaron a adquirir verdadera visibilidad en la agenda de gobierno, cuando en el año 2013, se aprobó el Plan Nacional de Salud Mental, en el cual se afirmaba que la red asistencial de servicios no contemplaba la especificidad de la problemática en los niños/as, sólo adultos. Especificaba entre sus objetivos: aumentar la accesibilidad a la atención, promover la conformación de equipos infanto juveniles, generar dispositivos y programas de detección temprana y fortalecer la articulación entre sectores y abordajes integrales. Un año más tarde, la Dirección Nacional de Salud Mental, organizó el primer Foro Nacional Infanto Juvenil, con el objetivo de problematizar la perspectiva territorial y proponer la construcción de redes, como eje principal para la atención de niños/as con padecimiento subjetivo.

A fines del año 2014, las numerosas situaciones que se presentaban sobre la vulnerabilidad y sufrimiento psíquico en los niños/as y la existencia de instituciones que vulneran sus derechos, era señalada por el Órgano de Revisión. Este organismo de control de aplicación de la Ley, constató una creciente disposición de internaciones y medicalizaciones en los niños/as. En el marco de desarrollo progresivo de los derechos humanos, quedó en evidencia la necesidad de transformar el sistema para garantizar la protección de la Salud Mental en la niñez, como una necesidad urgente y para ello las respuestas institucionales debían reformularse y acomodarse. En Córdoba, desde que se sancionó la Ley Provincial, la falta de un compromiso presupuestario específico y la omisión de un Órgano de revisión, corresponden a una decisión política que obstaculiza

transformaciones necesarias en Salud Mental, tendiente a la mayor ampliación de derechos y posibilidad de implementación de los nuevos marcos normativos (Barcala y Conde, 2015).

Según Janin (2012), en los últimos años, ha tomado auge uno de los más poderosos actores del mercado: la industria farmacéutica, de la mano de medios masivos de comunicación social para ejercer presión de diversos modos, atemorizar y difundir recomendaciones sobre medicación. Existe una medicalización de la problemática infantil, con desconocimiento del entorno social, cultural, político y/o económico y del funcionamiento psíquico de los niños/as y sus variaciones posibles, en definitiva, se los diagnostica y psiquiatra tempranamente. Es notable que los niños/as hayan ingresado en poco tiempo al mercado de medicamentos, especialmente psicotrópicos. Lo que ocurre es que no sólo se reduce a una patología cuestiones complejas, sino que se da la “solución” que sirve para acrecentar las ganancias de los laboratorios a costa de los niños/as.

En lo referente al Trabajo Social, los procesos históricos recorridos por la profesión dentro de los procesos históricos recorridos por la sociedad Argentina, dieron cuenta de la necesidad de redireccionar el debate profesional hacia la profundización de la dimensión teórico-metodológica de la intervención, que dé sustento a las definiciones ético-políticas y operativo-instrumentales, en la búsqueda de afirmación de un proyecto profesional que supere la superficialidad de los enunciados político progresistas, y que pueda proponer estrategias que se articulen con proyectos societarios en la construcción de una sociedad más justa. (Siede, 2014)

Según Cohen (2016), desde el año 2015 hasta la actualidad, con el gobierno de Mauricio Macri, se reinstaló el Neoliberalismo y las políticas de achicamiento del Estado. Lamentablemente, la cuestión social no constituye el eje fundamental para este tipo de gobiernos, centrados particularmente en las cuestiones económicas. La expansión del desempleo o de formas precarias o informales de integración al mercado de trabajo, el empobrecimiento de la población y las fragmentación social, son componentes que obstaculizan el acceso de un número creciente de personas a la atención de la salud.

Siguiendo al autor, en lo concerniente a la Salud Mental, numerosos equipos territoriales de distintos programas públicos fueron desmantelados y el director nacional del área, Blake, dejó librado a las autoridades provinciales y municipales la aplicación de las principales medidas contenidas en la Ley de Salud mental y su reglamentación.

A pesar de las nuevas legislaciones, los equipos interdisciplinarios y dispositivos comunitarios o “en territorio” escasos dependientes de programas ministeriales, tuvieron que realizar sus tareas en condiciones de extrema precarización; no se invirtió a nivel nacional, provincial o municipal para la apertura de nuevos servicios de “internación breve” en Salud Mental en hospitales generales o polivalentes, y la mayoría de los dispositivos de reinserción o “rehabilitación” intervinientes en programas públicos fueron contratados o tercerizados, por la administración pública al sector privado o semiprivado. Lejos de acotar el poder hegemónico de las “corporaciones médicas” en el campo de la Salud Mental, se incrementó. (Psicólogos en Frente, 2016, p.1)

Actualmente, según Cohen (2016), existe una gran brecha mundial entre la necesidad de abordaje de la problemática en Salud Mental y su prestación y atención efectiva especializada, debido a las limitaciones que existen en infraestructura de servicios de Salud Mental. A su vez, la demanda de atención es muy alta y existe un reducido número de especialistas y personal de Salud Mental.

Como equipo, podemos dar cuenta concluyendo, que los procesos políticos y sociales que se sucedieron en nuestro país, impactaron fuertemente sobre las miradas y abordajes en el campo de Salud, Salud Mental y Niñez. Las instituciones pertenecientes al sesgo clínico muestran una continuidad en el tiempo y han perdurado, aunque con modificaciones en períodos de participación política ampliada y restringida. Los cambios logrados en las décadas del '50-'60 y '83-'89 en Salud Mental, se desplegaron aún oscilando entre golpes militares y gobiernos democráticos, a partir de políticas estatales y la creación de alternativas institucionales que cuestionaban el orden manicomial y que con resultados sólidos, ejemplificaron y demostraron que era posible otra Salud Mental.

Resulta relevante resaltar la importancia que requiere hoy repensar el campo de acción de los profesionales en relación a las políticas y a las modalidades de intervención en torno a la Salud Mental y Niñez, desde una práctica de investigación social. Investigar desde y para el Trabajo Social para repensar y superar los espacios de trabajo, las políticas presentes allí y las modalidades de acción profesional. (Branca y Fasciolo, 2011).

La Salud Mental y Niñez adquiere central importancia como un campo de intervención medular para la disciplina del Trabajo Social. Dicha área se constituye como una de las expresiones de la Cuestión Social, como problemática social específica donde el Estado requiere intervenir.

El Centro Integral Infanto Juvenil dependiente del Ministerio de Salud Mental Provincial, cristaliza una política social de Salud Mental y Niñez y es una manifestación activa del paradigma desmanicomializador. En la realidad actual de la institución, se puede inferir de qué manera y magnitud las particularidades de la atención a la Salud Mental, se reflejan en los modos de respuestas del sistema de atención, en relación a los marcos legales de protección y derecho de los niños/as.

## **1.2 Marco referencial y normativo**

Ante todo, consideramos oportuno aclarar que nuestra intervención se basó en un posicionamiento teórico, ético y político que construimos y definimos como equipo, lo cual posibilitó un abordaje singular en el Centro Integral Infanto Juvenil. El posicionamiento funciona como un marco regulatorio organizador que nos lleva a actuar de una manera específica

Como equipo nos posicionamos en primera instancia, desde una concepción de Salud Mental como parte constitutiva de la salud integral de las personas. La salud integral es un proceso social dinámico de relativo equilibrio entre la salud y la enfermedad, no se trata de un completo estado de bienestar. Se construye en la medida en que la persona es productora activa de su salud y desarrolla sus propias capacidades. El proceso salud - enfermedad es una construcción socio histórica, se define a partir de las determinaciones estructurales sociopolíticas y culturales que generan una estructura de posibilidades, de accesibilidad, de integración o de exclusión y desintegración al medio social. Las condiciones de vida, las

condiciones laborales y vinculares son constitutivas del proceso de enfermar o constitutivas del ser y estar saludable en el mundo.

El concepto de Salud Mental, hace referencia al estado de equilibrio entre una persona y su entorno social, cultural, político y/o económico; que garantiza su participación laboral, intelectual y de relaciones sociales en la vida cotidiana. Con esto, no sólo queremos decir que la Salud Mental se reduce a la asistencia médica de una patología en particular, sino que es más complejo, es un campo de contradicciones y tensiones que abarca al conjunto de las relaciones del sujeto, su autonomía, y sus derechos como ser humano.

Entendemos así, a la Salud Mental como un campo polisémico, retomando los aportes de Amarante (2009), como un campo de conocimientos y actuación técnica profesional en el ámbito de las Políticas Públicas de Salud, en donde no sólo se debe reducir al estudio y abordaje de problemáticas de Salud Mental, sino también tener en cuenta que los sujetos se encuentran insertos en sociedades, con diversas culturas, ideologías y recursos. Se relaciona con las condiciones de vida, con las posibilidades de desarrollo afectivo, emocional, intelectual, laboral, y con la capacidad de integración al medio social y cultural de los sujetos; siendo una problemática social contextualizada, donde lo social no aparece como una dimensión más, sino como aquella que atraviesa al proceso, debiéndose integrar la trayectoria del sujeto, sus representaciones, motivaciones e intereses y su sentido común.

Siguiendo a Carballeda (2012), observamos que el campo, en este caso de la Salud Mental y niñez, tiene una importante dimensión social, ya que las demandas están atravesadas por una serie de cuestiones ligadas al contexto y a los escenarios donde transcurre la vida cotidiana; en este espacio, es donde el Trabajo Social tiene como objetivo la transformación de la realidad social de los sujetos. En definitiva, es el espacio por excelencia en el cual se manifiestan los problemas sociales.

En segunda instancia, con respecto a la infancia, nos posicionamos desde una perspectiva sociológica. Siguiendo a Gaitán (2006), la infancia es una condición



social que proviene de una construcción cultural, es decir, está socialmente construida. No existe una sólo infancia, sino que existen infancias en plural.

Históricamente en torno al campo de la Salud Mental y Niñez, se han configurado diferentes prácticas, representaciones e intervenciones, estructuradas a partir de determinados marcos normativos. Entendemos a los marcos normativos como todas aquellas legislaciones, normas, convenciones, tratados, que tanto a nivel internacional, nacional, provincial como municipal, regulan, estructuran, y/o configuran nuevas formas de concebir e intervenir en un campo.

En primer lugar, con respecto al marco normativo de la Salud, partimos de la Declaración Universal de los Derechos Humanos (año 1948), a la cual adhiere la Constitución Nacional en su artículo 75 inciso 22, donde se reconoce el Derecho a la Salud como “un nivel de vida adecuado que le asegure a toda persona, (así como a su familia), la salud y el bienestar, y en especial, alimentación, vestimenta, vivienda, asistencia médica y servicios sociales necesarios” (art. N°25).

En lo referente a las normativas de Salud Mental, nos encontramos con el nuevo Código Civil y Comercial de la Nación vigente a partir del año 2015, que ha enmarcado un cambio de paradigma respecto del Código Civil de Vélez Sarsfield de 1869, según el cual, las personas con afecciones en Salud Mental eran declaradas “dementes”, impedidas para dirigir su persona y administrar sus bienes, e incapaces absolutos sin que se atiendan sus condiciones particulares, perdiendo la disponibilidad de la mayoría de sus actos civiles. Se las confinaba a un estado de pasividad y se negaba su voluntad. En cambio, en el nuevo Código Civil, la capacidad general de ejercicio de una persona es presumida aún cuando se encuentre internada en un establecimiento asistencial, pudiendo sólo restringirse para determinados actos específicos delimitados judicialmente, siempre que estime que del ejercicio de su plena capacidad puede resultar un daño a su persona o a sus bienes. El objetivo principal es reconocer a las personas como sujetos de derecho y presentar una comprensión más amplia de las personas con afecciones en Salud Mental. El requisito de reevaluación e interdisciplinariedad representa una mejoría en la calidad de vida de las personas, que evitan el etiquetamiento y la perpetuidad de una persona en un diagnóstico y su

consecuente institucionalización. Como equipo, adherimos considerando a los niños y niñas con padecimiento subjetivo como sujetos de derecho.

El nuevo Código se articula con la nueva Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 aprobada por el Congreso de la Nación en Noviembre del año 2010, sin embargo, fue reglamentada dos años después (dicha Ley se ajusta a la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad). Tiene por objeto asegurar el pleno goce y protección de los Derechos Humanos de las personas con padecimiento mental, las considera como sujetos de derecho (art. N°7), rige para su tratamiento una modalidad de abordaje interdisciplinario a realizarse preferentemente fuera del ámbito hospitalario (art. N°8 y N°9); prohíbe la creación de nuevos manicomios e instituciones de internación y en caso de esta última, se realizará en hospitales generales. En la ley, se establece una asignación de recursos para la creación de servicios y dispositivos alternativos como Hospitales de día, Casas de Medio Camino y Residencias Protegidas. Como política de Derechos Humanos, aporta fundamentalmente el establecimiento de un nuevo régimen de internaciones voluntarias e involuntarias, con plazos y requisitos estrictos.

La Provincia de Córdoba, por su parte, sancionó la Ley N° 9848 de “Protección de la Salud Mental” en el mes de Octubre del año 2010. Esta tiene por objeto garantizar la inclusión social a través de la integración de personas con padecimiento mental en una red de vínculos familiares y comunitarios. Se incluyen además derechos de pacientes de niños/as, adolescentes y adultos y la creación de un Consejo consultivo y un Comité intersectorial.

Ambas leyes representan un importante avance normativo en el marco de los Derechos Humanos. Puede observarse que ha habido una ruptura conceptual en el marco normativo y en las prácticas institucionales con las prácticas o lógicas hegemónicas manicomializadoras que tenían como eje principal la judicialización, el encierro, el aislamiento y la medicalización. Además, se deja de utilizar el término discriminatorio “deficiencia/ retraso mental” y se acuña el de “padecimiento subjetivo”. Con este término se hace referencia a todo proceso de Salud Mental que vulnere, deteriore y condicione a la persona en su cotidianidad.

Los problemas sociales se expresan en “padecimientos” que afectan la Salud Mental y que desde lo singular, articulan las esferas de lo macro y lo micro social.

Comparando la Ley Nacional de Salud Mental con la Provincial, señalamos que la primera reconoce a la Salud Mental como “un proceso determinado por componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona” (Art. N° 3); mientras que la segunda, define a los padecimientos con origen meramente “emocional u orgánico”. Se excluyen y se invisibilizan así, las condiciones de vida como generadoras de salud-enfermedad. Esto da cuenta de los posicionamientos antagónicos que entre los niveles de gobierno nacional y provincial se sostienen, lo que se traduce en políticas públicas contradictorias y superpuestas.

Otro aspecto, es que la Ley Nacional conforme al derecho Internacional y la jurisprudencia dictada al efecto, inauguró un modelo en consonancia con el Principio Pro-Homine, es decir, una mecánica de interpretación en donde siempre ha de primar aquella ley que suponga mayores derechos para las personas afectadas en su Salud Mental, incluso, cuando ello suponga la prevalencia de una sobre otra. (art. N°1). Sin embargo, cuando esto se discute a nivel local, desde referentes judiciales, se aclara que la salud no es una competencia cedida a la Nación, por lo cual, siempre debe primar la Legislación Provincial. La consideración sobre la mayor ampliación de derechos es desestimada a priori por no pertinente, poniendo la discusión en término de jurisdicciones y no de mayores garantías.

Según Huergo (2011), en la Ley Provincial no quedaron establecidos de manera expresa montos ni plazos para la reorientación de recursos de la internación manicomial hacia los servicios locales y estrategias alternativas; mientras que la Ley Nacional en su Artículo 32 establece un plan de financiamiento que incluye plazos y porcentajes.

Además, la participación ciudadana en la Ley Provincial se ve limitada, en cambio, en la Nacional existe una ampliación de los actores que participan en el consejo consultivo.

Con respecto a las normativas de niñez a las cuales adherimos, el Paradigma de Protección Integral de los derechos de niños, niñas y adolescentes, se encuentra materializado actualmente por los instrumentos legales normativos siguientes:

En primer lugar, la Convención Internacional de los Derechos de los niños, niñas y adolescentes, adoptada por la Asamblea General de Naciones Unidas en 1989. Lleva más de veinte años de vigencia y plantea derechos universales para la niñez y la adolescencia sin ningún tipo de distinción. Es reconocida en nuestra Constitución en la reforma de 1994.

En segundo lugar, la Ley Nacional de Protección integral de los Derechos del niño/a y adolescentes N° 26.061, sancionada en el año 2005 y su correlato Provincial, la Ley de Promoción y Protección integral N° 9944 sancionada en el año 2011, que adhieren desde hace siete años (tardíamente<sup>1</sup>) a dicha Convención. La Ley Provincial, además de adherir a los lineamientos nacionales, plantea en el artículo N°7 la implementación de las políticas públicas a través de una gestión asociada entre los distintos niveles del gobierno (nacional, provincial y municipal), así como la articulación de espacios públicos/privados y resalta la promoción de la participación activa de niños/as.

Los derechos reconocidos en ambas leyes, se encuentran sustentados en el principio del “Interés superior del niño/a”. Afirma que los niños/as se constituyen como “sujetos de derecho”, tienen derecho a ser oídos y que su opinión sea tenida en cuenta; se debe respetar su edad, su grado de madurez y capacidad de discernimiento, el pleno desarrollo personal de sus derechos en su medio familiar, social y cultural, y su centro de vida: lugar donde los niños/as y adolescentes hubiesen transcurrido en condiciones legítimas la mayor parte de su existencia para el pleno desarrollo personal (art. N° 3).

---

<sup>1</sup> En lo referido a niños/as en conflicto con la Ley, in embargo, se mantiene lo estipulado en la Ley anterior bajo el paradigma de situación irregular.

En relación al Derecho a la Salud, se insta a que el acceso al mismo, respete las pautas culturales y familiares; también se promueve campañas permanentes de difusión y promoción de los derechos reconocidos (art. N° 14).

Según las leyes, las políticas públicas de la niñez se elaborarán de acuerdo al fortalecimiento del rol de la familia en la efectivización de los derechos de los niños/as. Se reconoce y prioriza a la familia como el mejor ámbito de desarrollo para los niños/as y sólo en casos excepcionales se piensa en los niños/as fuera de ese espacio; es tomada en cuenta como medio de vida y lugar de inserción social junto con la comunidad, además, se le reserva un lugar en el orden de lo burocrático en relación al acompañamiento y aprobación de intervenciones institucionales. Es fundamental que todos los principios expresados en los marcos normativos no sean sólo parte de un discurso, sino que se materialicen en las prácticas sociales, donde en el abordaje de las situaciones de padecimiento subjetivo de niños y niñas, la familia sea reconocida como un espacio indispensable y transversal al proceso de salud-enfermedad, y como tal, incluida y valorada en el abordaje de las situaciones.

### **1.2.1 Salud Mental y Niñez: Una interrelación necesaria**

Pretendemos realizar una aproximación al estudio de las leyes en relación con su realidad de aplicación, ya que, consideramos que existe una cuestión normativa explícita sobre el protagonismo de los sujetos, sobre sus derechos y garantías, pero no existen estructuras y prácticas que sostienen estas políticas públicas, en tanto capacidades y recursos materiales y humanos profesionales, para intervenir de manera integral, eficaz y efectiva en este campo.

De este modo, destacamos la necesidad de revisar las condiciones de implementación de todas las políticas, es decir, analizar cuáles son los recursos asignados, cómo están distribuidos y organizados, en función de los intereses, concepciones y prioridades y qué aspectos del sujeto se reconocen y cuáles no.

Podemos identificar en términos generales, que existe una gran distancia entre las leyes y las políticas públicas destinadas a la Salud Mental y la Niñez. La ley de Salud Mental, no incluye al tratamiento de la niñez, sólo tiene una línea para la intervención con adultos. En el artículo n° 12, menciona los derechos de los

niños/as y adolescentes como “pacientes”, pero esto no es suficiente porque queda librado a la interpretación de cada profesional y cada institución las concepciones y los abordajes.

La niñez y la discapacidad están implícitamente incluidas dentro de la categoría de sujetos de derechos, dándose por hecho su reconocimiento, cuestión que al ser tan ambigua genera en las prácticas institucionales incertidumbres en la resolución de las demandas y en el despliegue de las intervenciones. Dicho esto, podemos dar cuenta de la existencia de una laguna legislativa para las intervenciones, cada ley evoca a la otra, pero no existen especificaciones. Además, se encuentran y continúan las fallas y trabas en el abordaje de las situaciones, resultado de la falta de estructura y recursos que sustentan al nuevo paradigma y de la coexistencia de paradigmas que se traducen en prácticas.

Mientras se promueve normativamente un modo de funcionamiento y abordaje del sujeto, concretamente existe una falta de recursos humanos y materiales que impide la intervención efectiva; además no se cuenta con una red acabada de relaciones institucionales entre las distintas áreas del Ministerio de Salud y el Ministerio de Desarrollo Social, lo que imposibilita un abordaje integral y superador del viejo paradigma.

En términos ideales, todas las normativas mencionadas plantean un abordaje desde la integralidad, intersectorialidad y transversalidad. Contrariamente, en la realidad concreta se muestra un abordaje fragmentado, institucional y sectorialmente, y una excesiva especialización y funcionalización.

