

UNIVERSIDAD DEL ACONCAGUA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**TESIS DE LICENCIATURA EN
MINORIDAD Y FAMILIA**

**PROTECCIÓN DEL DERECHO A LA
SALUD EN ADOLESCENTES CON
DIABETES MELLITUS**

ALUMNA: MARÍA CRISTINA FOCESATO

DIRECTORA: LIC. HILDA FADÍN

FECHA DE PRESENTACION: MARZO DE 2012

HOJA DE EVALUACIÓN

Profesor invitado: Lic. Hilda Fadín

Tribunal

Presidente:

Vocal:

Vocal:

Vocal:

Nota:

1- Evaluación del trabajo escrito:

2- Evaluación de la exposición oral:

AGRADECIMIENTOS

A mis padres por enseñarme la perseverancia y ayudarme a concretar mis sueños.

A mis hermanos por comprenderme y brindarme su apoyo incondicional.

A la Lic. Fadin Hilda, por demostrar su vocación y compromiso con la niñez, adolescencia y familia; y brindarme su tiempo y dedicación.

A la Lic. Sonia Herraiz, por contenerme y apoyarme.

A mis compañeros de trabajo, por brindarme su tiempo y apoyo.

A mis compañeras por tantas experiencias compartidas.

Al personal de los Servicios de Diabetes de los Hospitales Lagomaggiore y Central por su apertura y colaboración.

A la Lic. Griselda Chirino, por su compromiso con la problemática de los pacientes con diabetes y su ayuda desinteresada.

A todas las personas que intervinieron en esta investigación, en especial, y a los chicos y sus familias que participaron en las entrevistas, los que colaboraron con su alegría, espontaneidad y calidez.

INDICE

TÍTULOS.....	1
HOJA DE EVALUACION.....	3
AGRADECIMIENTOS.....	4
INDICE.....	5
RESÚMEN.....	8
ABSTRACT.....	9
INTRODUCCION.....	10
PRIMERA PARTE.....	12
MARCO TEORICO.....	12
CAPITULO 1.....	13
LA FAMILIA Y SU FUNCIÓN SOCIALIZADORA	
1.1. DEFINICIÓN DE FAMILIA.....	14
1.2. MATRÍZ DE IDENTIDAD E INDIVIDUACIÓN.....	17
1.2.1. HOLÓN INDIVIDUAL.....	19
1.2.2. HOLÓN CONYUGAL.....	20
1.2.3. HOLÓN PARENTAL.....	21
1.2.4. HOLÓN DE HERMANOS.....	22
1.3. CICLO VITAL DE LA FAMILIA.....	23
1.3.1. LAS ETAPAS DEL CICLO VITAL.....	24
1.4. CRISIS FAMILIARES.....	25
1.5. LA FAMILIA FUNCIONAL Y LA FAMILIA DISFUNCIONAL.....	29
1.5.1. FAMILIA FUNCIONAL.....	29
1.5.2. FAMILIA DISFUNCIONAL.....	29
1.6. TAREAS DE LA FAMILIA.....	30
1.7. FUNCIONES DE LA FAMILIA.....	31
1.8. INDIVIDUALIDAD DENTRO DEL GRUPO FAMILIAR.....	32
1.9. AFRONTAR LOS CAMBIOS FAMILIARES.....	33
1.10. TIPOS DE FAMILIAS.....	34
CAPÍTULO 2.....	38
LA ADOLESCENCIA Y EL DERECHO A LA SALUD	
2.1. POSMODERNIDAD Y CULTURA.....	37
2.2. LA ADOLESCENCIA Y EL CONTEXTO ACTUAL.....	38
2.3. DISTINTAS CONCEPCIONES DE LA ADOLESCENCIA.....	39
2.4. ADOLESCENCIA Y DESARROLLO FÍSICO.....	41

2.4.1. IMAGEN CORPORAL.....	43
2.5. CAMBIOS COGNOSCITIVOS.....	43
2.6. DESARROLLO DE LA PERSONALIDAD Y SOCIALIZACIÓN.....	44
2.7. FORMACIÓN DE LA IDENTIDAD DESDE LA PSICOLOGÍA DEL DESARROLLO.....	44
2.8. COMPARACIÓN SOCIAL.....	47
2.9. ¿CÓMO SON LOS ADOLESCENTES CON DIABETES?.....	49
2.9.1. LA RELACIÓN CON SUS PADRES.....	49
2.10. ALGUNAS CONSIDERACIONES.....	52