Considerando que estas leyes se posicionan desde una perspectiva de Derechos Humanos y comprometen al Estado en sus distintos niveles, como garante de protección, ejercicio y cumplimiento de los derechos enunciados en ellas, es que como Trabajadores Sociales aseguramos la necesidad de recurrir a marcos jurídicos respetuosos de esta perspectiva, como encuadre y herramienta de trabajo. En relación a esto, cabe aclarar que hubo etapas históricas en los que no existían estos marcos jurídicos, en donde los Trabajadores Sociales no sólo debían trabajar más allá de ellos, sino disputar por asegurar intervenciones efectivas desde enfoques respetuosos de Derechos Humanos.

Nos reconocemos como Trabajadores Sociales, en la obligación de luchar por el cumplimiento y efectivización de los derechos, generando prácticas sociales y políticas transformadoras, partiendo de las condiciones que existen, sin esperar las ideales, trabajando desde una colectividad de profesionales. Uno de los principales desafíos que debe afrontar el profesional es el de cuestionar las estructuras de poder hegemónicas y construir nuevos espacios y prácticas instituyentes que quiebren completamente los antiguos paradigmas manicomiolizadores y de control social de la infancia y sobre todo des-aprender la mirada adulto céntrica.

El Centro Integral Infanto Juvenil está atravesado desde sus orígenes por la perspectiva de derecho, lo que posibilita un posicionamiento y práctica que se instituye desde este paradigma, donde el niño/a es visto por todos los profesionales como sujeto y no objeto de intervención, reconociéndose su voz, intereses, prácticas, centro de vida y contexto, integrando a las familias en los abordajes. El CIIJ plantea intervenciones desde la integralidad, intersectorialidad y transversalidad, conforme con los marcos normativos legales nacionales y provinciales. Lo dicho se refleja en el interés manifiesto de la institución permeando las prácticas de los profesionales del equipo interdisciplinario, siendo sus principales lineamientos: respeto por la autonomía y la diversidad, enfoque integral de la salud, inclusión e integración comunitaria del niño y su familia, complejidad de los contextos y trabajo en red.

Rescatamos la importancia de dilucidar este aspecto, puesto que nos permite desentrañar las ideas de legalidad y de legitimidad que rigen en la institución y que funcionan como marcos que establecen derechos y obligaciones, como elementos que definen, dan sentido y orientan el devenir del CIIJ. El sesgo que atraviesa a las prácticas institucionales, visibiliza las estructuras sociopolíticas que determinan las condiciones de vida y construcción objetiva y subjetiva de la reproducción cotidiana de la existencia del sujeto, es decir, desde este paradigma se plantea al sujeto histórico y la construcción de la enfermedad por determinaciones estructurales, económicas y sociopolíticas.

Como expresa Marrone (2010), un sistema de protección de derechos es más que un conjunto de políticas, planes y programas. Implica un desafío a construir desde

lo territorial articulando con los diferentes ámbitos, garantizando las condiciones para su ejercicio y generando circuitos y procedimientos para una efectiva restitución de los derechos vulnerados a los niños/as.

La garantía universal de derechos sociales, requiere más que marcos normativos, sin desconocer el valor de éstos, se necesita además un Estado que disponga de las capacidades tecno-políticas adecuadas para implementar políticas públicas que puedan poner en “movimiento” las prescripciones legales. El marco jurídico instala un compromiso del Estado con estos sujetos pero a la vez, es necesario visualizar de qué manera, en qué proporción, con qué calidad, este sistema estatal de protección llega a los servicios de Salud Mental para niños/as, a las prácticas de los profesionales, que son los agentes del Estado comprometidos en su aplicación. (Conde, 2015)





CAPÍTULO II

*“El síntoma de un niño/a tiene el efecto de interrogar a su familia,  
a su entorno y hasta una sociedad”*

*Sara Cohen*

## **2.1 Centro Integral Infanto Juvenil**

Rotondi (2008), expresa que el espacio institucional es fundamental al momento de intervenir, ya que, surgen desafíos particulares relacionados principalmente al juego de negociaciones y luchas. Éstas se definen y articulan a partir de las posiciones que los sujetos ocupan en el campo y los capitales que están en disputa. De esta manera, comprender el espacio en donde intervenimos, teniendo en cuenta los atravesamientos institucionales que lo afecta, los marcos normativos que condicionan, la experiencia y puntos de vista de los agentes (necesidades, trayectorias, posicionamientos), la dinámica social, el problema a abordar, entre otros, es lo que nos permite visualizar las limitaciones y posibilidades que presenta nuestro escenario, y a partir de esto poder pensar en la viabilidad de nuestra estrategia de intervención posterior.

Desde esta perspectiva, el escenario de intervención, definido por Carballada (2002), es el espacio micro social donde la intervención se construye y se desarrolla. Está atravesado y conjugado por una serie de componentes que lo forman, lo cargan de sentido y significados, que dialogan e interactúan constantemente con las prácticas resignificándolas, para lo cual, debemos saber leerlo e interpretarlo. El autor nos dice que el espacio institucional implica una superposición de mundos que dan cuenta de una enorme diversidad de marcos comprensivos y explicativos y que todo esto se inscribe en los sujetos con los que se interviene socialmente.

Para analizar nuestro escenario de intervención, situado en la Institución Centro Integral Infanto Juvenil, retomamos a Garay (1998), la cual afirma que las instituciones son definidas como aquellas “formaciones sociales y culturales, complejas en su multiplicidad de instancias, dimensiones y registros. Sus identidades son el resultado de procesos de interrelaciones, oposiciones y transformaciones de fuerzas sociales”. (Garay, 1998, p.129).

El Centro Integral Infanto Juvenil (CIJ), es una institución pública monovalente ubicada en la zona céntrica de la Ciudad de Córdoba destinada a la atención

ambulatoria de la Salud Mental de niños y niñas, hasta 14 años de edad, constituyendo el segundo nivel de atención<sup>2</sup> de la salud. Forma parte del sistema de Salud Pública atravesada por los intentos de implementación del nuevo paradigma en Salud Mental, que “modifica sustancialmente la responsabilidad de los Estados frente a las personas con sufrimiento mental” (Galende, 2015, p.17). Depende de la Dirección de Salud Mental del Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba y lleva a cabo sus funciones en las instalaciones del ex Hospital San Roque, situado en la calle Rosario de Santa Fe, esquina Salta, Córdoba Capital.

El CIIJ es la única institución de su tipo que existe en la Ciudad de Córdoba, por lo cual, no sólo atiende a niños/as de la zona sur de la ciudad para la que está asignada, sino también a niños/as que acuden de otras zonas. Tiene como objetivo la promoción, prevención, asistencia y tratamiento integral en Salud Mental del niño y niña y su familia, contribuyendo al desarrollo psicológico y al fortalecimiento de los vínculos positivos de los niños/as con su entorno y con su contexto familiar. Es decir, se busca trabajar en el empoderamiento de los niños/as y sus familias, además de proveerles herramientas que les permitan mejorar la reproducción cotidiana de su existencia. Las estrategias desplegadas desde el CIIJ, tienen como objetivo reconocer e integrar a las familias en los abordajes, como así también a otras instituciones y profesionales con las que articulan según el caso.

Siguiendo a Chiara y Di Virgilio (2008), exponemos que todo proceso de gestión de políticas públicas, debe comprender de manera contextualizada, ya que, involucra diferentes actores en determinados escenarios. Teniendo en cuenta que la identidad es el resultado de diferentes procesos, interrelaciones, oposiciones y transformaciones, resulta pertinente rescatar la dimensión histórico institucional del CIIJ para dar cuenta de su origen.

Desde del año 2003 en Argentina, el Estado Nacional se instaló como responsable de las políticas públicas y del bienestar de los ciudadanos. Bajo este marco, el CIIJ se creó dos años después en Córdoba capital, con el objetivo de generar un espacio de abordaje a la creciente demanda de problemáticas psicosociales en niños/as que se dieron en la provincia, como consecuencia del cierre de los

---

<sup>2</sup> Red de hospitales generales provinciales o municipales que dan atención a la mayoría de los padecimientos cuando se requiere hospitalización o atención de urgencias.

consultorios externos del Hospital de Niños/as. De esta manera, quedaban fuera del sistema de Atención de Salud Pública los niños/as que no estaban en condiciones de ser internados. Por iniciativa de la Subsecretaría de Programas y Planificación Sanitaria, se creó un grupo reducido de profesionales y residentes de Salud Familiar, entre ellos psicólogos en su mayoría y sólo una trabajadora social, para diseñar el proyecto institucional.

Es necesario resaltar la importancia del régimen de implementación de una política pública al que aluden Chiara y Di Virgilio (2008), y mirarlo desde su integralidad. Además de imponer reglas de juego, valores y condiciones que limitan las acciones de los actores y sus niveles de autonomía, también define con qué recursos, humanos y materiales (presupuestarios), se cuenta. El presupuesto destinado a la Salud Mental es un indicador significativo a atender, ya que ante su insuficiencia, resulta una importante barrera en la implementación de políticas. Los estándares internacionales establecen que el 10% del presupuesto de salud debe destinarse a Salud Mental. El art. 32 de la Ley Nacional de Salud Mental, establece la obligación de incluir en los proyectos presupuestarios un incremento de las partidas destinadas a Salud Mental hasta alcanzar un mínimo del 10 % del presupuesto total de salud en el ámbito nacional. El gobierno provincial, a pesar de la sanción de las leyes, sigue manteniendo la asignación para el sector de manera inmodificable en torno al 6% del total para salud, inclusive con una leve tendencia a la baja. (Buriyovich y Monasterolo, 2014)

En la institución, a pesar de innumerables reclamos, el presupuesto es escaso, lo cual, establece barreras para el desarrollo o adecuación de los servicios de acuerdo a la Ley de Salud Mental. Año a año la demanda crece y los recursos materiales y humanos siguen siendo los mismos. Además, siguen presentándose prácticas desde paradigmas diferentes al que plantea la ley.

Durante su desarrollo como tal, el CIIJ ha sufrido diversos intentos de relocalización además de atravesar tensiones, obstáculos y limitaciones. Una de las limitaciones que continúa hasta el día de hoy, es la de no contar con un espacio propio y autónomo, ya que comparte la estructura edilicia con otras instituciones, áreas y servicios como consultorios odontológicos, Banco de Sangre, Hospital de Día de Salud Mental, entre otros. A pesar de estos inconvenientes, los

profesionales pudieron organizarse y apropiarse del espacio que hoy es el destinado a las actividades del CIIJ. En relación a su espacio físico, cuenta con una oficina de recepción, una sala de espera, una sala común de profesionales, un salón para grupos, y cinco consultorios, los cuales resultan escasos debido a la gran cantidad de población (profesionales, familias y niños/as, residentes y estudiantes). Con respecto a lo planteado, el CIIJ se encuentra en un segundo piso (único acceso por escalera), por lo tanto, no está en condiciones de recibir a niños/as con discapacidades ligadas a reducción de movilidad, lo que constituye una barrera de accesibilidad que vulnera el acceso a los derechos de los niños/as.

El equipo del CIIJ está compuesto por profesionales de Psicología, Psiquiatría, Trabajo Social, Psicopedagogía, Psicomotricidad y un área de Administración. Cada profesional se identifica desde su especificidad y su postura ética-política, aportando al trabajo interdisciplinario constantemente. Éstos disponen de cierto margen de libertad para desplegar sus estrategias a través del establecimiento de alianzas con quienes comparten intereses en pos de potenciar los recursos que poseen. La toma de decisiones es consensuada por todo el equipo de profesionales, ya que se pretende desarrollar estrategias organizacionales que aporten a la democratización. La directora del CIIJ propicia y contribuye la ruptura con lo instituido y permite el surgimiento de lo instituyente dentro del espacio de trabajo. Creemos que la autonomía de los profesionales en el CIIJ va posibilitando el trabajo en una determinada direccionalidad. La lógica de trabajo en la institución apunta a la interdisciplina, intersectorialidad, el trabajo en red y se sitúa desde el paradigma de la complejidad, y desde el enfoque de Derechos Humanos.

En cuanto a la articulación del CIIJ con otros actores, ya sean instituciones u organizaciones, analizamos la existencia de diferentes relaciones de fuerzas, traducidas en alianzas, tensiones y/o cooperaciones entre ellas. Con la Dirección de Salud Mental existen tensiones por cuestiones económicas, debido a los bajos salarios que reciben los profesionales y el escaso presupuesto que le atribuyen a la gestión de proyectos, líneas de acción y recursos materiales. El presupuesto responde a lógicas neoliberales por las cuales el Estado se limita a servicios transitorios mínimos de carácter compensatorio. Con instituciones educativas comunes y especiales, tanto del sector privado como público, las relaciones son

traducidas generalmente en alianzas, principalmente relacionadas a la derivación de los niños y niñas; con algunas instituciones de salud se mantiene una relación de cooperación en la construcción paralela de estrategias sociales, con el Hospital Neuropsiquiátrico y Centros de Atención Primaria de Salud, con la SIP 700 (Sala de Internación en Psiquiatría Pediátrica); con otras organizaciones como el Ministerio de Desarrollo Social, SeNAF<sup>3</sup>, Cáritas, organizaciones no gubernamentales; y con La Casa del Joven, (institución que atiende problemas psicosociales en adolescentes), existen tensiones debido a que no admiten la derivación de los niños/as hasta que no cumplan estrictamente la edad de 14 años, cuestión burocrática apegada a una paradigma biologicista, descontextualizado. Al no haber una articulación y coordinación entre una institución y la otra, se produce una discontinuidad en el abordaje del niño/a, resultando perjudicial para él.

El CIIJ cuenta con convenios de diferentes facultades tales como la Facultad de Psicología de la UNC y UCC, la Facultad de Trabajo Social de la UNC, la Escuela de Bellas Artes "Figueroa Alcorta" y el Instituto de Educación Superior "Dr. Domingo Cabred", con el fin de llevar a cabo prácticas académicas pre profesionales. Además funciona la residencia de RISAMIJ<sup>4</sup>, la cual, se traduce a una política pública y sistema de formación de posgrado teórico-práctico becado por el Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba. Fundamentada en las Leyes de Salud Mental, la residencia toma en cuenta la complejidad de las problemáticas del padecimiento subjetivo en su dimensión bio-psico-social, complejidad que obliga al trabajo interdisciplinario para situaciones específicas, con abordajes de diversos. Tenemos en cuenta que uno de los ejes fundamentales del CIIJ es la formación de profesionales en el ámbito de Salud Mental.

### **2.1.1 Problemáticas de abordaje**

Según datos globales de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), retomando a Barcala (2015), los trastornos mentales y del comportamiento afectan a entre el 10% y el 15% de las niños, niñas y adolescentes. Particularmente en América latina, la prevalencia de este tipo de trastornos varía entre el 12,7% y el

---

<sup>3</sup> Secretaría de Niñez, Adolescencia y Familia.

<sup>4</sup> Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental Infanto Juvenil.

15%, resultados similares a los que presentan distintas investigaciones realizadas en ámbitos locales. Los trastornos mentales son altamente prevalentes en la población y se refieren a dos categorías principales de diagnóstico: los trastornos depresivos y los de ansiedad. (OPS, 2009).

Siguiendo a Barcala (2015), estudios del año 2007 en Argentina sobre prevalencia de problemáticas de Salud Mental de niños y niñas pertenecientes a ocho centros urbanos del país, refirieron que el 15% de ellos padece de algún trastorno mental y que la sintomatología infantil se encuentra asociada a determinantes sociales. Los estudios coinciden en que se debe intervenir de manera temprana y eficaz ante la aparición de las primeras manifestaciones de los trastornos. (Ministerio de Salud de la Nación, 2010).

Entre las problemáticas de Salud Mental en Córdoba que atiende y aborda el CIIJ nos podemos referir a problemáticas mentales, y psicológicas y/o sociales. Con respecto a las primeras, las principales que aborda son: déficit atencional, hiperactividad, retraso mental leve, retraso en el lenguaje, TGD (Trastorno generalizado del desarrollo), bipolaridad, autismo, entre otras.

Con respecto a las segundas y terceras, las principales que aborda son: trastornos psiquiátricos y de personalidad (psicosis, neurosis, depresión, fobias y ansiedad), problemáticas escolares (bullying, problemas de integración, dificultades de aprendizaje, bajo rendimiento); problemáticas de conducta (estrés, amenaza de suicidio, auto agresión, agresividad, mal comportamiento, apatía); problemáticas familiares y psicosociales (sobrepotección, problemas relacionados con la crianza, estilo de vida; hechos negativos en la niñez como duelos, niños/as atravesando procesos de divorcios de los adultos referentes); problemáticas que incluyen situaciones de violencia y maltrato familiar (abuso sexual, agresión física y psicológica, abandono), entre otras.

Pudimos observar que una gran cantidad de niños/as que asisten a la institución manifiestan o padecen varias problemáticas a la vez por diversas causas. Además, muchos niños/as llegan a la primer consulta ya diagnosticados, con certificado de discapacidad y en algunas ocasiones, hasta medicados por la familia/escuela. En los últimos años, se ha observado un incremento de los fenómenos mundiales de

la patologización y la consecuente medicalización de la niñez, tanto en los espacios sociales como institucionales.

Otro fenómeno que ha emergido en los últimos años, según Campos (2014), son los aportes en avance que la neurociencia está brindando a la infancia para favorecer el desarrollo cognitivo, afectivo y social del niño/a. Éstos servirán tanto para la fundamentación de políticas, programas y acciones de atención integral de la primera infancia, como para que muchas de las concepciones que venían siendo compartidas sobre qué sucede en el cerebro en desarrollo de niños y niñas, sean aclaradas. Esto constituye una mirada biologicista para las explicaciones. En el CIIJ, no se trabaja desde una única línea teórica-metodológica, por el contrario, los profesionales están abiertos a incorporar nuevos conocimientos tanto los que aportan las neurociencias como otros, que impliquen una respuesta eficiente a las problemáticas que allí se abordan.

En el campo de Salud Mental, las problemáticas que se presentan no sólo se refieren a cuestiones biológicas y psicológicas, sino que lo social también determina la condición de salud que están atravesando los sujetos, en este caso, los niños/as. “Los malestares psíquicos son un resultado complejo de múltiples factores, entre los cuales las condiciones socio-culturales, la historia de cada sujeto, las vicisitudes de cada familia y los avatares del momento actual se combinan dando lugar a un resultado particular”. (Janin, 2012, p.1) Estas problemáticas se entienden en tanto, como los efectos de las condiciones objetivas y materiales, no materiales y simbólicas, que impactan y resuenan en la subjetividad y singularidad de los sujetos, inscribiéndose en su identidad. Consideramos que si las situaciones sociales y familiares no son abordadas a través de las políticas públicas, traen aparejadas formas de padecimiento subjetivo.

Los acontecimientos vividos en la sociedad los últimos años han transformado de manera relevante los espacios donde actúa la "intervención en lo social". Desde las dificultades de sostenimiento de los lazos sociales, o el debilitamiento de éstos, y la problemática de la fragmentación han emergido nuevas formas de expresión de la cuestión social dentro de escenarios singulares que muestran formas de expresión que llaman la atención a las políticas públicas, a las instituciones típicas



de intervención social y a la intervención misma. Estas nuevas formas de expresión de la cuestión social se denotan en nuevas formas de padecimiento subjetivo, las cuales creemos posibles de ponderar como problemáticas psicosociales complejas. Estas surgen en una tensión entre necesidades y derechos, la diversidad de expectativas sociales y un conjunto de diferentes dificultades para alcanzarlas en un escenario de incertidumbre, desigualdad y posibilidades concretas de desafiliación. Las mismas se expresan de diferentes formas atravesando todo el escenario de la intervención, donde lo que sobresale es lo novedoso del padecimiento, especialmente desde su heterogeneidad. Sin embargo, la complejidad de la cuestión social actual da cuenta de una serie de problemáticas y temas que se hacen inmediatamente transversales y sobrepasan la especificidad de cada institución, desde su comprensión y explicación hasta el sentido de la intervención.

### **2.1.2 El Trabajador Social**

Coincidimos con Díaz Argueta (2006), en la idea que el fortalecimiento de la profesión no implica negar la historia, sino resignificar nuestra identidad, independientemente del campo de acción, nivel de intervención y contexto en el que se ubique el profesional, a fin de reconocerse a sí mismo y resignificar el objeto de conocimiento, como elementos básicos para la praxis académica y social.

La profesión de Trabajo Social forma parte del dispositivo de intervención social, aunque no se reduce a él, se substancia en ese entramado de prácticas y discursos presentes en lo social, orientados a atender las demandas e intereses que se configuran en cada formación histórica respecto de la Cuestión social (Cazzaniga, 2005).

En el escenario institucional, rescatamos como sujetos constitutivos del proceso de intervención a los profesionales que hacen al CIIJ. Puntualmente, analizamos la posición que ocupa la Trabajadora Social, en tanto, es un actor fundamental en la resolución y seguimiento de las situaciones, ya que, a partir de su labor se analizan y develan los atravesamientos sociales de las situaciones que llegan a la institución, para luego dar lugar a la intervención.

A través de las entrevistas realizadas con ella, una de las principales fortalezas que pudimos recabar sobre su profesión dentro de la institución, en relación a su posicionamiento frente a la problemática, es que no reconoce a los sujetos como objetos de intervención, usuarios, pacientes o portadores pasivos de una enfermedad, sino como sujetos de derecho con padecimiento subjetivo, portadores de potencialidades y satisfactores, en tanto se busca que aquel se movilice y participe protagónicamente del proceso de satisfacción de su necesidad. En este sentido, considera necesario analizar las condiciones objetivas, las disposiciones o habitus y las relaciones que determinan a lo sujetos.