CAÍTULO 354

LA PROTECCIÓN DE LOS NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES CON DIABETES

3.1. LA PROTECCIÓN INTEGRAL DE LOS DERECHOS DE LOS NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES.....	55
3.2. EL INTERÉS SUPERIOR DEL NIÑO, NIÑA Y ADOLESCENTE.....	55
3.3. DERECHO A LA SALUD.....	57
3.4. DERECHO A LA SALUD DE PERSONAS CON DIABETES.....	59

CAPÍTULO 4.....61

DIABETES MELLITUS

4.1. HISTORIA DE LA DIABETES DE LA ANTIGÜEDAD A NUESTROS DÍAS..	62
4.2. DIABETES EN LA ARGENTINA.....	65
4.3. ¿QUÉ ES LA DIABETES MELLITUS?.....	66
4.4. CLASIFICACIÓN.....	67
4.4.1. DIABETES MELLITUS TIPO 1	68
4.4.2. DIABETES MELLITUS TIPO 2.....	69
4.4.3. OTROS TIPOS ESPECÍFICOS DE DIABETES.....	70
4.4.4. DIABETES GESTACIONAL.....	70
4.5. DIAGNÓSTICO.....	71
4.5.1. SÍNTOMAS.....	71
4.6. TRATAMIENTO.....	73
4.7. APOYO PSICOLÓGICO.....	75
4.8. HIPOGLUCEMIA E HIPERGLUCEMIA.....	76

SEGUNDA PARTE

MARCO METODOLÓGICO

CAPÍTULO 5.....80

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

5.1. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	81
5.1.1. OBJETIVO GENERAL.....	81
5.1.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	81
5.2. HIPÓTESIS.....	81
5.3. TIPO DE ESTUDIO.....	81

5.4. TIPO DE DISEÑO.....	82
5.5. DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA.....	82
5.6. CRITERIO DE SELECCIÓN.....	82
5.7. RECOLECCIÓN DE DATOS.....	83
5.7.1. SELECCIÓN DE INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	83
5.8. ADMINISTRACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS.....	85
5.9. ORGANIZACIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE LAS ENTREVISTAS.....	86
5.10. PREGUNTAS REALIZADAS.....	86
5.11. SÍNTESIS DE RESPUESTAS OBTENIDAS.....	87
 CAPÍTULO 6.....	92
 CONCLUSIONES	
6.1. CONCLUSIÓN.....	93
6.2. APORTES DE LA INVESTIGACIÓN.....	94
6.3. PROPUESTAS DESDE EL ROL PROFESIONAL.....	95
BIBLIOGRAFÍA.....	97
ANEXOS.....	99

RESUMEN

La importancia de promover y cumplir el derecho a la salud de los niños, niñas y adolescentes, es fundamental para la sociedad, a fin de construir un entorno social agradable para todos; debería ser tenido en cuenta por el personal que se desempeña en el ámbito de la salud y por las personas que cumplen la función de tomar decisiones en éste terreno. Esto posibilitaría que los adolescentes que padecen diabetes y sus familias, tengan la posibilidad de acceder a tratamientos multidisciplinarios y educación diabetológica, destinada a éste grupo etáreo.

El proceso de construcción de ese entorno deseable, debería extenderse a todos los ámbitos de la sociedad, facilitando así el desarrollo de la comunicación, aceptación y entendimiento de determinados momentos del desarrollo de las personas, como es la adolescencia, y en las situaciones especiales como es la de padecer una enfermedad crónica como la diabetes.

Desde la perspectiva de la Licenciatura en Minoridad y Familia, intentamos realizar un aporte a la problemática sobre la falta de concientización sobre la importancia de proteger el derecho a la salud de los adolescentes con diabetes, la cual se ve reflejada en la ausencia de Programas específicos destinados a éste grupo particular.

Es de considerar también la importancia del abordaje multidisciplinario ya que esta problemática no puede ser tratada unilateralmente, sino que se debe contar con el compromiso y participación de toda la comunidad.

ABSTRAC

The importance of promoting and enforcing the right to health of children and adolescents, it is essential to society, to build a pleasant social environment for all, should be taken into account by the personnel working in the field health and those who serve the function of making decisions in this field. This would enable adolescents with diabetes and their families, are able to access diabetes education and multidisciplinary treatments aimed at this age group.

The process of building such an environment desirable, should be extended to all areas of society, facilitating the development of communication, acceptance and understanding of certain stages of development of people, such as adolescence, and in special situations such as is that of chronic disease like diabetes.