El sujeto de intervención que reconoce la Trabajadora Social del CIIJ es principalmente el niño/a con padecimiento subjetivo y las familias. Esta concepción se traduce en sus intervenciones de manera tal, que propone estrategias de carácter inclusivo, integral, velando y garantizando el cumplimiento de los derechos del sujeto, reconociendo las complejidades de las situaciones, tejiendo redes entre los actores sociales que intervienen en la cotidianidad del niño/a.

Entre las principales estrategias desplegadas por la profesional, se encuentra la entrevista en profundidad, acompañada por una predisposición a la escucha y el diálogo, donde se busca un trabajo en conjunto con el sujeto y se pone en juego y tensión las interpretaciones, las valoraciones, el sentido común cotidiano y las representaciones que porta. Se apuesta a que el sujeto pueda apropiarse de la demanda ya dilucidada y se constituya en un sujeto activo del proceso de satisfacción de sus necesidades. Se encuentra además, la entrevista domiciliaria, por lo general, elaborada por los profesionales de primer nivel de atención, con los que luego la Trabajadora Social del CIIJ (del segundo nivel de atención) contacta y coordina encuentros. También, las instancias de recorrido institucional y montaje de articulaciones son fundamentales ya que, permiten reconstruir los procesos de intervención previos que realizan diferentes instituciones en relación al niño/a y su familia, articulando y abordando interinstitucional e integralmente cada situación.

Compartimos que nuestro labor como profesionales en el campo, consiste en desarrollar y promover lazos sociales entre los sujetos, generar y ampliar espacios

de diálogo, mediar entre las demandas, las necesidades y la institución/es, planificar y desarrollar estrategias en conjunto con los sujetos para resolver aquello que se vive como problema para ellos y actuar de manera preventiva ante una situación de riesgo o eventual vulnerabilidad a derechos, supervisar los procesos y situaciones que se desarrollan, entre otros. Se necesita de una capacidad crítico-reflexiva para analizar cada situación en particular de manera integral contextualizada.

Se observa que el rol profesional de la Trabajadora Social dentro de la institución está consolidado y legitimado por la mayoría de los profesionales, esto hace que las consultas hacia ella se tornen centrales y constantes. Sin embargo, dentro de las disputas en el campo, la psicología y la psiquiatría se constituyen como hegemónicas, restringiendo un trabajo desde la complejidad y colocando desde la subalternidad, los factores sociales, culturales, económicos y políticos que atraviesan a las personas con padecimiento subjetivo. Nuestra profesión y el paradigma de Salud Mental que se plasma en la ley, se encuentran todavía en la lucha por legitimarse y posicionarse.

En el campo de la Salud Mental, y más específicamente en el CIIJ, el trabajo interdisciplinario es central a la hora del abordaje de problemáticas. En la institución, las decisiones de los profesionales se toman casi siempre en forma conjunta, respetando las opiniones de todos, dejando un margen de autonomía que les permite aportar y desarrollar abordajes integrales, teniendo en cuenta distintas aristas de las problemáticas. Siguiendo a García (2004), la interdisciplina es un desafío que requiere inversión de tiempo y predisposición. A su vez, las cualidades subjetivas y las posturas éticas, políticas y metodológicas determinadas de cada profesional, deben permitir entrar en diálogo con el otro distinto, y así poder trabajar conjuntamente.

La interdisciplinariedad hace referencia a diferentes modelos teóricos, diversas formas de mirar una realidad, diferentes instituciones, en donde tejer redes es indispensable e incluso diferentes ideologías políticas y sociales acerca de cómo ha de ser la atención. Si algo caracteriza el funcionamiento de la Salud Mental es su intervención en equipo; se ha de ofrecer integración, coherencia y articulación ya que, de lo contrario son imposibles actuaciones eficaces y de calidad. La

interdisciplinaria alude al modelo de trabajo, al método con que se desarrolla y a la forma en que se aplican los conocimientos y las técnicas. Es una puesta en común, una forma de conocimiento, de entender y abordar un fenómeno o problemática determinada.

La intervención profesional del Trabajo Social y su perfil interdisciplinario, es desafiado a mirar los proyectos institucionales y las posibilidades de cambio. Citando a la Trabajadora Social del CIIJ: *“las duplas de trabajo piensan en conjunto el diagnóstico”, “las situaciones puede tener varias puertas para resolverlas”, “en Salud Mental no hay recetas mágicas, es el caso a caso, porque a cada persona se le plantea algo distinto”*. Estamos hablando de un Trabajo Social que tiene que ver con la valoración de la interacción entre la experiencia biológica, psicológica, social, política, cultural, económica del individuo, que nos proporciona una guía para la intervención.

La institución se encuentra conformada por diferentes profesionales, en donde cada uno desde su perspectiva y modo de abordaje, tiene en cuenta los requerimientos necesarios para la atención integral de las problemáticas, superando prácticas de salud particularizadas y atención fragmentada. En este sentido, la interdisciplina como forma de trabajo, se ha institucionalizado en los profesionales del CIIJ de tal manera, que a la hora de intervenir optan por buscar la riqueza de la mirada del otro. Esta mirada integral es imposible dejar de lado, es indispensable, ya que se trabaja con situaciones sumamente complejas.

Otro aspecto a remarcar, es la relevancia de los espacios colectivos interdisciplinarios de supervisión que se llevan a cabo en el CIIJ, en el dispositivo de revista de casos, en los que se manifiesta la horizontalidad de los profesionales en relación a los diferentes intervenciones. Desde los aportes de Puig citada por Robles, comprende la supervisión como *“un trabajo sobre el trabajo, un metatrabajo que se sitúa en la interfaz entre el aprendizaje, la formación, la educación y el apoyo en una institución”*. Para esta autora, *“la supervisión en la intervención social, es un proceso y una relación que tiene como objetivo revisar el trabajo profesional, los sentimientos/percepciones que acompañan la actividad y ayuda a contrastar los marcos teóricos y conceptuales con la praxis cotidiana.”* (Robles, 2015, p. 188).

### **2.1.3 Dispositivos de abordaje**

Si bien las instituciones oficializan un modo de hacer las cosas, abordar una estrategia de intervención en el espacio institucional, nos plantea como profesionales desafíos particulares. Siguiendo a Bourdieu (1999), desafíos relacionados principalmente al juego de negociaciones y luchas que se hacen presentes en el escenario y que se definen y articulan por las posiciones que los agentes ocupan en el campo y sus capitales en disputa. La intervención profesional es un proceso de construcción histórico social que se desarrolla interactuando con los sujetos portadores de problemáticas con el objeto de profundizar la integración social, para modificar los términos de las relaciones sociales con otros, con las instituciones y con el Estado. La intervención tiene lugar a partir de una demanda, que requiere de una solución por parte de la institución, ésta es producto de un complejo proceso de interpretación y toma de decisiones.

El primer acercamiento de los adultos referentes del niño y/o niña al CIIJ, mayormente se da por medio del dispositivo de abordaje “Entrevista de Recepción”. Para concretar el encuentro, en primera instancia los sujetos deben sacar turno, generalmente se pacta pasado los 15 días. En la entrevista, intervienen dos profesionales (una psicóloga en todos los casos y un profesional de otra disciplina) y escuchan la demanda de los adultos, referida a la situación por la cual el niño/a o el grupo familiar requeriría un abordaje o acompañamiento de Salud Mental. Se cuenta con un modelo de registro que se irá completando de acuerdo al relato del adulto referente. Entre las variables que se toman en cuenta están: nombre y edad del niño/a y del adulto responsable, barrio del cual proviene, problemática por la cual se acercan, la composición familiar; para esta última los profesionales utilizan el Genograma<sup>5</sup> (técnica reconocida por el trabajo social). También se consulta el nivel de escolaridad del niño/a y de los adultos, antecedentes de enfermedades en general y particularmente de Salud Mental, tratamientos anteriores si existiesen y otros. A partir de allí, a través de una reunión entre los profesionales, se analiza la pertinencia de abordar la situación

---

<sup>5</sup> Es una representación gráfica (en forma de árbol genealógico) de la información básica de, al menos, tres generaciones de una familia. Incluye información sobre su estructura, los datos demográficos de los miembros y las relaciones que mantienen entre ellos

desde las estrategias ofrecidas por el CIIJ o la posible derivación a otra institución, según la complejidad e incumbencias profesionales. Desde esta primera aproximación y con informes recibidos de otras instituciones, los profesionales anticipan un diagnóstico presuntivo que los guiará en la estrategia de intervención. Este diagnóstico se realiza con el protocolo y código de CIE10 (Clasificación Internacional de Enfermedades), debiendo ser acorde con lo que se observa y evalúa. Sin embargo, el diagnóstico no es absoluto, ya que se puede ir modificando. También funcionan guardias en la institución fuera del horario de atención al público, para atender situaciones de urgencia.

Las recepciones son consideradas como un dispositivo. Siguiendo a Carballada (2002), la intervención en lo social como dispositivo se refiere a una forma de aproximación a la complejidad de las problemáticas sociales. En la institución, nos encontramos con una red de tramas, conformadas por discursos, historias, que muchas veces dialogan entre sí y se entrecruzan, donde lo macro social se cruza con lo micro. De allí, la importancia de una mirada reflexiva y crítica que permita un diálogo contextual y un reconocimiento de la subjetividad del otro.

La entrevista de recepción, supone de un diálogo con un otro, en este caso, con el adulto referente, mediante el cual se propicia el encuentro de representaciones, percepciones, recuerdos y emociones y se manifiestan las condiciones de vida del sujeto que demanda. En la mayoría de los casos, el primer acercamiento a la institución, denota el pedido de ayuda de los adultos frente a la situación que los está atravesando, ya que no encuentran fácilmente una “solución” a la situación.

Es aquí donde podemos dar cuenta del potencial teórico, metodológico, técnico, e instrumental con el que cuentan los profesionales para llevar adelante las recepciones en relación a la escucha, el diálogo, la observación, los procesos de dilucidación y construcción conjunta de la demanda entre el equipo y quien se acerca al dispositivo, quedando reflejados en el registro. Toda vez que nos involucramos profesionalmente en el escenario de la vida cotidiana de las familias, comenzamos a implicarnos recíprocamente, esto consiste en abrir espacios de conocimiento mutuos. Así, las recepciones se constituyen en un espacio de libertad, en de aceptación, de comunicación e intercambio.

Luego de ser evaluada la posibilidad de respuesta desde los dispositivos del CIIJ, el equipo construye estrategias que son trabajadas en una segunda instancia con los adultos referentes, las cuales pueden materializarse a través de abordajes interdisciplinarios, individuales, grupales o familiares y/o talleres lúdicos terapéuticos como el “Pintarte”, “Entremanos” para adultos, “Entremanos Kids”, “Recreanza”, “Compartiendo”, “Aprendizaje”. En los talleres, se aborda la problemática de diversas maneras, con los objetivos de: favorecer el fortalecimiento de los vínculos sociales y afectivos, estimular la autoestima, reforzar la lecto-escritura de los niños, generar estrategias para salida laboral de las madres o mujeres referentes de los niños/as, entre otros. Cabe aclarar que luego de esta primer instancia, se continúa con entrevistas en profundidad con el niño/a y/o adulto referente para seguir indagando sobre la problemática. Mediante todos estos dispositivos se busca lograr un abordaje integral de las problemáticas que atraviesan al sujeto.

Entre otros dispositivos de abordaje del CIIJ, se encuentra la “revista o presentación de casos” que consiste en reuniones semanales, conformadas por todo el equipo de profesionales. Funciona como un espacio en el que se presentan las situaciones ingresadas en la semana que muestran un amplio grado de complejidad, las que requieren de un trabajo interdisciplinario. Aquí se generan sugerencias, propuestas y análisis diversos entre los profesionales. Estas revistas se encuentran acompañadas de ateneos, es decir, de instancias de supervisión con otras disciplinas. Por último, están las capacitaciones teóricas, a cargo de la Comisión de Capacitación, donde se tratan diversos temas relacionados a la Salud Mental. Consideramos que estos dispositivos promueven herramientas adecuadas de formación, facilitan la construcción del conocimiento crítico y la adquisición de habilidades y destrezas frente a la realidad que se les presenta.

## **2.2 Descubriendo otro mundo posible: Dispositivo de talleres con niños y niñas**

Los dispositivos de talleres lúdicos recreativos terapéuticos grupales con niños/as son considerados fundamentales como una de las estrategias de intervención desplegadas por parte de la institución. Se considera que lo lúdico recreativo funciona como disparador de expresión y comunicación con el otro y un medio

del que emergen particularidades de la vida cotidiana y vínculos del niño/a, importantes para el abordaje terapéutico.

El objetivo primordial es brindar un espacio donde los niños/as puedan expresarse libremente, generando así efectos en la subjetividad. Particularmente, los dispositivos de taller se diseñan para fomentar la autonomía, la autoestima, generar y fortalecer lazos sociales con el entorno, trabajar las habilidades cognitivas e independencia en las actividades de la vida cotidiana. Se utiliza la escritura y las técnicas plásticas y de expresión corporal, como herramientas que posibilitan la simbolización y sublimación, y promueven la creatividad, el aprendizaje, la imaginación, la atención y la concentración.

En primer lugar, el dispositivo institucional de taller llamado “Compartiendo”, tiene por objetivo construir un espacio de encuentro con los niños/as que favorezca el desarrollo de vínculos sociales saludables, que estimule la creatividad, la libre expresión y el disfrute, a través de diversas actividades lúdico recreativas, habilitando un espacio de juego en condiciones adecuadas, que refuerce las habilidades sociales y así potenciar la autoestima del niño/a en los diferentes ámbitos en donde circula. La duración del taller era de una hora y siempre comenzaba con una técnica de presentación de cada uno de los integrantes, un saludo individual que el resto debía imitar. El taller gira en torno a diversas temáticas y concluye con la elaboración de una revista hecha por los mismos niños/a que participan del taller. La revista del año 2017 es la novena edición de “Compartiendo”. Se la llamó “*Emociones Divertidas*” (nombre elegido por los niños/as colectivamente). Como equipo, consideramos el potencial que tiene la construcción de la revista, ya que permite que los niños y niñas puedan pensarse a sí mismos, dar cuenta a los adultos significativos y a pares de las diversas experiencias vividas, como de sus potencialidades y necesidades.

Como sugerencia, plantearíamos la importancia de reforzar la temática de derechos con la finalidad de que los niños/as logren un conocimiento y reconocimiento de sus propios derechos, y así lograr que la intervención incluya una dimensión simbólica y social, lo cual permitiría la deconstrucción y resignificación de las situaciones y representaciones.



Concurrieron al taller hasta fin de año, dos niñas y un niño, de entre 7 y 9 años. La población fue variando, con nuevos integrantes que se sumaron a mitad de año, y otros que abandonaron después de un par de talleres. Todos escolarizados, con semejanzas en cuanto a sus condiciones de vida materiales y simbólicas, siendo el primer año que concurrieron al CIIJ.

Los niños/as participaron en su mayoría en todas las actividades que se les propusieron e incluso fueron aportando ideas para la realización de la revista y para los talleres, con temáticas que a ellos les interesaba. En una primera etapa, en los talleres planificados se desarrollaron actividades tendientes a que los niños/as reconocieran su cuerpo, para luego ir sucesivamente reconociendo y exteriorizando su mundo interior (gustos, emociones y pensamientos).

Uno de los obstáculos que se presentó en el taller, fue el bajo grado de concurrencia de los niños/as con respecto a años anteriores, como así también, el mantenimiento de la asistencia. Para la participación de los niños y niñas, se desarrollaron diversas estrategias desde el CIIJ como llamadas telefónicas a sus domicilios y reprogramaciones de las actividades. La mitad de los talleres programados, fueron suspendidos y cuando se les preguntaba a los niños/as el porqué de su ausencia daban como respuesta “no tenía quien me trajera”, “tenía mucha tarea” o “mi mamá no me dejó”, siempre adecuándonos al movimiento y dinámica familiar de los niños/as. Otras de las razones por las cuales no asistían era por causa del colegio, que sólo les autorizaban dos horas para salir y asistir al taller y a la mayoría de los niños/as no les alcanzaba el tiempo, ya que vivían a casi una hora aproximadamente de la institución. En ninguna de sus respuestas se observó la falta de interés por concurrir a estos espacios, todo lo contrario, expresaban sus ganas de asistir, porque se “despejaban”, “relajaban” de la escuela y porque “allí jugaban”.

Los talleres siempre daban cierre con la pregunta de “cómo se habían sentido” de manera de darles la oportunidad a los niños/as de exteriorizar verbalmente su emociones. Cuando se les preguntaba por sus gustos y preferencias, la mayoría de los niños/as no respondían, les resultaba difícil, o respondían “no sé” o “a mi mamá le gusta...”. Consideramos que las respuestas denotan el grado de influencia que tienen los adultos significativos sobre sus elecciones. Este tipo de

preguntas van generando en el transcurso de los talleres, un vínculo de confianza y empatía con los profesionales, que les permite un mayor acercamiento con los niños/as, que redundará en beneficios terapéuticos.

En segundo lugar, el dispositivo institucional de taller llamado “Entre Manos Kids”, tiene como objetivo fortalecer la autoestima, estimular la libre expresión, enriquecer la capacidad de socialización de los niños/as con sus pares y los adultos. El taller giró en torno a la realización de diferentes actividades de tipo artísticas. El punto de atención no estaba puesto en los resultados, más bien la actividad artística se constituía como un medio en sí mismo, ya que en el proceso creativo, el niño/a puede elaborar sus pensamientos, ordenar sus emociones, y así expresarlas libremente. En el taller se intervino de manera interdisciplinaria, el mismo estaba compuesto por una trabajadora social, una psicóloga, una profesora de arte y una residente de Psicopedagogía. Los dos espacios de taller de niños y niñas estaban coordinados por la psicóloga.

Durante el año concurren 4 niños, de entre 6 y 11 años todos escolarizados. La mayoría de ellos había asistido anteriormente al CIIJ. Uno de los obstáculos que se presentó también en este taller, fue el bajo grado de concurrencia de los niños/as con respecto a años anteriores, como así también, el mantenimiento de la asistencia. Más de la mitad de los talleres programados fueron suspendidos, incluso se evaluó la continuidad del mismo y se decidió darlo por finalizado, dos meses después de su comienzo. Desde la institución intentaron lograr sostener este dispositivo, pero no fue posible, ante las reiteradas inasistencias de los niños/as, sumado a la falta de recursos materiales y disponibilidad de los profesionales, que se encontraban con sobrecarga de demandas.

Las jornadas de intervención desarrolladas, dan cuenta de la potencialidad de este tipo de dispositivos en cuanto a la promoción en materia de derechos, que rescatan la singularidad de los niños/as y que rompen con lógicas individualizantes. La importancia de plantear dispositivos de encuentro de niños/as con padecimiento subjetivo, radica en que la tensión que les genera sentirse un “niño/a problema”, se puede disminuir cuando pueden compartir experiencias vividas con otros que transitan problemáticas similares. Compartir durante el proceso ayuda a fortalecer habilidades sociales.

Los dispositivos de talleres lúdicos terapéuticos destinados a niños/as, pretenden crear un espacio propicio para la adquisición y modificación de actitudes y comportamientos que constituyan al bienestar emocional. A su vez, es fundamental en los talleres, la utilización de técnicas e instrumentos que resulten accesibles al lenguaje de los niños/as y que a su vez resulten lo más naturales y cercanos posible a sus intereses.

### **2.3 Empoderar para transformar: Dispositivo de taller de Mujeres**

Este taller surgió como un espacio para los adultos referentes significativos de los niños/as que asisten al CIIJ. La mayor parte de ellos residen en barrios alejados de la institución, por lo cual, es habitual que esperen a sus niños/as, hasta que finalicen sus talleres. Está destinado específicamente para adultos referentes mujeres, porque en general, son ellas las que llevan a sus niños/as al CIIJ, evidenciando una cuestión de género, son las madres generalmente las que se encargan de la salud de sus hijos/as.

Se creó formalmente con el fin de que ese tiempo de espera no fuera desaprovechado y pudiera convertirse en un momento de encuentro, de diálogo, de intercambio y de aprendizaje con otras mujeres, es decir, aprovechar el tiempo inerte de la espera y transformarlo en un tiempo activo de participación grupal. El equipo que trabaja con estas mujeres, está compuesto por una trabajadora social, una psicóloga, una profesora de arte y una residente. Desde diferentes disciplinas el equipo de profesionales, abre la posibilidad de abordar la tarea común desde distintos enfoques vinculados a la propia formación y experiencia. Las coordinadoras tratan de asegurar y estimular las interacciones de todas las mujeres, clarificando las cuestiones y aportes más significativos.

Las temáticas del taller están vinculadas a las necesidades que expresan las mujeres. Durante el año, se trabajó con género, roles sociales, habilidades sociales, autoestima positiva, conciencia crítica, toma de decisiones, autonomía personal, sexualidad, derechos humanos, entre otros; mediante dinámicas que favorecieran la participación, la interrelación entre las distintas mujeres, con el objetivo de que puedan crear vínculos de confianza perdurables en el tiempo, y en cuanto a que puedan generar sus propias alternativas para alcanzar su salud y bienestar, su autonomía emocional, su crecimiento personal y empoderamiento.

Se persigue que las mujeres creen un nuevo espacio de relación. En cada encuentro se definen y consensúan las actividades que desean abordar/realizar, cada mujer cuenta con libertad de expresión para participar y manifestar sus opiniones.

Cabe destacar que la concurrencia a este taller en particular en el año 2017 fue baja comparada a otros años, un promedio de 3 a 4 mujeres por encuentro. La mayoría debía dejar de lado otras ocupaciones, como cuidar a sus hijos/as, nietos/as y/o cuestiones de trabajo remunerado, teniendo que adecuarse a los horarios y días de los talleres; además de tiempo, les demandaba gastos económicos para trasladarse.

Los dispositivos de talleres lúdicos terapéuticos grupales destinados a las mujeres, pretenden crear un espacio propicio para la reconstrucción de subjetividades y la adquisición de nuevas capacidades y recursos simbólicos. El taller propicia momentos de intercambio entre las mujeres, tanto de inquietudes como de saberes, promueve la ayuda mutua ante las dificultades que pudieran surgir, relacionadas tanto a las actividades cuanto a temas personales. Entre todas colaboran aportando soluciones posibles, creando redes simbólicas que resultaba oportuno reforzar.

La importancia de plantear dispositivos de encuentro de adultas referentes/mujeres de niños/as con padecimiento subjetivo, radica en que la preocupación, tensión, angustia que les genera su rol, se puede disminuir cuando pueden compartir experiencias vividas con otras que se encuentran en situaciones similares, ayudándolas a reflexionar sobre las propias. En el taller, se tiene en cuenta el bienestar de las adultas referentes, como aspecto esencial, pudiendo llegar a afectar a la salud mental del niño/a y el valor que se le otorga a la mujer, teniendo en cuenta factores sociales, culturales, económicos, familiares y personales, que influyen en el desarrollo de la autoestima. Es a través de estas dinámicas grupales, que podemos nutrirnos de diversas herramientas para trabajar cuestiones ligadas a la Salud Mental.

#### **2.4. Los niños, niñas que asisten al CIJ y sus familias**

Coincidimos con Britos (2012), que según cómo concebimos al “otro” será la intervención que realicemos, puesto que ninguna mirada es neutra, sino que siempre se sustenta en un marco teórico y político. Toda concepción es una decisión de intervención, y la intervención sólo existe y se construye por la relación directa con el otro. Es decir, no actuamos sólo en relación a problemáticas sociales, sino fundamentalmente, sobre lo que éstas generan en ese “otro”. Es por esto, que surge la necesidad de hacer explícita nuestra mirada.

Consideramos oportuno agregar, que el análisis sobre las concepciones que se tienen de los sujetos es fundamental, porque la escasa o nula reflexividad podría implicar aceptar y/o reproducir como dadas y naturales, aquellas consideraciones y discursos hegemónicos. En este sentido, debemos continuamente posicionarnos éticamente y desde una vigilancia epistemológica, en torno a los marcos conceptuales que justifican y fundan nuestra intervención.

Desde Bourdieu (1991), reconocemos que el sujeto no sólo se determina por las condiciones objetivas, sino también fundamentalmente por el habitus, es decir, lo social hecho cuerpo, una estructura estructurada por las condiciones objetivas y estructurante de percepciones, pensamientos y acciones. Los sujetos son agentes actuantes y conscientes, dotados de un sentido práctico, adquirido de preferencias, de principios de visión y de división, de estructuras cognitivas duraderas y de esquemas de acción, que orientan la percepción de la situación y de la respuesta adaptada.

Siguiendo la perspectiva del autor, recuperamos un aporte fundamental para nosotras al momento de analizar los sujetos de intervención y es que “las divisiones entre las edades son arbitrarias (...) en todas las sociedades es objeto de lucha (...) en ellas está la cuestión del poder. Las clasificaciones por edad, vienen a ser siempre una forma de imponer límites, de producir un orden en el cual cada quien debe mantenerse, donde cada quién debe ocupar su lugar” (Bourdieu, 1990, p.163).

Considerando este posicionamiento y los espacios en los cuales nos insertamos, desarrollamos un análisis de los sujetos de nuestra intervención, principalmente,

recuperando las visiones, lógicas e intereses de los niños y niñas. También es pertinente mencionar a las familias, quienes convergen y otorgan significado social e histórico a la intervención.

Por esto que nos preguntamos: ¿Cómo conceptualizamos a los sujetos de nuestra intervención?, ¿Qué concepciones de sujetos prevalecen o imperan en el campo de Salud Mental y Trabajo Social?, y ¿Cómo inciden dichas conceptualizaciones en la intervención?

Hablar de niñez nos lleva a introducirnos en un terreno de representaciones de intensa implicación subjetiva, histórica y social. Es por ello que, difícilmente se pueda referir a la niñez de manera unívoca. Una mirada puesta en la diversidad nos lleva a ver, en primer lugar, que lo que nosotros llamamos niñez no representa ni es vivido de la misma manera en todos los grupos humanos. Y en segundo lugar, nos permite comprender y abordar esta categoría como una construcción, como proceso que no es unívoco sino dinámico, complejo y conflictivo.

En este sentido, es “importante pensar la niñez como varios momentos del desarrollo humano atravesados por complejas tramas del contexto en donde se produce” (Peticarari, 2014, p. 1). Hablar desde un enfoque de la complejidad, implica pensar la multiplicidad de los significados según los momentos históricos. De esta manera, a quienes hoy llamamos niños/as no siempre han sido considerados como tales. Desde esta perspectiva, la niñez como construcción social, es una imagen colectivamente compartida, que va evolucionando históricamente, en la que coexisten visiones contradictorias.

Es a partir de los profundos cambios producidos en el reconocimiento de los derechos, que se comienza a dar respuestas a una nueva consideración social de la infancia. En efecto, la transición del modelo de la situación irregular al de la protección integral, implicó una nueva concepción de los niños/as como sujetos plenos de derechos. Desde esta mirada, nos posicionamos entendiendo que no sólo son sujetos de necesidades, sino “sujetos protagonistas de sus propias vidas, creadores, sujetos políticos, capaces de decidir y de transformar, sujetos condicionados por su contexto, pero también condicionantes del mismo” (Piotti, 2006, p. 5).

Retomando aportes de Bourdieu (2000), entendemos que los niños/as ocupan diferentes posiciones en el espacio social familiar y en el espacio poblacional, en relación a patrones como género, clase, raza y parentesco y a la apropiación de distintos capitales tales como económico, cultural, social y simbólico. Desde estas posiciones, se construyen relaciones sociales que en ocasiones dejan entrever asimetrías y situaciones de abuso de poder que vulneran los derechos de estos sujetos. Podemos mencionar que los niños/as se encuentran atravesados por relaciones de poder impregnadas por miradas adultocéntricas, desde las cuales se los ubica en posición de asimetría respecto al adulto no sólo al interior del espacio familiar, sino también escolar y en las instituciones de salud, que se manifiestan por ejemplo, en forma de maltrato en sus diversas modalidades.

En el caso particular de la institución, la mayoría de los niños/as oscilan entre los 5 y 12 años y se encuentran escolarizados, atravesados por tratamientos referidos a Salud Mental, por problemáticas psicológicas y/o sociales escolares, y/o problemáticas psico sociales de conducta. A su vez, un alto porcentaje de niños/as ingresan con una serie de estigmas y representaciones negativas, como niño/a “difícil”, “portador de una dificultad o problemática”, tanto por el lado de las familias, como de las instituciones y profesionales que derivan el tratamiento a la institución. El término portador hace referencia a una carga inseparable e indistinguible del sujeto de la cual no puede desligarse y despojarse fácilmente. Una de las psicólogas del CIIJ expresó que “el niño/a es puesto como responsable de todo lo que le sucede”. Esto trae muchas consecuencias negativas en la vida de ellos. La más significativa que podemos destacar es que no hablan de sí mismos, sino de lo que se ha dicho de ellos. Se ha podido escuchar en los espacios institucionales en los que se desenvuelven expresiones como: “yo soy agresivo”, “yo no sonrío, porque me dijeron que los tontos se ríen”, “en la escuela yo soy el malo”, “nadie se junta conmigo en los recreos porque soy raro” entre otros, influenciando directamente en su subjetividad e identidad. Las demandas e intereses de los niños y niñas son diferentes a los de sus adultos referentes, buscan atención, escucha y espacios para jugar y expresarse libremente.

Podemos observar que frente a problemáticas complejas que se presentan en las familias, los niños/as tienen potencialidades que les permitirían salir adelante, siempre y cuando reciban el estímulo, la contención y el acompañamiento

adecuado. En relación a su salud y bienestar, poseen una vasta cantidad de herramientas y capacidades para pensar, decir, percibir y actuar en consecuencia. Pueden desarrollar sus pensamientos y sentimientos respecto de sí mismos y de todo lo que los rodea. Las problemáticas marcan la subjetividad e influyen en las condiciones materiales y simbólicas de los niños/as.

Coincidimos con Lowenfeld (1958), que los rasgos del carácter y de la personalidad de los niños/as dependen en buena parte del medio en el que crecen y, particularmente, de la comprensión que sus adultos referentes manifiesten respecto de sus necesidades. La satisfacción de los deseos externos de un niño/a no se relaciona automáticamente con la de sus necesidades interiores. El niño/a posee un mundo interior, construido a partir de relaciones sociales con su entorno y cuanto mayor sea el número de relaciones que establezca, tanto mayor podría ser su comprensión de la vida y se podrá enriquecer.

Es así, que las familias ocupan un lugar central y significativo en la vida del niño/a, y particularmente en el campo de la Salud Mental, es esencial trabajar de forma paralela con ellos, ya que, en su mayoría las problemáticas devienen del seno familiar donde el niño/a es sólo un emergente.

La familia, la escuela y la comunidad son espacios que se constituyen como centro de vida de los/as niños, por lo que se debe abordar el padecimiento subjetivo de manera integral con estas instituciones para lograr intervenciones efectivas. Estos espacios son los pilares fundamentales para el desarrollo de calidad de la vida humana y se los considera prioritarios para promover la integración e inclusión social.

La articulación entre familia, escuela y comunidad representa el principio de corresponsabilidad imprescindible para el cumplimiento de los derechos de los niños y niñas. Su vínculo es necesario, fundante y factible de ser fortalecido ya que, son primordiales para la crianza, cuidado y educación de los niños/as. Cada uno de estos espacios, produce sentidos y tienen un rol importante en la identidad de las personas y en sus lazos sociales. Se precisan cada una de estas interacciones, no sólo para señalar sus efectos en la subjetividad, sino también para traer a la reflexión cómo ellas atraviesan fuertes procesos de transformación en un entramado social que condiciona la constitución de una determinada niñez.



La vida psíquica de un niño/a comienza por la satisfacción de sus necesidades simbólicas y no sólo materiales. Necesitan amor, afecto y autoestima, integración, posibilidad de explorar e interactuar con otros y con el entorno que los rodea.

En las leyes de Niñez, Educación y Salud Mental, tanto nacional como provincial, se reconoce y prioriza a la familia, escuela y comunidad como instituciones garantes del goce y ejercicio de los derechos, son tenidas en cuenta como medio de vida y lugar de inserción social, además se le reserva un lugar en el orden de lo burocrático en relación al acompañamiento y aprobación de intervenciones institucionales. De esto último, resaltamos la necesidad, en el abordaje de las situaciones de padecimiento subjetivo de niñas y niños, que estas instituciones sean reconocidas como un espacio indispensable y transversal al proceso de salud enfermedad, y como tal, incluidas y valoradas en el abordaje de las situaciones.

El término “familias” en la actualidad, se ratifica como concepto polisémico, atravesado por variables históricas y contextuales, lo que genera una heterogeneidad en las estructuras y dinámicas familiares. Debido a esto, como equipo, nos posicionamos desde el paradigma de la complejidad, reconociendo a las familias insertas en procesos dinámicos de orden y desorden, producidos por cambios y transformaciones que han ido surgiendo en la sociedad las últimas décadas. Es decir, las familias no son unívocas, no están determinadas, sino que emergen y co-evolucionan, enmarcándose en el contexto de la diversidad regional con desequilibrios y desigualdades en su desarrollo. El análisis de estas categorías es importante, porque los procesos de salud-enfermedad se viven al interior de las familias, donde se generan estrategias que se particularizan de acuerdo a los capitales (sociales, culturales y económicos) acumulados de cada espacio doméstico.

De acuerdo a la Ley Nacional 26.061, son las familias las responsables en forma prioritaria de asegurar a los niños, niñas y adolescentes el disfrute pleno y el efectivo ejercicio de sus derechos y garantías, siempre que el Estado, pueda asegurar políticas y programas apropiados para que las familias asuman adecuadamente esta responsabilidad en igualdad de condiciones. Es por ello, que consideramos necesario referirnos a lo familiar, utilizando el concepto de “espacio doméstico”, entendiendo como tal: espacios familiares o no familiares, sujetos que

cohabitan en formas domésticas irregulares y diversas, ligados por distintos lazos, necesidades y deseos que se comparten y/o disputan en un espacio social; y sus redes sociales de parentesco, amistad y vecindad, que devienen en un “nosotros” otorgando identidad y referencia. Orden/desorden, cohesión, bifurcaciones, crisis, conflictos, caos, son algunos de los procesos por los que dichos espacios se autorregulan.

Cuando hablamos de “familias”, estamos aludiendo al grupo conviviente/co-residente, familias extensas no co-residente, sin reducirlo a la consanguinidad, y a los miembros de la comunidad; en todos los casos, con quienes se haya construido algún tipo de vínculo (González y Nucci, 1999).

Siguiendo a Gattino (2003), siempre que damos a entender nuestro concepto de familias, lo hacemos desde las representaciones incorporadas y reproducidas a lo largo de nuestra trayectoria, es decir, ante cada situación a abordar se representan las propias experiencias familiares. Por eso, consideramos necesario desmitificar y problematizar nuestros propios bagajes culturales, para poder entonces enriquecer nuestro análisis y comprensión de lo que implican las “familias” en la actualidad. En este punto, se trata de de-construir las nominaciones que cotidianamente utilizamos para referirnos a ello.

Aludiendo a los aportes de González y Nucci (1999), afirmamos que las familias como espacios sociales con respecto a sus potencialidades, son uno de los espacios fundantes en la vida de las personas, puesto que en ellas se construyen las primeras relaciones, experiencias, aprendizajes y modos de ser, pensar, actuar y sentir. Son también, organizaciones sociales en las que sus miembros combinan sus capacidades y recursos en pos de un objetivo común, referido a la reproducción cotidiana y social, con una división de trabajo familiar, distribución de responsabilidades, derechos y deberes según el género, generación y parentesco, en torno al cumplimiento de las funciones asignadas.

Las potencialidades de las familias, radican principalmente en la contención, seguridad y afecto que le pueden proporcionar al niño/a, siendo la interacción familiar una pieza clave en el desarrollo integral del niño/a. Los adultos referentes tienen la posibilidad de generar un clima favorecedor para ellos.

De acuerdo a los registros realizados en el CIIJ, podemos hacer un relevamiento de las familias que asisten. Teniendo en cuenta cambios culturales y movimientos poblacionales, se ha producido un incremento de los hogares monoparentales con “cabeza femenina”. Los adultos referentes del niño/a que asisten, son en su mayoría de sexo femenino. La figura de la mujer como responsable “natural” del cuidado de los niños/as y del hogar, hace referencia a un concepto patriarcal arraigado fuertemente en nuestra sociedad, que le asigna a la mujer la obligación moral de ser cuidadora, tarea generalmente no remunerada, sin reconocimiento ni valoración social. Siguiendo a Aguirre (2005), este rol comprende tanto el cuidado material como el no material e implica un vínculo afectivo, emotivo, sentimental; involucra emociones que se expresan en las relaciones familiares, al mismo tiempo que contribuye a construirlas y mantenerlas.

Podemos identificar que la mayor parte de las familias de los niños/as provienen de la zona sur de Córdoba Capital, generalmente de barrios vulnerables, ubicados en la periferia de la ciudad. La mayoría habita en viviendas constituidas por dos o más habitaciones. En algunos casos, en una vivienda convive más de una familia (los hijos/as forman sus propias familias y continúan en el hogar de sus padres), pero construyen nuevos espacios o nuevas divisiones dentro del hogar, por lo que no se identifican situaciones de hacinamiento. Las familias que asisten se encuentran bajo la línea de pobreza y tienen dificultades para el acceso a servicios materiales de salud mental, entendiéndose por éstos, en un sentido no restrictivo, a toda propuesta o alternativa de abordaje tendiente a la promoción de la Salud Mental, prevención y tratamiento del padecimiento.

La mayoría no cuenta con obra social, si bien tenerla resulta en algunos casos un aporte para el acceso a ciertos servicios, en otros, significan un obstáculo, como los que se presentan a la hora de solicitar autorización para ciertos estudios y/o la demora de los mismos. Las normativas actuales de obras sociales, transforman la atención de la Salud Mental de sus afiliados en un beneficio cada vez más escaso, lo que exige a las personas, a recurrir en muchas ocasiones a la judicialización (amparo).

Se puede observar que la mayoría de los niños/as que asisten al CIIJ, cuentan con un certificado de discapacidad, utilizado como una herramienta, que tanto familias

y profesionales, sugieren para lograr cobertura total en salud mental, principalmente para ser beneficiarios del programa PROFE-Salud y el PROSAD. Estas situaciones se dan con frecuencia, lo que lleva a resaltar que las problemáticas actualmente no son sólo de índole de salud, sino también de índole social. Las familias valoran el certificado principalmente porque habilita a obtener “beneficios”, como cobertura del 100% en las prestaciones que se requiera, traslados gratuitos en el transporte público, acceso a ciertos medicamentos, a maestra integradora y/o acompañante terapéutico y la adjudicación de una asignación familiar por hijo/a con discapacidad, lo cual significa un aporte a la economía familiar. Sin embargo, la clasificación estricta del certificado es una forma de marginación y exclusión para el niño/a con padecimiento subjetivo, ya que, se le otorga una variable de “careciente”. En el CIIJ se puede observar cómo los niños/as y sus familias comienzan a naturalizar esa clasificación.

Además, una de las políticas sociales que recibe la mayoría de las familias por parte del Estado es la Asignación Universal por Hijo, funcionando como un complemento al ingreso mensual de las familias, aunque en casos particulares estos sean la única entrada de dinero al hogar, ya que, en su mayoría por lo menos un miembro de la familia trabaja. En las situaciones en que se constituye como único ingreso, este tipo de política social es fundamental para la subsistencia diaria.

Con respecto al mercado laboral de los adultos referentes, el tipo de trabajo más reconocido de las mujeres es el doméstico, el cuidado de niños/as y ancianos, y de los hombres el trabajo informal, en negro, lo que ellos mismos denominan “changas”. Mencionamos en relación a lo dicho anteriormente, la fragilización de las relaciones laborales, lo que según Castel (1991), conduce a una zona de vulnerabilidad, que incluye a aquellos trabajadores no insertos en el mercado formal (trabajadores temporarios, sin reservas económicas, que tienen posibilidades de ser desafiliados). Por último, recuperando la trayectoria escolar familiar, particularmente de las mujeres jefas de familias entrevistadas en las recepciones, encontramos que no han completado sus estudios primarios y/o secundarios, los interrumpieron por las condiciones económicas y sociales en las que estaban inmersas, convirtieron en imperativo el interrumpir sus estudios para poder desplegar estrategias más urgentes de supervivencia.

En las consultas, en muchas ocasiones se puede visualizar que son los adultos referentes los que vivencian emociones que generan desgastes en las familias, como el enojo, la vergüenza (cuando el mundo externo les señala algo que no está “bien” en la relación con el niño/a), de miedo (cuando lo suponen incontrolable), de angustia (cuando no pueden poner en palabras lo que los inquieta), de ruptura interna frente al embate narcisista que supone que un hijo/a tenga “problemas”, de pérdida de una imagen de niño/a “perfecto/a” y con diversos intentos de reparar, modificar o desmentir la problemática.

Los adultos referentes llegan a la institución en busca de “soluciones urgentes” para manejar y tratar al niño/a manifestando que “ya no saben más que hacer”, sienten que ese niño/a “fracasa”. Sus deseos, sus modos defensivos, sus normas, sus miedos, tienen un poder estructurante en el psiquismo infantil, por lo que se deben pensar modos de intervención con ellos. Los adultos referentes suelen aparecer como un tipo de obstáculo en el tratamiento del niño/a sin embargo, ellos son la garantía de que este se desarrolle. Frente a estas situaciones de desgaste, las familias desarrollan y utilizan estrategias de cuidado que pueden resultar vulneradoras o no de derechos. Destacamos particularmente, la excesiva puesta de límites o ausencia total de los mismos, la decisión de los adultos referentes a que el niño/a no salga a jugar fuera de su alcance para evitar problemas con otros, y la decisión de los adultos referentes de no asistir a las reuniones escolares por miedo a reclamos que repercutan en el niño/a.

Concluyendo, podemos referirnos a que los padecimientos subjetivos de los niños/as que acuden al CIIJ, se encuentran mediatizados por las familias. Los adultos referentes acuden a consulta buscando orientación sobre el afrontamiento de las situaciones. Desde el CIIJ, se brinda orientación a los adultos referentes, no sólo a entender al niño/a, sino también a entender la situación y no culpabilizarse o angustiarse de manera innecesaria, y se busca darle una salida de alguna forma a las expectativas de los adultos referentes.



CAPÍTULO III

*La energía creadora se desarrolla haciendo y haciendo juntos...  
Al fin y al cabo actuar sobre la realidad y transformarla, aunque sea un poquito,  
es la única manera de probar que la realidad es transformable.*

*Eduardo Galeano*

### **3.1. Saber oír y comprender para construir: Objeto de intervención**

El objeto de intervención de la práctica pre profesional, fue construido en conjunto con nuestra referente institucional, a partir de indagación teórica, análisis del espacio institucional, entrevistas realizadas a profesionales del CIIJ y la participación del equipo en los distintos espacios ofrecidos.

Siguiendo a Bourdieu (1995), las Ciencias Sociales deben romper con el sentido común y los discursos dominantes y creencias fundamentales de los grupos de una sociedad. Para lograrlo, son fundamentales rupturas epistemológicas, las cuales son a menudo rupturas sociales. Adherimos a la propuesta del autor, a partir de la cual, construir un objeto supone romper con el sentido común, con lo preconstruido, lo que implica repensar los términos con los cuales se nombra y se comprende el mundo social.

Para toda intervención en lo social es necesario construir el objeto de intervención. El objeto es “el equivalente teórico de una necesidad demandada por la realidad, para cuya realización (satisfacción o redefinición) debe ejercerse una función específica” (Aquín, 1995, p. 30). Decir equivalente teórico, es afirmar que los hechos hablan de acuerdo a las teorías que los sustentan, respaldan y que permiten una acción crítica y reflexiva, sin caer en tecnicismos.

En la configuración del campo profesional de Trabajo Social, el concepto de objeto adquiere una relevancia fundamental, es la respuesta al interrogante “¿Sobre qué intervenimos?”. El punto está en delimitar qué aspectos de la necesidad social son susceptibles de modificar efectivamente con la intervención de nuestra profesión. Definir el objeto hace a la especificidad de nuestro actuar profesional, legitimando y/o delimitando el campo. Como equipo, asumimos una posición constructivista, relacionando sujeto y realidad, donde el objeto sólo puede ser reconstruido mediante un complejo de relaciones conceptuales respecto a fenómenos sociales.

Para comprender la intervención del Trabajo Social, es necesaria una fundamentación de carácter teórico, metodológico, ético y político que otorgue sustento a los sentidos en torno a las intervenciones, sujetos y objetos que hacen a la profesión. La definición de objeto designa a través de conceptos la realidad del campo, y así la teoría (lugar de planteo del problema) hace de la intervención (lugar de modificación o resolución del problema), una intervención fundada. Esto quiere decir que las teorías fundan nuestra intervención y la inscriben, por lo tanto, en el campo de las prácticas científicas. Este fenómeno social no es por sí sólo “problemático” sino que se torna objeto cuando es problematizado por los sujetos que se proponen comprenderlo, redefinirlo o modificarlo, siempre según una perspectiva que implica un posicionamiento determinado.

En este sentido, la realidad problematizada constituida en campo de la Cuestión Social, se traduce en un campo de luchas donde distintos actores disputan sus capitales. La profesión de Trabajo Social se ubica, siguiendo a Aquín (1995), en la compleja intersección entre tres esferas: los procesos de reproducción cotidiana de la existencia, la distribución secundaria del ingreso, y los sujetos con derechos vulnerados, que no pueden atender con sus propios medios las necesidades derivadas de su reproducción cotidiana; aquí se encuentra el objeto.

Para dar cierre a la postura de Aquín (1995), a la cual adherimos, el Trabajo Social es una profesión que orienta su intervención a la atención de necesidades materiales y no materiales, de personas, familias, grupos y poblaciones, que tienen dificultades para la reproducción de su existencia, promoviendo su vinculación con instituciones que disponen o pueden crear satisfactores. Dicho de otra manera, nuestra profesión interviene en los procesos específicos de encuentro de los sectores subalternos con los objetos de su necesidad, al afirmar esto, insoslayablemente estamos involucrando en el objeto al sujeto. La complejidad del Trabajo Social, radica en su naturaleza histórica social, que incumbe a sujetos únicos y autónomos.

En este análisis, es necesario explicitar qué se entiende por “necesidades” ya que, ocupan un lugar central por su relación con el sujeto. Según Heller (1978), las necesidades son intrínsecamente humanas, por ende, no son aisladas de los sujetos



que las portan. Se refieren y son definibles sólo a partir de valores y están simétricamente repartidas en virtud de las posiciones que los sujetos ocupan en la organización social. Según la autora, son necesidades aquellas de las cuales se toma consciencia, incluyendo los deseos y las capacidades para la creación de satisfactores.

Consideramos que las necesidades se expresan en un inter juego entre carencia y potencia. “La necesidad, por un lado, es carencia: necesitamos lo que no tenemos. Pero también existen necesidades que no están asociadas con la falta de algo, sino con el potencial que somos capaces de desarrollar. En la medida en que las necesidades comprometen, motivan y movilizan a las personas, son también potencialidad” (Sempere, 2010, p. 2). Recuperando esta noción, hacemos referencia a una dimensión positiva del sujeto, aparece como partícipe en la búsqueda de sus propios medios de satisfacción, permitiendo desde la reflexión, la posibilidad de transformación de la carencia.

Aquín (1995), señala una división entre necesidades materiales y necesidades no materiales. Las primeras, refieren al objeto real y concreto, y se estructuran a partir de carencias de orden material y físico, mientras que las segundas, aluden al conjunto de relaciones, saberes y representaciones entre los sujetos; se estructuran en torno a trayectorias/historias de vida, motivaciones, valores, recursos, capitales simbólicos y culturales e intereses que rigen las prácticas y la cotidianidad de los niños/as con padecimiento subjetivo.

A partir de este encuadre teórico, construimos el equivalente teórico del objeto de intervención delimitado, como aquel conjunto de representaciones estigmatizantes que inciden en los niños y niñas con padecimiento subjetivo, produciendo obstáculos a la hora de reproducir su cotidianidad en el ámbito familiar y escolar; esta problemática se enclava tanto en la dimensión doméstica como en la pública.

Existe un fuerte condicionante social, que se encuentra mayormente en las representaciones sociales, tanto las que la sociedad genera para con el “enfermo mental”, como las que resuenan a partir del reflejo de ellas. Así, las conductas sociales que se manifiestan principalmente frente a este sujeto, como el abandono, desprotección, exclusión, discriminación, segregación, miedo, falta de comprensión de la diferencia, entre otras, son las que consideramos como los

principales obstáculos para el reconocimiento de éste como agente activo y partícipe político, social, empoderado de su situación y tratamiento.

Solemos pensar a la infancia desde la idea construida sobre lo que es o debe ser un niño/a, aquella representación forjada en base a la conjunción de lo que nos han transmitido, de las propias vivencias y de lo que la sociedad propone como modelo. Las familias e instituciones educativas productoras predominantes de subjetividad, se encuentran desbordadas frente a niños/as que no encajan con estas representaciones y no responden a las exigencias del momento. Y aquellos que no presentan los patrones de conductas esperables, son identificados como “diferentes” y/o clasificados por una patología o trastorno mental. De aquí se desprende un concepto fundamental, la patologización de las conductas. “El término patologizar es concebir necesariamente como patológica, enferma o anómala a todo tipo de conducta o expresión que se aleje de lo esperable” (Dueñas, 2003, p. 21).

Podemos identificar además, una naturalización acrítica en instituciones educativas, de salud, y en el seno familiar. Aquellos problemas inherentes a la vida cotidiana del niño/a, comienzan a definirse como trastornos, convirtiéndose en “problemas mentales”, definidos mediante el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-V). Los niños/as son etiquetados mediante siglas, diciéndole: “Tienes TDA/H o TGD”. En algunas situaciones, se realiza un diagnóstico previo y luego se los etiqueta, pero en otras, se etiqueta y después se realiza el diagnóstico. En este último caso, se lo cosifica al niño/a, se lo considera como cuerpo biológico, sin que nadie se tome el tiempo para escucharlo, ni indagar en su contexto o intentar comprender los conflictos que manifiesta. Emociones como la tristeza, la inquietud, la timidez, la rebeldía, inherentes al niño/a, se transforman en patologías. En este sentido nos interpelamos: ¿se va construyendo una patologización de la vida cotidiana de los niños/as?

Identificamos que en muchos casos, profesionales de la salud emiten diagnósticos con base a los síntomas que reportan los adultos referentes y/o maestros de los niños/as. Por su parte, los profesionales del CIIJ, no toman al diagnóstico como definitivo sin profundizar previamente en la historia de vida y las determinaciones intra e intersubjetivas del sufrimiento psíquico. Los trastornos mentales tienen

enormes repercusiones en el desarrollo social, emocional e intelectual de los niños/as.

En este marco, se produce la medicalización de la infancia por parte de uno de los actores más poderosos del mercado: la industria farmacéutica, la cual impulsa el suministro de drogas y considera al niño/a como “mercancía”. Ya no se trata de patologías tradicionales, cualquier malestar social que irrumpa al niño/a y su familia o escuela, abre brechas para que los síntomas del malestar se conviertan en trastornos posibles a medicar. Se observa a empresas farmacéuticas que cuentan con la colaboración de médicos para la extensión de recetas, con investigadores que “inventan” nuevos trastornos mentales y con los medios de comunicación que los difunden. Prácticas muy diferentes a las de medicar con criterio, a fin de atenuar la incidencia desorganizante de ciertos síntomas, a la par de promover una estrategia de subjetivación que apunte a destrabar y potenciar, y no sólo suprimir. Un medicamento debería ser utilizado como último recurso dentro de un abordaje interdisciplinario, que tenga en cuenta dimensiones institucionales, familiares y singulares. Dicho esto, nos preguntamos como equipo ¿Qué le significa esa clasificación al niño/a, que lejos de considerarlo como un sujeto singular, lo convierte en objeto de la medicalización?

En este contexto, en el que se aumentan los márgenes de exclusión, inequidad, falta de contención en el sistema educativo y falta de atención de la Salud Mental, se agrega la vulneración de los derechos de los niños/as con padecimiento subjetivo. En particular, el derecho a la identidad, producto de las descripciones conductuales devenidas en enunciados identificatorios que des subjetivizan al niño/a. Además, los niños/as en su mayoría no son escuchados ni tomados en cuenta, y no sólo en el seno familiar y escolar, sino que también suelen ser objeto de los profesionales de la salud. Nos encontramos a diario con innumerables situaciones muy alejadas de los principios previstos en los marcos normativos, produciendo efectos devastadores en los niños/as y en su desarrollo subjetivo.

Damos cuenta de un marcado adulto centrismo, una manera de mirar y pensar al otro en la que se impone la figura adulta, visualizándose una posición de superioridad-inferioridad. Pero efectivamente, el reconocimiento de los derechos

de la niñez, alteraron el orden, poniendo límites a las arbitrariedades y proponiendo relaciones más igualitarias.

Según Luna (2017), los sujetos de nuestra intervención, en su mayoría son vulnerables en distintas dimensiones, por su condición social de pobreza, por su situación familiar (falta de contención social), por su edad y por su condición de salud (padecimiento subjetivo). Es el Estado quien tiene la obligación de neutralizar tales vulnerabilidades, de manera que el niño/a pueda ejercer plenamente sus derechos. Debe garantizar derechos sin vulnerar otros, lo que denominamos como vulneración por ausencia de políticas sociales, por esto, es necesario repensar las acciones y articulaciones, asumiendo funciones y responsabilidades institucionales.

Creemos que es necesario utilizar categorías de análisis críticas, flexibles y multidimensionales, que den cuenta de la realidad dinámica, heterogénea y compleja que se presenta, teniendo en cuenta que los niños/as adquieren entidad propia y dejan de ser una mera prolongación de los adultos. Promover, prevenir, diagnosticar sin apresurarse y tratar correctamente la Salud Mental infanto juvenil, es un acto de justicia social. Es una tarea impostergable, pensar nuevas formas de intervención intersectorial e interdisciplinaria, en los ámbitos de salud y educación.

Desde el Trabajo Social no basta con la resolución de las necesidades materiales, sino que es necesario trabajar con las percepciones, significados y aprehensiones de las personas para el empoderamiento de sus derechos. Debemos desnaturalizar las representaciones de lo “anormal”, de lo “enfermo” por parte de la sociedad. Coincidimos con Barg (2006), en que la Salud Mental se relaciona con la capacidad de integración al medio social y cultural, por lo tanto Trabajo Social, interviene en la reinserción social, en el fortalecimiento de los vínculos sociales y afectivos y en la construcción de redes formales e informales. Es por esto que como equipo consideramos que la dimensión no material, constituye la problemática a ser abordada.

Desde este marco y perspectiva, definimos al objeto de nuestra intervención como:

*“Las representaciones y prácticas estigmatizantes que se producen y se reproducen en las redes sociales formales e informales y que inciden en la reproducción cotidiana de la existencia del niño y niña con padecimiento subjetivo”.*

Nos propusimos esta construcción reconociendo la necesidad de ofrecer otra mirada respecto a la problemática del padecimiento subjetivo del niño/a. Visualizando cómo los vínculos sociales y familiares pueden profundizar y/o generar el padecimiento subjetivo, en lugar de centrarnos en cómo el padecimiento subjetivo afecta a los vínculos del niño/a. Es pertinente desglosar los componentes principales del objeto para lograr una mejor comprensión, tanto teórica como práctica.

Con respecto a las *representaciones*, siguiendo a Sirvent (2013), son un conjunto de conceptos, percepciones, significados y actitudes que los individuos de un grupo comparten en relación a ellos mismos y a los fenómenos sociales. Tales representaciones, inciden directamente sobre el comportamiento social y la organización de un grupo. Complementamos esto con la definición de representaciones colectivas elaborada por Durkheim (1898), quien se refiere a estas como una conciencia colectiva que trasciende a los hombres en tanto fuerza coactiva y que puede ser ejemplificada en mitos, religiones y productos culturales colectivos.

Las representaciones pueden condensar prejuicios. El prejuicio sobre una persona implica la elaboración de un juicio u opinión a priori, que puede conducir a una exclusión social o estigmatización. El término estigma siguiendo a Goffman (1970), es utilizado para hacer referencia a un atributo profundamente desacreditador, el sujeto estigmatizado tiene dañada su identidad personal y social.

Los niños/as que asisten al CIIJ, se encuentran atravesados por una multiplicidad de representaciones y prácticas estigmatizantes que la familia y la sociedad en general presenta sobre ellos. Ingresan a la institución ya rotulados, con diagnósticos y etiquetas, como portadores de alguna enfermedad. Nos encontramos con situaciones en las que los adultos referentes buscan información en internet para indagar sobre lo que le sucede al niño/a y van a la institución con

la pretensión de imponer un pre diagnóstico. La reducción de las complejas problemáticas a diagnósticos, se constituye en una poderosa herramienta de des-subjetivación y causa de estigmatización. Muchas veces, se desentiende el entorno y la complejidad que existe detrás.

Es a partir de las representaciones que los niños/as van construyendo sus identidades y se asumen naturalmente como responsables de su malestar. Al preguntarles la razón por la que acuden a la institución, los niños/as expresan: “*Yo vengo acá porque peleo mucho*”, “*porque soy agresivo*”, “*porque no tengo amigos*”, “*porque me porto mal*”, “*en la escuela yo soy el malo*”, haciéndose eco de la cotidianeidad del rechazo y los prejuicios de la sociedad de la que forman parte, lo que se constituye en un obstáculo central para la reproducción de su vida cotidiana.

En la actualidad, podemos percibir que si bien han cambiado los abordajes en torno a la Salud Mental de los niños/as, siguen existiendo prácticas de exclusión, las que atribuyen etiquetas de lo normal/anormal, patologizando la infancia. Los niños/as son vulnerados por su condición de salud, lo que incide en su calidad de vida, en su capacidad de acción, en el desarrollo de habilidades sociales y en la generación de vínculos.

Con respecto a las *redes sociales*, hacemos referencia a aquellos lazos sociales que vinculan a individuos entre sí, y a individuos con grupos (Briacon y Colbs, 1985). Lo que mantiene y promueve la reproducción de las redes es la reciprocidad y solidaridad entre sus miembros y el intercambio de bienes y servicios con el fin de mejorar sus condiciones de vida. Las redes se clasifican en dos: formales e informales.

Las *redes sociales formales*, hacen referencia a lo instituido y organizado, a las relaciones que un sujeto crea y entreteje con instituciones y organizaciones (públicas y privadas), las cuales le proveen bienes, servicios y recursos de distinta índole para la resolución de sus problemas (Gattino, 2003). En este caso, consideramos particularmente a las instituciones educativas como una red de este tipo.

El primer lugar en el que un niño/a se encuentra y transita gran parte de su tiempo con sus pares, es en la escuela, donde aprehende códigos culturales comunes y se dan procesos de desnaturalización de estructuras, formas de ser y hacer internalizadas en el seno familiar. No es de extrañar que sea a partir de entonces, que se visibilicen ciertas manifestaciones de padecimiento subjetivo, apareciendo el “problema del niño/a” o “el niño/a problema” y surgen diferentes acciones para “tratarlo”. “*Parece no escuchar*”, “*actúa sin pensar*”, “*falla en sus tareas*”, estas son algunas de las manifestaciones que figuran escritas en los informes escolares, que en su mayoría, resaltan los problemas que presentan los niños/as a la hora del aprendizaje o al relacionarse con sus pares.

En la actualidad el malestar en la cultura, tiene una de las manifestaciones más evidentes en el campo de la enseñanza. Las aceleradas transformaciones del sistema educativo y los procesos sociales que modifican el contexto socio-cultural, conllevan al replanteo de las diversas problemáticas que se suscitan. Por un lado, los discursos educativos suelen recortar los problemas para luego hacer un etiquetamiento de ellos; “violencia escolar”, “fracaso escolar”, “déficit atencional”, “hiperactividad”, “trastorno de conducta”, entre otros. De esto se desprende, que la escuela sea la principal fuente de derivaciones de los niños/as a espacios de abordaje de Salud Mental. Entre las problemáticas escolares preponderantes que recepta el CIIJ se encuentran el bajo rendimiento, problemas de aprendizaje, de vinculación con los pares y docentes, entre otros.

“*¿Qué hace el niño/a acá?*”, “*me molesta en la clase*”, “*que sólo venga con una maestra integradora*”, afirman algunos docentes. Realizan reducción horaria suspensión, adaptación curricular, valoración psicológica, pedido de acompañamiento de un adulto (familiar, maestra integradora, acompañante terapéutico), derivación y/o pedido de tratamiento, informes a efectores de salud, supervisión del proceso pedagógico por parte de un directivo, reuniones de padres, entre otras.

El hecho de que no se efectivicen las políticas públicas educativas integrales, es una dificultad para la mejora en las condiciones de enseñanza y aprendizaje. La mayoría de las escuelas no cuentan con suficientes herramientas que les permitan atender las nuevas exigencias de estas generaciones heterogéneas que plantean

nuevos desafíos. Cabe aclarar, que los docentes no cuentan con la formación académica para adecuar los recursos pedagógicos a las necesidades sociales de los niños/as.

Además, el presupuesto destinado a la educación es un elemento determinante a considerar. Pensar estratégicamente en qué se invierte, implica asumir con entera responsabilidad el sentido de la aplicación de los recursos públicos e incorporar procesos de gestión situacionales. La introducción del mercado en el sistema educativo implica avances de una lógica de “calidad educativa” fundada en una pedagogía de resultados, desmantelamiento de equipos centrales, descentralización y desfinanciamiento de programas, entre otras cuestiones.

Resaltamos con esto, la necesidad de proponer estrategias particulares por parte del Estado para revertir esta situación, empezando por garantizar a los niños y niñas dispositivos de escucha y juego en los espacios educativos, analizar críticamente la mirada patologizante sobre ellos y la coordinación entre el Ministerio de Educación con el de Salud.

La escuela, al valerse de medios normalizadores, adaptativos, genera la invisibilización de la singularidad y diversidad de los individuos. En Salud Mental, generalmente este accionar de la escuela, aumenta y/o mantiene el malestar de los niños, niñas, reproduciendo formas de exclusión y desintegración relacional. Se debe tener en cuenta el desarrollo socioemocional de los niños/as, como eslabón fundamental para el desarrollo de su vida.

Con respecto a las *redes sociales informales*, hacemos referencia en este caso, a las familias de los niños/as. Las redes sociales informales siguiendo a Gattino (2003), tienen que ver con el carácter mismo de las relaciones humanas, la comunicación, interdependencia, interacción y conjunto de vínculos que se crean para proveerse de recursos. Estas relaciones son aquellas que se establecen entre parientes, amigos/as y vecinos con el objeto de intercambiar bienes y servicios materiales, tangibles y/o sociales que hacen a la organización de la vida cotidiana de los miembros partícipes en la relación. Son fundamentales en los procesos de socialización del niño/a, como proceso de conocimiento e internalización de la realidad. Se puede diferenciar la socialización primaria, que se realiza en la primera infancia, en los espacios familiares, y la secundaria, en la que se



aprehende el contexto institucional, principalmente en la escuela. En este aspecto, son significativos los aportes de Bourdieu (1991), quien sostiene que los objetos de conocimiento son construidos socialmente y se realizan cuando se produce una apropiación de los contenidos sociales.

Las familias llegan al CIIJ en busca de una “solución rápida” y en general, manifiestan representaciones patologizantes sobre los niños/as y demuestran preocupación y angustia. Nos encontramos con sensaciones de pérdida de una imagen de “niño/a perfecto” y con diversos intentos de reparar, modificar o desmentir el problema existente. Pero aun así, siguen sin poder interrogarse, identificarse e involucrarse ellos también como parte del problema, asumiendo muchas veces sólo al “niño/a problema”. Como equipo, reconocemos la necesidad de fortalecer y sostener los espacios de vinculación de los niños/as con los adultos referentes.

Por último, con respecto al *padecimiento subjetivo*, según Carballada (2006), es entendido como el impacto y reflejo de las estructuras estructurantes en la subjetividad y singularidad de los sujetos, que se inscriben en la identidad generando nuevas formas de padecimiento, es decir, como un sufrimiento por parte del sujeto producido por condiciones sociales. El término subjetivo se refiere a que cada sujeto manifiesta, expresa y siente el padecimiento de diferentes formas, porque tiene una percepción de la realidad propia.

En el contexto social, surgen nuevas formas de manifestación de la Cuestión Social relacionadas con la Salud Mental, entendido como padecimientos subjetivos; vinculados a la construcción de identidad, a la exclusión social, a los problemas de socialización, conducta y vinculación, entre otros.

Para definir esto, nos remitimos a lo que Carballada ha denominado “problemáticas sociales complejas”, entendiendo por éstas a problemáticas que contienen tanto características objetivas, como subjetivas. Resaltamos la importancia que se le reconoce a la subjetividad de cada individuo y cómo resuena en esta subjetividad, los efectos de las condiciones estructurales materiales y objetivas del sistema sociopolítico y cultural en el que el sujeto se inscribe.

En el espacio de recepción, nos encontramos con nuevos modos de padecimiento y nuevas demandas, ya no por la presencia de cuadros psicopatológicos, sino porque los sujetos se encuentran inmersos en situaciones familiares y sociales complejas. Pudimos dar cuenta cómo la dimensión social, económica y cultural, determina muchas veces la condición de salud que están atravesando los niños/as. Sin embargo, en respuesta al por qué demandan la intervención, nos encontramos con: *“vengo porque mi hijo está loco”, “ya no sé qué hacer con él” “no hace caso” “es agresivo”, “se hace pis y no entiendo por qué”*, entre otras. Sólo a medida que se sigue indagando sobre su historia, comienzan a aparecer otras variables que los profesionales deben tener en cuenta para dilucidar dónde intervenir.

La profesión del Trabajo Social en el campo de la Salud Mental, se encuentra donde el padecimiento se hace presente, donde las trayectorias se inscriben en los cuerpos y en las subjetividades, está allí escuchando, observando, interviniendo, convirtiendo ese padecimiento en resistencia. Reconocemos que la salud se define a partir de las determinaciones estructurales socio políticas y culturales que generan una estructura de posibilidades, de accesibilidad, y de integración, o de exclusión y desintegración; fundamentan y dan cuenta de las condiciones de vida como generadoras de los procesos de salud enfermedad, las cuales, deben ser tenidas en cuenta para el abordaje integral de problemáticas.

### **3.2 Estrategia de intervención**

En virtud del análisis sobre el objeto de intervención construido y el marco institucional en el cual nos insertamos, nos propusimos orientar la intervención, en función de la elaboración de estrategias que guiaron nuestro proceso y nos habilitaron a la acción durante nuestra inserción en el CIJ.

Retomando los aportes de Cazzaniga (2001), es que entendemos a la intervención profesional como la puesta en acto de acciones a partir de una demanda social, la cual se constituye en el marco de una especificidad profesional. A su vez, define a la misma como una construcción en un tiempo y en un espacio, generada desde los sujetos que demandan la intervención y las instituciones, incluyendo a su vez, al propio profesional. Siguiendo esta lógica, comprendemos a la intervención como un proceso, en donde no entran en juego esquemas de aplicación estáticos,

sino la construcción de estrategias de intervención como un quehacer dinámico que se redefine. Carballeda (2014), resalta la necesidad de comprender la artificialidad de la intervención, lo que aporta a desnaturalizarla y entenderla como un dispositivo que se entromete en un espacio, en tanto existe una demanda hacia ella.

Para conceptualizar las estrategias de intervención retomamos a González (2001), quien las define como un conjunto teórico metodológico que opera como una matriz orientadora de la actuación profesional, así como de su análisis. Son procedimientos, fundados en la teoría y en la comprensión de la realidad, utilizados para abordar un determinado problema. Están atravesadas por un diagnóstico y una evaluación continua, y una vigilancia constante del proceso de intervención. La autora considera, que en el diseño de las estrategias, el Trabajador Social, apela al uso de los propios conocimientos adquiridos, al de otros sujetos, profesionales e instituciones, es decir, que la intervención se encuentra en una red de relaciones que se va conformando entre los sujetos, los recursos disponibles y necesarios y el sujeto portador de dichos recursos. De esta manera, las estrategias de intervención operan como un conjunto de prácticas profesionales, conscientemente dirigidas, a resolver situaciones problemáticas de los agentes sociales en la reproducción de su existencia.

El proceso de elaboración de acuerdos que permitieron el desarrollo de nuestra intervención pre-profesional, requirió tomar y evaluar decisiones constantemente. Fundamentamos nuestra intervención desde tres dimensiones: viabilidad política, institucional y socio-cultural, ya que, consideramos que las estrategias suponen intereses diversos y conflictos entre los escenarios de lo posible y lo deseable.

El convenio celebrado entre la Facultad de Ciencias Sociales y el CIIJ, hace referencia a la dimensión política de la intervención, incluyendo los acuerdos institucionales con los diferentes actores participantes, además de la presentación de nuestras estrategias fundamentadas al equipo de cada taller, siendo necesarias sucesivas reuniones con nuestra referente institucional para tener su aval y aprobación. Se establecieron acuerdos entre el equipo de practicantes y los profesionales, en donde se construyeron de manera colectiva las necesidades a abordar, estableciéndose un compromiso y respeto de ambas partes. Nuestra

estrategia de trabajo, estuvo direccionada a responder a los intereses y objetivos de los sujetos con quienes trabajamos. Concebimos a las estrategias como acciones planificadas, donde la voz y la decisión de los niños/as y adultos referentes involucrados tienen que dar cuenta del proceso de desarrollo de transformación de la realidad.

Para dar cuenta de la dimensión institucional de la intervención, hacemos referencia a las condiciones materiales, como así también al funcionamiento y dinámica institucional que permitió realizar una fundamentación precisa sobre el plan de trabajo. Con la misma aludimos al conjunto de condiciones que devienen de la dinámica del funcionamiento de la institución en general. Consideramos que si bien las condiciones de equipamiento, infraestructura y recursos con los que cuenta el CIIJ son escasos, resultaron pertinentes para llevar a cabo nuestra intervención. El CIIJ brindó los espacios para realizar los talleres, además de los elementos de utilería necesarios.

Por último, respecto a la dimensión socio cultural, consideramos a los niños y niñas con padecimiento subjetivo, como sujetos activos, creativos y participativos, con la capacidad de desarrollar sus potencialidades y generar cambios positivos en los espacios sociales en los que se encuentran. Esto nos ayudó a reflexionar sobre la importancia de elaborar una estrategia que aborde al sujeto desde sus trayectorias, expectativas, saberes, experiencias, identidades y posibilidades.

Las estrategias diseñadas para nuestro proceso de intervención consistieron en:

1. La realización de Jornadas de talleres lúdicos en los dispositivos en los cuales estuvimos insertas (talleres de niños/as y mujeres), con el fin de generar espacios de diálogo, reflexión y participación sobre la reproducción de su vida cotidiana.

Consideramos que el abordaje grupal propicia las relaciones entre pares, donde cada uno de los miembros aporta desde sus trayectorias, saberes y conocimientos en pos de reflexionar sobre sus capacidades y potencialidades. Pensamos a estas jornadas como medios que permiten el intercambio y el diálogo.

2. La creación de un Documento de Sistematización (ver anexo), basado en una caracterización y análisis del perfil poblacional y demandas receptadas en la institución durante el año 2017, a partir de la participación del equipo en el dispositivo de Recepción. Dicho documento se construyó para ser entregado a la institución con el fin de que adquiriera el valor de un documento público sobre la problemática, de gran aporte y utilidad a la hora de planificar las líneas de acción, orientar la toma de decisiones en intervenciones futuras, responder demandas del CIIJ y de otras instituciones, y como fuente de información secundaria para los residentes y profesionales.

A partir de esto, consideramos relevante el diseño de un plan de trabajo que dé cuenta de los objetivos, metas, actividades y recursos que guiaron nuestra intervención.

### **3.3 Del diseño a la acción**

De este recorrido, comenzamos a elaborar un plan de trabajo a partir de la construcción de objetivos y metas. Nos propusimos en primer lugar, como objetivos generales los siguientes:

- Visualizar las representaciones y prácticas estigmatizantes que atraviesan el proceso salud-enfermedad, contribuyendo al abordaje de los padecimientos subjetivos que manifiestan los niños y niñas que asisten al CIIJ.
- Contribuir y generar posibilidades de diálogo, reflexión, participación y construcción de conocimientos, entre los profesionales y las familias sobre las problemáticas de Salud Mental y niñez.

En segundo lugar, nos propusimos como objetivos específicos los siguientes:

- Analizar cómo inciden las representaciones y prácticas estigmatizantes por parte de las instituciones educativas y las familias, sobre los niños y niñas con padecimiento subjetivo, en la vida cotidiana y construcción de su identidad.
- Generar espacios de intercambio y producción de saberes en el marco de las Leyes de Niñez 26.061 y Salud Mental 26.657, en los dispositivos institucionales, con las familias de los niños/as que asisten al CIIJ.

- Analizar las características de las demandas receptadas en el CIIJ durante el año 2017, para el aporte de conocimientos y lineamientos que posibiliten una intervención más integral con los sujetos.

En tercer lugar, nos propusimos como metas a lograr las siguientes:

-Finalizado los talleres, que los niños y niñas del taller Compartiendo hayan logrado expresar sus emociones libremente, manifestando a través del juego creador, la capacidad de vinculación con otros/as.

-Finalizado los talleres, que las mujeres del taller Entre manos hayan logrado reflexionar e interiorizar conocimientos sobre los marcos normativos de Salud Mental y Niñez.

-Finalizadas las prácticas, que los profesionales del CIIJ reconozcan y visibilicen a través del documento, la necesidad de sistematizaciones que aporten dimensiones orientadoras al abordaje integral de las problemáticas que atraviesa la salud mental de los niños y niñas que asisten a la institución.

Llevamos a cabo el Plan de Trabajo a partir de técnicas e instrumentos cualitativos, que nos ayudaron a dilucidar y comprender representaciones y dimensiones de la vida cotidiana de los niños, niñas y sus adultos referentes, y a partir de una recolección de datos e insumos necesarios para lograr una intervención fundada.

En relación a la dimensión metodológica, las técnicas e instrumentos utilizados fueron: revisión de literatura sobre Salud Mental y niñez, redacción y análisis de los cuadernos de campo, observación participante y coordinación en los espacios de talleres, entrevistas abiertas y en profundidad a profesionales del CIIJ, sistematización de genogramas construidos en las recepciones; posibilitando la comprensión de los sujetos de intervención y sus contextos sociales, reconociendo al otro como sujeto hablante, capaz de expresar sus representaciones, vivencias y prácticas.

### **3.3.1 Jornada de talleres lúdicos**

El proceso de intervención comenzó con la planificación de las jornadas de los talleres lúdicos y vivenciales, para los que planteamos varios núcleos centrales a tener en cuenta: establecer la escucha como principal herramienta, identificar los sentidos y las diversas formas de comunicación de los sujetos, tener en cuenta el contexto e historia de vida, de-construir representaciones y prácticas estigmatizantes para lograr el reconocimiento del niño y niña como sujetos de derecho.

Reconocemos y valoramos al juego como una herramienta a través de la cual, se manifiestan las representaciones en torno a la realidad y se canalizan las emociones y sentimientos; los espacios lúdicos posibilitan el desarrollo de la imaginación y la capacidad creadora para la resolución de problemas, malestares o ansiedades, fortalecen la escucha y el encuentro con otros sujetos.

El plan de trabajo fue presentado a nuestra referente institucional y a una de las psicólogas a cargo de los talleres. Luego de modificaciones en sus primeras presentaciones, se logró consenso y viabilidad a la propuesta.

Las jornadas de talleres lúdicos se llevaron a cabo en dos talleres: en el taller Compartiendo (con niños y niñas) y en el Taller Entremanos (con adultas referentes), a los fines de adecuar las técnicas y los contenidos a trabajar a los sujetos destinatarios.

En primer lugar, para la participación de los niños y niñas a la jornada de taller lúdico en el Taller Compartiendo, se desarrollaron diversas estrategias debido a la inconstante concurrencia (llamadas telefónicas y reprogramaciones de las actividades, por lo que sólo pudimos concretar un taller). La actividad del primer taller llamada “¿Qué siento?” comenzó con una rueda de presentaciones donde cada uno debía decir su nombre y saludar al grupo de un modo no convencional, inventado, propio y original. Dinámica que se venía desarrollando en todos los talleres. Finalizada la ronda de saludos, les comentamos el motivo de nuestro taller. Como apertura, para introducir el tema de las emociones, nos sentamos en una mesa redonda y comenzamos a preguntarles cuales conocían. En esta actividad los niños/as se mostraron interesados y respondieron: “*felicidad,*

*desagrado, enojo, sorpresa*”. Las emociones de *miedo* y *tristeza* no fueron nombradas.

Luego de esto, narramos el cuento “Merlín y sus emociones” (ver anexo). Ellos escucharon atentamente y se fueron imaginando el relato. Todos los niños/as participaron en las preguntas y comentarios que fueron surgiendo y al finalizar el cuento, logramos identificar en cómo confundían la emoción de la tristeza con el miedo, las percibían como emociones iguales.

Finalizado el cuento, realizamos un juego con un cubo de preguntas sobre emociones. Todos los niños/as se mostraron interesados y ansiosos por conocer esta actividad, si bien al principio, hubo cierta negación o resistencia por parte de los niños/as para expresar sus emociones, luego con incentivo y ayuda de los profesionales y el equipo de prácticas pudieron hacerlo libremente.

Con respecto a la pregunta del cubo *¿Qué te hace feliz?*, pudimos determinar una categoría común:

- Recreación y juegos.

Con respecto a la pregunta *¿Qué te pone triste?*, agrupamos las respuestas en las tres categorías siguientes:

- Ausencia de espacios de recreación y juegos.
- Ausencia de vínculos con pares.
- Falta de atención por parte de los adultos referentes.

Con respecto a la pregunta *¿Cuándo te sentís en calma?*, agrupamos las respuestas en una sola categoría, ya que al momento de contestar esta pregunta, los niños/as no identificaban esta emoción, y si lo hacían, no lograban reflexionar sobre algún momento en el que estuvieran o hubieran sentido calma.

- Cuando los pares, adultos referentes y docentes les transmiten tranquilidad.

Con respecto a la pregunta *¿Qué te enoja?*, agrupamos las respuestas en dos categorías:



- Falta de atención y escucha de los adultos referentes.
- Falta de compañerismo entre los pares.

Por último con respecto a la pregunta *¿Cuándo tienes miedo?*, surgió una categoría común entre todos los niños/as:

- Ausencia de los adultos referentes.

Por último, como cierre se planteó la actividad del termómetro de emociones (emociómetro) donde se les preguntó, a modo de evaluación final, si se habían sentido cómodos y si les había agradado el encuentro, utilizando un broche para señalar su emoción en el mismo. Entre las respuestas a estas preguntas surgieron:

*“Enojo, porque se termina el taller, y calma porque en el taller me siento en calma”.*

*“Alegre y en calma, así me sentí en el taller, siempre y hoy”.*

*“Enojada y triste, porque no quiero que se acabe el taller porque me hace sentir bien”.*

Se dió por terminada la jornada con un agradecimiento del equipo por la participación de los niños/as.

A partir de los resultados obtenidos, dimos cuenta de la importancia que tiene para los niños y niñas los vínculos construidos con sus pares y adultos referentes. La conformación de relaciones estables y perdurables en el tiempo, brindan un marco de contención y protección para el desarrollo del niño/a.

En el ámbito escolar, las relaciones que los niños/as mantienen con sus compañeros de curso pueden verse afectados debido a varios condicionantes, como la mirada discriminatoria que los docentes manifiestan hacia el niño/a, como “diferente”, transmitiéndolo al curso y/o en la reducción de la jornada escolar de algunos de los niños/as, no pudiendo compartir la totalidad del tiempo con sus pares.

En el ámbito familiar, las relaciones que los niños/as mantienen con los adultos referentes también pueden verse afectados por la subestimación y desinterés de

éstos hacia el niño, sumado a la sobrecarga, desgaste y preocupación sobre la subsistencia. Asimismo por la ausencia de estímulos, la falta de espacios para compartir y tiempo para el juego. Los adultos, deben ofrecer a los niños espacios de juego y recreación, partiendo de considerar al juego como una necesidad y un derecho. También resulta relevante reconocerlo como dispositivo esencial de la socialización. Así, elegir cómo jugar nos permite inventar nuevas realidades, distintos puntos de llegadas y partidas, en la medida en que nos atrevamos a cuestionar y recrear, junto con otros, las reglas. En este sentido, lo expresado en los talleres, da cuenta de la necesidad de reforzar el trabajo con los adultos referentes. Es necesario que todos aquellos que tienen incidencia en la cotidianidad de los niños/as, se constituyan en mediadores, facilitadores y orientadores, contribuyendo decididamente a efectivizar los derechos de éstos.

En segundo lugar, las dos jornadas que llevamos a cabo dentro del espacio del Taller Entremanos adultos, fueron pensadas luego de un primer acercamiento con las adultas referentes, donde pudimos identificar sus necesidades, deseos y representaciones con respecto a sí mismas y para con los niños/as.

El primer taller llamado “Como soy” tuvo como objetivo que las mujeres puedan reconocer sus cualidades y capacidades en función de su rol como mujer. Dicha actividad surge a partir de un debate que se generó en el espacio en torno a la concepción de “madre”, por lo que se les solicitó a las adultas referentes que lleven al taller en una hoja escrita tres cualidades de sí mismas en el rol de mujer y en el de adultas referentes de los niños y niñas, para luego compartirlo con el resto del grupo.

Al comenzar con la puesta en común sobre lo que se les había solicitado, la mayoría de las mujeres expresaron que no habían tenido tiempo para realizarlo en sus hogares, lo que conlleva a que algunas lo hicieran al momento del encuentro. Entre los motivos se dilucidó la sobrecarga de actividades domésticas que les competían (cuidado de niños/as, ayuda sobre tareas escolares de ellos, actividades domésticas y empleo). Lo dicho, da cuenta de que los cambios en la estructura socioeconómica y los nuevos espacios destinados al modelo mujer–madre suponen retos para las mujeres, ya que a la responsabilidad de la producción, reproducción, cuidado y crianza de hijos/as, se suma la jefatura del hogar. Cabe

aclarar, que para la realización de las actividades domésticas, las adultas referentes también se valen de capital social, en términos de relaciones y vínculos familiares, de amistad y vecinales. Retomamos la idea del rol de la mujer actual, que tiene constantes responsabilidades, exigencias y funciones en su papel de crianza, en la lucha por satisfacer las necesidades sociales y emocionales de sus niños/as, este mandato de “ser para otros” (producto del sistema patriarcal) que conduce a menudo a que dejen de pensar en ellas, en su rol de mujer.

Sólo una de las mujeres logró realizar la actividad en su hogar, manifestando que debió consultarle a sus hijos/as que veían de positivo en ella, ya que le resultó dificultoso reconocer sus propias cualidades. Este obstáculo se visibilizó también en el espacio de taller con las demás mujeres, por lo que debimos ayudarlas e intervenir. Consideramos que la falta de consolidación como grupo, la escasa concurrencia (2 o 3 mujeres por encuentro) y la salida e incorporación constante de nuevas integrantes, llevaba a limitaciones para construir diálogos, debates y generar empatía entre ellas. Como resultado de la actividad, la cualidad común que expresó la totalidad fue: “buena amiga y compañera”. Al finalizar, se realizó un debate ofreciendo herramientas para poder pensarse y re pensarse desde sus posiciones.

Podemos analizar que las mujeres han sido y son educadas todavía en muchas ocasiones, casi exclusivamente, para el desempeño de su “misión familiar”. Tienen diversos modos de hacerla efectiva en los contextos histórico-culturales en que viven. Esta “misión” sería su suprema y única “carrera”, que lleva implícitos como roles fundamentales su condición de esposa y madre, juntamente con habilidades que se relacionan con la reproducción, la atención al bienestar bio-psico-social de los miembros de la familia y de su unidad.

Según Cano (2017), en sociedades como las nuestras, plurales, diversas, los liderazgos de las mujeres pueden quedar ocultos por la estructura social patriarcal. Quisiéramos mencionar dos mecanismos de exclusión, negación e invisibilización sobre las mujeres.

El primero, es el uso de la palabra en el espacio público y privado, un poder ejercido en formas institucionalizada, construyendo así un discurso de “segunda

clase” donde la palabra de las mujeres “vale menos” que la palabra de los hombres. Se silencia a las mujeres y se justifica el ocultamiento de ellas en los espacios de decisión. Fraser (2006), expresa que el uso del lenguaje es un privilegio y un reconocimiento en la participación pública y en la elaboración de las normas de convivencia social, el hecho de negar a las mujeres este privilegio, implica un recorte de la identidad propia y un desplazamiento hacia los “no lugares” sociales.

El segundo mecanismo de exclusión, es la organización del espacio, como un constructo histórico, que sitúa y clasifica a los sujetos otorgándoles mayor o menor dominio sobre la esfera social en función del lugar ocupado. Así, los modelos de liderazgo reconocidos de mujeres son menores y su influencia también.

Dado que el empoderamiento de las mujeres detiene la base material sobre la que se asienta la autoridad masculina y cuestiona el control tradicional de los hombres sobre ellas, es esperable que se produzca una pérdida de la valoración social de éstos y, en cierta forma, un proceso de desempoderamiento, lo que genera ciertos conflictos en cuanto a la posición que ocupan.

En el segundo taller planificado participaron 3 mujeres. Dicha actividad fue llamada “Derechos del Niño”, considerando que el 20 de noviembre se conmemora el “Día internacional de los Derechos del niño/a”. Para comenzar, las mujeres se sentaron en ronda y se dispusieron sobre la mesa 10 tarjetas sobre derechos (historietas de Mafalda) para una realizar una lectura en común. En general, las mujeres no tenían conocimiento sobre la existencia de la Declaración de los Derechos del Niño, por lo que se fue explicando cada derecho. Las tarjetas se leyeron de manera rápida, reconociendo la importancia de que sean respetados, más allá de esto, la actividad no dió lugar a una problematización y debate en cuanto a la efectivización de los mismos, que hubiera sido enriquecedor.

Consideramos en primera instancia, que para lograr una efectiva intervención con las adultas referentes, se deben revalorizar estos espacios de talleres por parte de la institución; reforzar la concurrencia de acuerdo a sus necesidades, deseos y motivaciones, para así poder generar momentos de diálogo y socialización,

posibilitando la construcción de vínculos y de un espacio de significación y reflexión colectiva que permita la libre expresión y el acompañamiento de las mujeres, para lograr la apropiación del espacio. Realizamos además una autocrítica, ya que consideramos que el proceso de intervención llevado a cabo por el equipo no permitió desarrollar espacios de generación y fortalecimiento de relaciones sociales entre las adultas referentes como así también el desarrollo de los talleres propuestos.

Los sujetos son afectados directa o indirectamente en los procesos de participación e interacción, los que inciden en la construcción de subjetividades, que a su vez, van creando identidad y confiriéndoles sentido al grupo. Luego de consolidado el grupo se podrán abordar aquellas problemáticas que atraviesan la vida cotidiana de los niños y niñas con padecimiento subjetivo, con el propósito de que las temáticas sean de interés y que por supuesto interpelen a los sujetos.

Consideramos fundamental el trabajo en conjunto con los adultos referentes para el reconocimiento de los niños/as como sujetos de derechos, capaces y activos en el proceso de salud-enfermedad, la necesidad de espacios colectivos de reflexión sobre sus vidas cotidianas y el fortalecimiento de los adultos referentes como cuidadores de los derechos de los niños/as.

### **3.3.2 Documento de sistematización de recepciones**

Como equipo, coincidentemente con una necesidad sugerida de los profesionales de la institución, nos propusimos formular un documento de sistematización de recepciones como aporte para el abordaje de las problemáticas de Salud Mental desde un enfoque integral.

Siguiendo a Cifuentes (2016), una sistematización es un recurso metodológico que aporta a la producción intencionada de conocimientos sobre y desde la práctica, de modo que podamos contextualizarla histórica y socialmente, e interpretarla. Permite medir y valorar cuantitativa y cualitativamente determinados datos relevantes de una problemática. En relación a esto, queremos destacar que el quehacer profesional no es un mero hacer, sino un saber-hacer entre sujetos, es decir, que supone de una construcción de conocimientos que guían nuestra intervención y toma de decisiones constantemente. Entonces, intervenir es hacer

sabiendo y conocer haciendo. Es por eso que hay que considerar a la intervención como un punto de llegada (modo de conocer) y un punto de partida (momento de la intervención que dará lugar a otro tipo de decisiones).

Dicho esto, consideramos al Documento de Sistematización de las recepciones como un espacio de construcción de conocimientos por parte del equipo. Las variables que seleccionamos van desde una caracterización de la familia del niño/a, de los adultos referentes, de los niños/as, hasta el origen de la demanda. Nos resultó pertinente analizar los indicadores de las variables que predominaron en mayor medida, los cuales consideramos relevantes a la hora de pensar el padecimiento subjetivo en los niños y niñas.

El contexto económico, social y la vulnerabilidad que atraviesan las familias, son un condicionante para el desarrollo integral de los niño/as. En términos generales, los datos surgidos, nos muestran que la mayoría de las familias de los niños/as corresponden a tipologías monoparentales con jefatura femenina y ensambladas. Las familias y adultos referentes que asisten a las recepciones y solicitan intervención o tratamiento en el CIIJ (60% madres de los niños/as), provienen de la zona sur de la ciudad de Córdoba en un 64%, de un entorno signado por la vulnerabilidad y la pobreza no indigente, manifiesto en la escasez de recursos tanto materiales como no materiales, con una significativa inestabilidad laboral, lo cual genera obstáculos para acceder al sistema de atención pública de salud y salud mental, el 32% no posee cobertura médica por obra social. Entre las problemáticas sociales que mayormente atraviesan los adultos referentes y por ende la familia, se puede observar que un 52% sufre violencia, incluyendo en esta categoría la violencia de género y/o hacia los hijos/as.

Asimismo, el bajo nivel de escolaridad de los padres (20% cursó el secundario pero no lo finalizó) puede llevar a dificultades para el acompañamiento a sus hijos/as en las tareas que provienen del sistema educativo formal y para la reproducción de la vida cotidiana. Esto hace que se vean en la necesidad de desarrollar nuevas estrategias y dinámicas familiares para cumplir la escolaridad de los niños/as. Recuperando los motivos de deserción de las adultas mujeres, se cuentan las condiciones económicas y sociales en las que se encontraban inmersas, convirtiendo en imperativo el interrumpir sus estudios para poder

desplegar estrategias más urgentes de supervivencia. De esta forma, no es menor, la necesidad de dejar asentado que su deserción escolar no es en sí una causa, sino, más bien, expresión consecuente de las condiciones de vulnerabilidad social que las atraviesan.

Las edades de los niños y niñas oscilan entre los 5 y 9 años. Con respecto a su salud, la mayoría no sufre de patologías físicas, cuenta con una nutrición adecuada y la mayoría de los motivos de consulta fueron sobre problemáticas psicológicas y/o sociales escolares, específicamente sobre el bajo rendimiento de los niños/as, y sobre problemáticas psico sociales de conducta, como la apatía, seguido al mal comportamiento. Observamos que el 48% de los niño/as que acuden, cuentan con un Certificado de Discapacidad otorgados por organismos estatales a los niños/as “difíciles” que no “encajan” por ejemplo, en el colegio, diagnosticados apresuradamente con un rótulo que autoriza que sean medicados.

La totalidad de ellos se encuentran escolarizados. Su escolaridad se presenta atravesada por tratamientos referidos a Salud Mental, es decir atención psicológica, psicopedagógica, psiquiátrica y/o neurológica. Las actividades diarias que realizan los niños, según los datos obtenidos, son en su mayoría el uso de tecnologías. Sólo el 8% participa de espacios que propicien el juego y la socialización con otros.

Las demandas provienen de derivaciones del ámbito escolar en un 48%, generalmente, los adultos referentes presentan los informes escolares de las instituciones educativas, solicitando tratamiento psicológico para el niño; y 36% del ámbito de salud, mediante diagnósticos realizados por psicólogos de otros instituciones o particulares.

Claramente, en los datos se observa la débil contención con la que cuentan los niños/as, por parte de las instituciones que deberían acompañar y estimular la constitución y desarrollo de la subjetividad: la familia y la escuela. La primera, porque como muchas veces no se encuentra en condiciones de atender más allá de las necesidades básicas; la segunda, porque está atravesada por la ausencia de recursos y herramientas necesarias para atender las problemáticas que surgen.

Por último, durante el año, se presentó una amplia heterogeneidad y complejidad de problemáticas psicosociales. En definitiva, las variables explicitadas conforman un conglomerado de problemáticas que profundizan el padecimiento subjetivo de los niños/as. El desafío es la permanente construcción colectiva de nuevas estrategias interdisciplinarias de intervención que puedan abordar de una manera integral las situaciones heterogéneas que se presenta.

#### **3.4. Evaluación de la experiencia de intervención**

Realizamos en este apartado una evaluación de nuestro proceso de intervención en el CIIJ, con el fin de asentar todo el camino ya recorrido no sólo en la institución, sino también en el campo problemático que hemos elegido como equipo, generando aportes a quienes pretenden continuar trabajando en el área, para darle continuidad a las intervenciones realizadas y/o abordar aquellos aspectos pendientes. Nuestra intervención se encuentra situada en un tiempo y un espacio (contexto institucional) determinado, dos dimensiones que imprimen un ritmo particular a nuestro proceso.

La motivación respecto al campo problemático “Salud Mental y Niñez”, surgió a partir del cursado del Seminario “Trabajo Social con Niños/as y Adolescentes”, actuando como disparador a la hora de debatir la importancia que tienen las instituciones estatales y societales que abordan problemáticas de niños/as.

La evaluación según Muñoz (1989), es un proceso político y científico sistemático con procedimientos de indagación pre-establecidos para producir conocimientos, orientar la toma de decisiones, la gestión y los aprendizajes en una intervención. Es un proceso de aprendizaje permanente, integral y continuo, que permite determinar los errores cometidos en los procesos de tomas de decisiones y proponer las consecuentes medidas preventivas y correctivas necesarias.

En primera instancia, nuestra práctica pre-profesional debe ser analizada a la luz de la dimensión ética, ya que ésta atraviesa la intervención del Trabajador Social y es la base para que las decisiones y acciones que tomamos sean responsables frente a los sujetos con los que intervenimos. Siguiendo a Nora Aquín (2000), toda intervención profesional implica un momento de justificación de nuestras elecciones en base a lo que consideramos justo y bueno. En este sentido,



consideramos que los procesos de reflexividad a la hora de poder pensar y comprender ciertas situaciones que se nos presentan, son esenciales y están presentes en todo momento. Retomando a Heler (2002), la reflexión ética, implica una revisión crítica de nuestras formas de ver, entender y pensar nuestra intervención; requiere de una actualización permanente de teorías, perspectivas y corrientes sobre cada temática, que permitan superar intervenciones dogmáticas. Es un poder crítico, dada su capacidad para cuestionar y transformar las relaciones sociales, con el objetivo de contribuir a asumir decisiones responsables con el “otro”, con quiénes y para quienes trabajamos.

Para no transgredir el Código de Ética de Trabajo Social, resultó relevante el acompañamiento y la supervisión de la docente a cargo y de la referente institucional de nuestra práctica, junto con la revisión y autoevaluación permanente, por parte del equipo.

Es necesario destacar que el quehacer profesional se orienta y guía por los principios éticos que establece el Código, que prescribe normas, derechos, deberes y sanciones, orientando el comportamiento individual de los profesionales. Los valores éticos políticos fundamentales de la profesión y que guiaron nuestra intervención son el reconocimiento de la libertad, la justicia social, la igualdad, la solidaridad y la inclusión social.

Entre los principales deberes de los trabajadores sociales, que prescribe el Código y tuvimos presente en nuestra intervención, se establece resguardar el derecho del sujeto a una relación de respeto y confiabilidad, respetar la autodeterminación de los sujetos, el ejercicio responsable de su libertad a la hora de tomar sus decisiones y acciones y actuar a partir del consentimiento de ellas. Además, asegurar la confidencialidad e inviolabilidad de la documentación e información haciendo un uso responsable de la misma y no divulgar la información obtenida sin el expreso consentimiento del sujeto.

En segunda instancia, en torno a una dimensión práctica, realizamos una evaluación prospectiva con respecto a la factibilidad de nuestro plan de trabajo y posteriormente, una evaluación retrospectiva con la finalidad de determinar el contexto institucional y las relaciones interpersonales que posibilitaron nuestra

inserción en la institución, la pertinencia de las estrategias y líneas de acción desarrolladas y el logro de los objetivos planteados.

A modo de análisis, tomamos en cuenta los momentos de nuestro proceso de intervención, éstos no son lineales, sino que son avances desde adelante hacia adentro (procesos latentes).

La libre elección del escenario de intervención (centro de prácticas) que nos permitió la Facultad de Ciencias Sociales, se dió a partir de los convenios existentes con distintas instituciones, en la que se encontraba el CIIJ.

Luego del primer acercamiento a la institución, la directora del CIIJ aceptó y accedió a la inserción del equipo y junto con la Trabajadora Social, mostraron predisposición e interés en nuestra participación como estudiantes, dado que uno de los objetivos del CIIJ es apoyar la formación académica de grado y posgrado en esta área temática. Sin embargo, se nos presentaron ciertos condicionamientos respecto a horarios y días específicos en que podíamos asistir. Sólo se permitía un máximo de dos estudiantes por cada grupo de práctica de las distintas carreras que acuden al CIIJ, para evitar la sobrepoblación debido al escaso espacio y al aumento de la demanda durante el último tiempo. A ser tres integrantes, estuvimos obligadas a asistir a los espacios de manera individual. Esto significó nuestro primer desafío en la inserción del espacio institucional.

Reconocemos la importancia que adquiere la autonomía para la viabilidad de nuestra intervención, ya que en el espacio institucional al momento de intervenir aparecen desafíos particulares relacionados principalmente al juego de negociaciones y luchas.

La situación inicial, el momento de inserción en la institución, significó un desafío para el equipo y evidenció el escaso conocimiento que teníamos del marco teórico e institucional desde donde se aborda la problemática allí, los objetivos, las actividades que se realizan, las metodologías de trabajo y los posicionamientos de los profesionales.

En el transcurso de la intervención, fuimos adquiriendo herramientas que nos permitieron entender las dinámicas de la institución, las demandas de los actores

involucrados, las necesidades de los niños/as con padecimiento subjetivo y sus familias, como también, interiorizarnos en las características propias del campo y su complejidad. Esta primera etapa, podríamos decir de observación, indagación y análisis, nos permitió acercarnos al contexto en el cual se desarrollaría nuestra intervención.

Dentro del encuadre profesional con el que contamos, nuestra referente institucional, fue clave a la hora de facilitar la inserción a los distintos espacios con predisposición y actitud abierta. El encargo de la institución hacia nosotras quedó explícita en la sugerencia, propuesta de ella de insertarnos e involucrarnos en recepciones y talleres para desarrollar nuestra intervención.

Durante todo el proceso, mantuvimos supervisiones con nuestra referente institucional, así como para consultar dudas y reflexionar conjuntamente sobre el ejercicio profesional y los acontecimientos y actividades que se daban en el espacio. Las reuniones con ella permitieron enriquecer las miradas que construimos. El vínculo se estableció de manera positiva y horizontal. A su vez, la presencia del equipo de profesionales, con vasta experiencia profesional, fue fundamental no sólo a la hora de conocer la temática, la dinámica institucional, sino además para el acompañamiento de las actividades. Pudimos observar como dentro del equipo de profesionales se materializa la articulación interdisciplinaria, la que se reconoce deber fundamental del rol del Trabajador Social para favorecer una visión integral de la realidad social (Art.11, Código de Ética), en tanto, que las nuevas demandas de los sujetos requieren de más de una disciplina para ser abordadas, debido a su complejidad, y donde es necesario brindar un abordaje integral, contemplando la incorporación de múltiples dimensiones y la interacción de diversas disciplinas. Se sostienen los espacios de diálogo, donde cada profesional no pierde su especificidad, sino que aporta desde ella. Sostenemos que la interdisciplina es un lugar que se construye cotidianamente en función del diálogo que instaura la intervención, generándose de esta forma un punto de encuentro. Es interacción y reciprocidad, es decir, una complementariedad. *“Cada profesión es una pata más de la mesa, entendiendo que si alguna falla, la misma no puede sostenerse”*. (Psicóloga del CIIJ) La existencia de espacios de encuentro y de discusión de casos entre los profesionales, facilita el trabajo

coordinado y conjunto, tendiente a propiciar la articulación profesional e institucional. La diversidad de miradas permite complejizar las situaciones y consecuentemente el abordaje también se modifica. Podrían considerarse como obstáculos para los profesionales, la falta de espacios físicos para las actividades, la sobrecarga laboral, los tiempos institucionales y las prioridades que impone la institución en el quehacer profesional. En relación a lo dicho, las prácticas pre profesionales y residencias de la Risamij de otras carreras, refuerza la interdisciplina.

Nuestro involucramiento en la institución, significó un aprendizaje continuo en relación a nuestro campo, asimismo, nos condujo hacia la construcción de una mirada crítica que derivó en cuestionamientos profundos sobre la actual emergencia por la que atraviesan los niños y niñas con padecimiento subjetivo.

La apertura de diferentes espacios permitieron el desarrollo de nuestra intervención, con momentos que implicaron re-contruir y re-pensar desde lo teórico práctico y metodológico, los objetivos, el plan de trabajo y las relaciones que se fueron estableciendo. Carballada (2007), expresa que la palabra intervención proviene del término latino ‘intervenio’, que puede ser traducido como ‘venir entre’ o ‘interponerse’. De ahí que ‘intervención’ pueda ser sinónimo de mediación, intersección, ayuda o cooperación. Agrega, además, que es un dispositivo que se entromete en un espacio, en tanto existe una demanda hacia ella. De ahí que la demanda sea el acto fundador de la intervención.

A través de las entrevistas en las recepciones, descubrimos un conglomerado complejo de situaciones y problemáticas sociales, institucionales y políticas, que van mucho más allá de las voluntades individuales de los sujetos, y que confluyen en la profundización de los padecimientos subjetivos de los niños/as, lo que constituye la demanda de esta intervención.

Posteriormente, a la hora de empezar a pensar en la construcción del objeto de nuestra intervención, surgieron interrogantes que los tratamos de aclarar desde la teoría, desde nuestra formación profesional y nuestras experiencias prácticas. Teníamos claras las dimensiones que queríamos abordar pero no sabíamos desde donde encararlo, queríamos darle una nueva perspectiva a lo que normalmente se

venía trabajando, reconociendo la necesidad de ofrecer otra mirada, en la de no centrarnos en cómo el padecimiento subjetivo afecta los lazos sociales del niño, sino, en cómo los vínculos sociales y familiares profundizan o generan la problemática del padecimiento subjetivo, centrándonos en las representaciones y prácticas estigmatizadoras.

La vigilancia epistemológica hace referencia a un estudio crítico y autocrítico respecto a las condiciones de producción de conocimiento, es decir, es la capacidad de reflexionar y la coherencia teórica en relación al lugar que se ocupa en el campo científico, planteando la necesidad de un distanciamiento respecto de los discursos de sentido común, los pre conceptos, las pre nociones, etc. Es por esto, que el objeto de intervención es resultado de una construcción teórica, que se debe a la actualización permanente de teoría y supervisión. La misma nos permite posicionarnos en el análisis de nuestras concepciones de sujeto.

Tomamos en consideración, que nuestra intervención sobre el objeto/sujeto, tuvo resultados acotados en relación a los talleres, debido a que de los dos talleres lúdicos planteados para los niños/as, sólo se concretó uno; ambos talleres necesarios para abordar con mayor profundidad la problemática.

Fue en las recepciones donde pudimos recabar mayor información relevante para el análisis de nuestro objeto, a partir de las cuales elaboramos como estrategia de intervención el Documento de Sistematización; al presenciarlas, escuchar y observar a los adultos referentes de los niños/as se manifestaron con mayor claridad las representaciones estigmatizadoras que se reproducen y circulan en el entorno de los niños/as y la manera en que estas representaciones profundizan el padecimiento subjetivo.

De acuerdo al diseño e implementación del plan de trabajo, nos proponemos evaluar el impacto de las estrategias de intervención planteadas y/o ejecutadas con respecto a los objetivos buscados, en función de una direccionalidad dada y en el marco de un encuadre y contexto institucional.

Enmarcamos nuestra intervención en el artículo 7 del Código de Ética de Trabajo Social, según el cual uno de nuestros deberes y derechos es elegir y utilizar el método, estrategia y técnica profesional que en cada caso se considere adecuado al

desempeño de las funciones y el artículo 16, inciso 5, de acuerdo al que debemos garantizar la eficacia en el proceso de intervención profesional, debiendo actuar siempre con la diligencia y celeridad que amerite cada situación.

En primera instancia, con respecto al documento de sistematización de las recepciones, tuvimos en cuenta la fidelidad de los datos y el grado de representatividad de las muestras. Observamos que la información recabada constituye una muestra representativa no de cantidad sino de calidad. Pudimos recabar datos fidedignos, acordes a lo que nos habíamos planteado indagar.

En segunda instancia, con respecto a los talleres, definimos como variables a tener en cuenta: apropiación de los contenidos trabajados, grado de participación, grado de motivación, respuestas a las consignas y tipos de relaciones establecidas entre los participantes de los diferentes talleres. Además, con respecto a nuestro rol como coordinadoras, el grado de empatía con los niños/as y mujeres, capacidad de conducción de los talleres y manejo de conflictos e imprevistos.

En los talleres realizados, los dispositivos lúdicos constituyeron un mecanismo didáctico-dinámico, que funcionó como disparador para la apropiación de los contenidos por parte de los sujetos.

La participación fue activa, en tanto los niños/as como las mujeres, estuvieron predispuestos a formar parte de los talleres y realizar las actividades que se propusieron, aportando, planteando dudas, experiencias y opiniones en torno a lo que se estaba trabajando. Pudimos notar, que a partir de los estímulos recibidos, los niños/as fueron capaces de exteriorizar sus ideas, discernir y elegir materiales para llevar a cabo las actividades lúdicas y creativas, lograron compartir vivencias con sus pares y con nosotras. Entendemos la importancia de que los niños/as cuenten con espacios de escucha, diálogo, recreación y esparcimiento que les permita canalizar sus emociones y tensiones.

Como equipo, logramos tener autonomía tanto en la planificación de las actividades como en los encuentros. Esto nos permitió poner en juego nuestras habilidades profesionales adquiridas durante la carrera. Logramos coordinar con éxito los talleres y afrontar los obstáculos que fueron surgiendo en el devenir de los mismos.

Los principales obstáculos que se nos presentaron fueron el escaso margen de tiempo para realizar los talleres y la escasa concurrencia de los niños/as y las mujeres debido a situaciones particulares que se lo impedían, lo que nos demandó una revisión desde lo teórico y práctico, que requirió una reconstrucción de los contenidos y las actividades a realizar; debimos repensar y reorganizar aspectos metodológicos para el logro de los objetivos planteados y reforzar la convocatoria.

Observamos que la escasa concurrencia a los talleres, se debió a diversos motivos, que nos excedieron. Por un lado, las condiciones edilicias reducidas y la escasez de recursos, limitaban a los talleres y no permitían la realización de actividades nuevas, diferentes a lo que ya se venía trabajando, que pudieran generar mayor interés y motivación, tanto para los sujetos como para los profesionales. A su vez, los espacios de talleres no fueron una prioridad este año para la institución, y la sobredemanda que se presentaba y las problemáticas cada vez más complejas, requerían de doble de tiempo y esfuerzo e implicaban un gran desgaste físico y emocional para los profesionales.

Por otro lado, tuvimos en cuenta los nuevos contextos económicos por los que transcurren las familias y que afectan a su dinámica y economía familiar. Los padres afirmaban: *“No tenía quien me lo trajera, yo tenía que trabajar”, “no tenía plata para el colectivo”*.

Al hacer un análisis general de lo trabajado en los distintos talleres, pudimos llegar a la conclusión que cuando se les brinda a los niños/as el espacio para que se expresen libremente sin limitaciones ni de tiempo ni de forma, son capaces de despojarse en cierta medida, de las representaciones estigmatizadoras y manifiestan sus potencialidades. A partir de lo vivenciado, pudimos determinar que los objetivos planteados no pudieron ser alcanzados en su totalidad debido a que aparecieron limitaciones para llevar a cabo ciertas actividades en los talleres, parte de nuestras estrategias. En relación a lo dicho, consideramos que el escaso período de tiempo que tuvimos para realizar nuestra práctica pre-profesional se constituyó en una amenaza para el equipo, sin embargo, lo surgido en los talleres con niños/as, constituyen pistas para seguir pensando los abordajes de la institución y aportaron al proceso que venían realizando los niños/as que participaban del espacio.

Finalmente, el cierre de nuestra intervención en el CIIJ en el mes de Noviembre, requirió de una tarea de análisis y reflexión, se constituyó en un espacio de devolución presentado ante el equipo de profesionales de la institución. La devolución, siguiendo a Rotondi (2005), se plantea como dispositivo, el cual consiste en un momento de reflexión, de encuentro, de puesta en común entre los diversos actores del proceso de intervención (sujetos y profesionales), permitiendo a los actores realizar un autoanálisis y recibir aportes del agente externo.

Como equipo, realizamos una presentación oral cuyos contenidos giraron en torno a las estrategias de intervención diseñadas, las actividades realizadas, al logro de los objetivos propuestos, a los aprendizajes adquiridos, a nuestras vivencias dentro de la institución y diversas propuestas. Al finalizar, realizamos una puesta en común en donde cada profesional comentó su perspectiva en torno a nuestro paso por la institución.

A modo de síntesis, podemos explicitar que todo nuestro proceso de intervención se constituyó en una evaluación permanente ya que, requirió de un análisis previo, un seguimiento y una retrospectiva. La evaluación previa (ex ante) al diseño e implementación de nuestro plan de trabajo, nos permitió identificar: nuestro escaso conocimiento de las problemáticas que atiende el CIIJ, la escasez de recursos materiales y financieros de la institución, las limitaciones de tiempo y espacio para realizar actividades de taller; el profesionalismo, la apertura, predisposición y el interés de los profesionales y la directora del CIIJ, el trabajo interdisciplinario, el alto nivel de compromiso de los mismos hacia las familias y niños que atienden, la horizontalidad de los vínculos; con respecto a los niños/as y a sus referentes, advertimos el interés y compromiso por involucrarse en los tratamientos y la aceptación y respeto por la institución y los profesionales.

El diseño del plan de trabajo, requirió ahondar en las metodologías de abordaje de las problemáticas, indagar desde lo teórico conceptual y determinar la necesidad de un enfoque diferente. En este punto, las recepciones fueron muy relevantes, ya que a partir de los datos obtenidos, elaboramos el Documento de sistematización, que permitió una evaluación objetiva de diversas variables relacionadas a los niños/as, y a sus contextos familiares, siendo un importante aporte a la institución. En cuanto a los talleres lúdicos, nos avocamos más específicamente a una



evaluación de seguimiento, la que nos brindó la posibilidad de determinar la validez y eficacia de los espacios de libre expresión, de relación e identificación entre pares. Esta experiencia demostró la oportunidad de innovación que aporta el juego a la metodología de trabajo en los talleres del CIJ.

Cabe aclarar, que consideramos que los vínculos establecidos con las personas involucradas en el proceso de intervención, se caracterizaron por la horizontalidad, la reciprocidad, en un marco de confianza y respeto mutuo. Nuestra intervención siempre estuvo enfocada en acompañar los procesos propios de los niños/as y sus familias, respetando y garantizando sus derechos, atentas a la demanda del grupo, escuchando sus propuestas, inquietudes y necesidades en los diferentes momentos sin imposiciones, aportando a su visibilización, siendo además respetuosas de los marcos institucionales.

## **Reflexiones finales**

Hemos llegado al final de nuestro trayecto, pero un final que procura seguir dando paso a la reflexión y a la construcción de conocimientos en el campo de la Salud Mental y Niñez desde las intervenciones del Trabajo Social. No hacemos referencia a algo acabado, sino más bien a reflexiones que son producto de lo acontecido, análisis de procesos que continúan con diferentes movimientos y están abiertos a nuevas intervenciones.

Pensar la Salud Mental y Niñez en el marco de la protección integral de los derechos, constituye un desafío para un ejercicio integral, debido a las tensiones y obstáculos que se presentan en este campo de conocimiento y práctica. Se destaca la articulación entre la lógica hospitalaria de atención en los servicios de salud y la lógica de efectivización de los derechos, la necesidad reemplazar el modelo tutelar y asilar, y avanzar hacia otro de carácter social, y la deconstrucción de la medicalización y patologización de la niñez, para la generación de prácticas que ubiquen a los niños y niñas con padecimiento subjetivo como sujetos de derechos.

Los marcos normativos, los mecanismos y modos de abordaje como así también los tratamientos, han sufrido avances y modificaciones que nos hablan de la dedicación y el esfuerzo que representa incorporar conceptos y miradas nuevas. Nuestro deber como profesionales, es aportar al logro de los mismos y proponer nuevos modos de intervención con niños y niñas con padecimiento subjetivo.

Todavía persisten prácticas y representaciones de exclusión que se producen y reproducen en instituciones que intervienen directamente en la cotidianidad y socialización de los niños y niñas. Muchas veces se generan comportamientos “deseados y esperables” y aquel que no responde a estos principios queda excluido y etiquetado como anormal y/o enfermo. Leemos estas situaciones en términos de vulneración de derechos.

En este sentido, nos preguntamos *¿Cuál es el rol del Trabajo Social?*. Creemos que generar abordajes por la defensa y la exigibilidad de los derechos del niño/a, mediante la construcción de intervenciones que propicien la restitución o restauración de los derechos vulnerados. Es decir, nos encontramos con la necesidad de trabajar por el respeto y la efectivización de los tratados y leyes que

involucran a la salud mental infanto juvenil. Debemos contemplar tanto los vínculos que se construyen en el espacio social familiar de dichos sujetos, como así también las relaciones sociales que se entablan a nivel más amplio en el espacio social comunitario en el que se desarrollan.

Al recuperar nuestra experiencia en el espacio de prácticas, reconocemos la importancia de trabajar en la dimensión vincular, sostenemos que es fundamental fomentar los vínculos familiares y sociales a modo de sostén frente a las situaciones problemáticas por las que atraviesan los sujetos. Coincidimos en la relevancia de contribuir, como futuras profesionales, a la construcción de una sociedad que valore la libre expresión, la diversidad, la recreación y la creatividad; que genere las condiciones para que niños y niñas desplieguen sus potencialidades.

Además, resaltamos la necesaria repolitización del campo de la Salud Mental que vuelve a la problemática objeto de intervención estatal, conviniendo en que la sanción de las leyes no asegura la efectivización de los derechos reconocidos, sin embargo, genera habilitaciones para el reclamo de su cumplimiento. La configuración que se haga de las políticas públicas se convierte en el objetivo de lucha política, por lo que creemos necesario revisar cómo se implementan las leyes en el espacio social. Por lo cual, es necesario organizarnos y diseñar la propuesta de cambio que las utilice como herramientas transformadoras para poder lograr reconocer a los niños y niñas con padecimiento subjetivo no sólo como sujeto de derechos, sino como protagonistas de los mismos.

En la actualidad, nos encontramos con un escenario, con movimientos y fluctuaciones, que posibilita el repensarnos como sociedad, y para que esto sea viable es necesario el fortalecimiento de los actores sociales, capaces de conquistar espacios, visibilizar y problematizar, activar y democratizar los procesos de tomas de decisiones desde un enfoque de Derechos.

Es necesario desarrollar un pensamiento crítico sobre nuestra labor y reorganizar la territorialización de las intervenciones para contrarrestar las desarticulaciones institucionales y los abordajes desintegrados, que imposibilitan responder a las necesidades del niño/a y su familia. El Trabajador social es un actor clave para

establecer estos nexos, ya que el mismo tiene una posición dentro de la institución que le da el lugar no sólo para trabajar con el niño/a y su familia, sino también con el entorno, ya que evidenciamos que la noción de “integralidad” enfatizada en el Sistema de Protección Integral de Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes, se pone en cuestión al advertir en las realidades institucionales limitaciones para realizar un trabajo en conjunto y coordinado.

En este sentido, nos preguntamos: ¿Es posible propiciar un trabajo intersectorial, interjurisdiccional e interdisciplinario en el campo de Salud Mental y Niñez?. Nosotras aseguramos que se puede, no sólo apelando a la “buena voluntad” o disposición de los profesionales, sino poniendo en marcha los principios del Sistema de Protección Integral de Derechos, a través de un Estado presente. Ubicarlo como actor central implica interpelar desde la gestión pública, para efectivizar políticas públicas integrales que no se superpongan y que estén verdaderamente dirigidas a mejorar la situación de las instituciones de Salud Mental.

En este sentido, la producción y divulgación de análisis conceptuales sobre esta temática, puedan facilitar la toma de decisiones, y mejorar los procesos de planificación, diseño y gestión de los servicios de Salud Mental. Implementar políticas públicas que se adecúen y se posicionen desde una perspectiva de Derechos.

La propuesta es invitar a los distintos actores a repensar cuestiones, tales como la descentralización del hospital hacia el territorio de las familias, lo cual favorece situaciones que hoy implican barreras de accesibilidad y para lo cual sería necesario el fortalecimiento de los equipos de salud comunitarios, una apuesta al trabajo interdisciplinario e intersectorial permanente y al sostenimiento de dispositivos de promoción de la salud y difusión de las leyes basadas en el enfoque de derechos.

La profesión del Trabajo Social tiene la inmediata responsabilidad de analizar aquellas áreas dentro de la política pública de Niñez y Salud Mental que no han sido efectivas en satisfacer las necesidades de los niños/as con padecimiento subjetivo, ya sea porque no se disponen principios que garanticen la misma o que

su concepción, implementación e interpretación no definen las necesidades reales y particulares. Consideramos como una tarea impostergable, ante la patologización, reconsiderar las principales características temporales en las que se encuentran inmersos, crecen y se educan hoy los niños y niñas, de modo de hacernos cargo como sociedad de lo que les ocurre y expresan en los distintos espacios sociales que transitan. Proponemos además, a pensar nuevos modos de conformar escenas posibles, a partir de un análisis crítico e interdisciplinario sobre la serie de obstáculos que se les presentan e intervienen en su constitución y que tan seriamente vulneran sus derechos. En estos contextos hay que considerar a los niños y niñas como sujetos en desarrollo, siendo y necesitando de otros que los escuchen y acompañen en su crecimiento para construir sus subjetividades y situarse como ciudadano incluido en el campo de lo social.

*“La utopía está en el horizonte.  
Camino dos pasos, ella se aleja dos pasos  
y el horizonte se corre diez pasos más allá.  
¿Entonces para qué sirve la utopía?  
Para eso, sirve para caminar.”  
Eduardo Galeano*



# BIBLIOGRAFÍA

## **Bibliografía**

- Acuña, C. H., y Chudnovsky, M. (2002). El sistema de salud en Argentina.
- Alegret, R. y Urbano, A. (2002). Locura y Derechos Humanos. Rev. Publicada por el Departamento de Psicología del HNP.
- Alguacil Gómez, J. (1998). Las necesidades humanas: descender un escalón en la complejidad. España.
- Amarante, P. A. (2009). Superar el manicomio: salud mental y atención psicosocial. (No. 159.972). Ed. Topia .
- Aquín, N. (2009). Acerca del Objeto del Trabajo Social. Revista Acto Social. Material bibliográfico obligatorio de la Cátedra de Teoría de la Intervención, ETS-UNC.
- Argueta, J. C. D. (2006). Naturaleza y especificidad del Trabajo Social: un desafío pendiente de resolver. Reflexiones para el debate. Revista Katálisis, 9(2), 217-226.
- Barcala, A., y Luciani Conde, L. (2015). Salud Mental y niñez en la Argentina. Legislaciones, políticas y prácticas. Buenos Aires: Editorial Teseo.
- Barg, L. (2006) Lo interdisciplinario en Salud Mental. Edit. Espacio. Argentina
- Bourdieu, P. (1990). Algunas propiedades de los campos. Sociología y cultura. Vol. 11. México.
- Buriyovich, J., Monasterolo, N., Herranz, M., Fernández, N. (2014). La Salud Mental en Córdoba: entre la sanción de las leyes y su efectiva concreción. Bonafé, Editorial de la Universidad Nacional de Río IV, 298.
- Carballeda, A. J. M. (2002). La intervención en lo social. Paidós.
- Carballeda, A. J. M. (2011). Algunos cambios en la esfera de la familia. Una mirada desde la intervención en lo social. Elías, MF (Comp.) Nuevas Formas familiares. Modelos, prácticas, registros. Buenos Aires: Espacio Editorial.

- Carballeda A. J. M. (2012). La intervención del Trabajo Social en el campo de la Salud Mental. Algunos interrogantes y perspectivas. V Xerte, 38.
- Castel, R. (1991). La dinámica de los procesos de marginalización: de la vulnerabilidad a la exclusión. El espacio institucional, 1. Revista Topia. N°11.
- Código Civil de la República Argentina, 1869.
- Código Civil y Comercial de la Nación, 2015.
- Compañ, V., Feixas G., Viaplana, G., Muñoz, D., & Montesano, A. (2012). El genograma en terapia familiar sistémica.
- Corragio, José Luis (2003). “La gente o el capital. Desarrollo local y economía del trabajo”. Espacio Editorial. Bs.As. Cap 1: Diagnóstico y política en la planificación regional.
- Dueñas, G. (2011). La patologización de la infancia: niños o síndromes (No. 159.922. 7). Ediciones Novedades Educativas.
- Enesco, L. (2008). El concepto de infancia a lo largo de la historia. Desarrollo Cognitivo. Universidad Complutense de Madrid.
- Fernández, B. y Barberena, M. (1998). Nuevas Sensibilidades y Sujetos: Un viejo sujeto, un nuevo sentido. UNLP. Argentina.
- Gattino, Silvia (2003) “La complejidad social, la diversidad y la convergencia: tres claves para mirar y hacer con las familias.” 1º PARTE: Claves para ‘mirar’ a las familias. Material de Cátedra, no editado.
- Goffman, E., & Guinsberg, L. (1970). Estigma: la identidad deteriorada. Buenos Aires: Amorrortu.
- González, A. (2003). Los paradigmas de investigación en las ciencias sociales. Islas.
- Grassi, E. (2003). Estado, cuestión social y políticas sociales. Políticas y problemas en la sociedad neoliberal. Espacio Editorial. Buenos Aires.



- Heler, M. (2002). “La autonomía como desafío para las ciencias sociales”. En VVAA. La investigación en Trabajo Social. Publicación Post-Jornadas, Entre Ríos, Facultad de Trabajo Social-Universidad Nacional de Entre Ríos.
- Huerdo, C. (2011). Tensiones en torno a la Ley de Salud Mental 9848 como instrumento de transformación. La disputa de sentido. Cuadernos de Mesa de Salud Mental II. Córdoba.
- Janin, B. (2005). Niños desatentos e hiperactivos: reflexiones críticas acerca del trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad: Noveduc Libros.
- Janin, B. (2012). Los niños y la medicalización de la infancia. Revista Topia.
- Lattanzi, L. y Piotti, M. L. (2010). Paradigma de la Promoción del Protagonismo Integral de la Infancia. Plenitud de los derechos del niño. Material extraído de la bibliografía correspondiente al Seminario de Trabajo Social con niños y adolescentes en el marco de la Licenciatura en Trabajo Social. UNC. Córdoba.
- Ley Nacional N°26061 de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes, 2005.
- Ley Nacional N°26657 de Salud Mental, 2010.
- Ley Provincial N°9848 de Salud Mental, 2010.
- Lowenfeld, Viktor. (1958). El niño y su arte. Ed. Kapelusz. Argentina.
- Ministerio de Salud de la Nación (2010). “Estudios e investigaciones en salud mental y adicciones N°1: Problemáticas de Salud Mental en la Infancia”. Proyecto de Investigación AUAPSI-MSAL. Informe final. Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones.
- OPS (2009). “Estrategia y plan de acción sobre salud mental”. 49° Consejo Directivo, 61ª Sesión del Comité Regional, Washington.
- Parra, G. (1999). El objeto y el Trabajo Social. Algunas aproximaciones a la problemática del objeto en el Trabajo Social. Desde el Fondo. Cuadernillo Temático, (19).

- Patronato de Menores y Convención Internacional de los Derechos del niño. Discusiones sobre dos culturas que se contraponen. <https://www.margen.org>. Consultado el día 6 de Octubre de 2017.
- Perrone, N., & Teixidó, L. (2007). Estado y Salud en la Argentina. Revista de Maestría en Salud Pública.
- Piotti, M. L. (2008). Políticas sociales y ciudadanía de los niños y adolescentes. Ponencia del II Seminario Internacional “Políticas públicas, derechos y Trabajo Social en el MERCOSUR”.
- Rojas, M. D. C., Ciuffolini, M. B., y Meichtry, N. (2005). La vivienda saludable como estrategia para la promoción de la salud en el marco de la medicina familiar. Archivos en Medicina Familiar, 7 (1). Editorial Medicina Familiar Mexicana.
- Rossi, L. A & Ibarra, M. F. (2013). Infancia en Argentina: Historias de sus referencias discursivas e institucionalización. *Anuario de investigaciones*, 20(2), 233-238. Facultad de Psicología. UBA.
- Rotondi, G. (2005). Estrategias de Intervención: El momento de la Devolución en la intervención institucional. Ficha de cátedra (disponible en formato digital).
- Rozas Pagaza M. (2010). La intervención profesional un campo problemático tensionado por las transformaciones sociales, económicas y políticas de la sociedad contemporánea. *Lo social en cuestión*, 13(24), 43-54.
- Sánchez Martínez, E. (2004). Para un planteamiento Estratégico de la educación: elementos conceptuales y metodológicos. Editorial Brujas. Córdoba, Argentina.
- Sempere, J. (2010). Autocontención: mejor con menos. Enfoques sobre bienestar y buen vivir. Madrid: Centro de Investigación para la Paz.
- Untoiglich, G. (2003). En la infancia los diagnósticos se escriben con lápiz. La patologización de las diferencias en la clínica y la educación. Bs As. Argentina: NOVEDUC.
- Vasen, J. (2008). Las certezas perdidas: padres y maestros antes los desafíos del presente. Paidós.