From the perspective of the Bachelor of Children and Family, we try to make a contribution to the problem of the lack of awareness of the importance of protecting the right to health of adolescents with diabetes, which is reflected in the absence of specific programs for this particular group.

It should also consider the importance of multidisciplinary approach and that this problem can not be treated unilaterally, but must have the commitment and participation of the whole community

INTRODUCCIÓN

Vivir con una enfermedad de larga duración, también denominada crónica, entre las que se halla la Diabetes Mellitus plantea nuevos retos a la persona que la padece, a su entorno familiar y social. Aprender a afrontar esos retos es un proceso largo, por lo que debe ir acompañado por personal idóneo en el tema, a fin de despejar dudas y miedos. Entender lo que ocurre y participar activamente en el cuidado de su salud le ayudará al adolescente y su familia a afrontar esos retos

En nuestra sociedad el discurso político sobre la protección de los derechos de niños, niñas y adolescentes, en muchas ocasiones, no coincide con la implementación de Programas adecuados para proteger esos derechos, lo cual lleva a que las personas que padecen Diabetes Mellitus, y en especial los adolescentes, no cuenten con recursos destinados a facilitar la aceptación, concientización y aprendizaje necesarios para la adaptación de esta enfermedad.

Aunque desde el marco legal contamos con la Constitución Argentina, Pactos y Convención de Derechos Humanos, Leyes Nacionales y Provinciales de Protección de los Derechos de los niños, niñas y Adolescentes, siguen quedando adolescentes con Diabetes, sin recibir la adecuada atención sanitaria, la cual debería estar destinada a la educación diabetológica, abordada de manera integral a fin de facilitar su aceptación y adecuada adhesión al tratamiento.

A fin de transmitir nuestra preocupación por la gran dificultad que esto representa y de avanzar hacia los objetivos propuestos, realizamos un trabajo de búsqueda de material bibliográfico, consulta a dos Hospitales de referencia destinados a la atención de alta complejidad de la Provincia de Mendoza, diferentes Obras Sociales y entrevistas a adolescentes que padecen Diabetes y sus familias. Este material refleja en que medida se está trabajando con grupos de adolescentes con estas características particulares en la actualidad.

La información obtenida nos permite pensar que estamos indagando en un tema que está adquiriendo proporciones epidémicas, ya que existe un aumento en la expectativa de vida y por el incremento de la prevalencia de la obesidad y estilo de vida sedentario. *“Sobre el total de casos de diabetes, aproximadamente el 85-90%, corresponde a diabetes Tipo 1, y sólo el 10% restante son diabéticos Tipo 2”* (Sociedad Argentina de Diabetes), lo cual implica que se podrían prevenir realizando una adecuada Prevención Primaria y sobre todo aumentando la Promoción de los hábitos saludables, para lo cual es necesario tomar conciencia de la importancia de proteger el derecho a la salud de los niños, niñas y adolescentes.

Nos proponemos conocer acerca de la existencia de Programas de atención diabetológica para adolescentes con diabetes y sus familias, indagar acerca del conocimiento sobre los derechos de niños, niñas y adolescentes, que posee, por un lado el personal de salud que trabaja en Programas de atención a personas con ésta enfermedad crónica y por el otro, los conocimientos que poseen las familias de los adolescentes con diabetes, que asisten a diferentes efectores de salud de la Provincia de Mendoza.

Conformaremos el trabajo de investigación en dos partes fundamentales: una primera, TEÓRICA dividida en cuatro capítulos:

- LA FAMILIA Y SU FUNCIÓN SOCIALIZADORA
- LA ADOLESCENCIA Y EL DERECHO A LA SALUD
- LA PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS DE LOS NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES
- DIABETES MELLITUS

Y una segunda parte **PRÁCTICA**, en la cual se realiza el trabajo de campo.

Por último, se presentan las **CONCLUSIONES**, donde se intenta dar cuenta de esta articulación **TEÓRICO-PRÁCTICA**.

PRIMERA PARTE

MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO 1

“LA FAMILIA Y SU FUNCIÓN SOCIALIZADORA”

LA FAMILIA Y SU FUNCIÓN SOCIALIZADORA

1.1. Definición de familia

La familia según Bikel, R. (1982):

“Es un sistema organizado cuyos miembros, unidos por relaciones de alianza y consanguinidad, sustentan un modo peculiar y compartido de leer y ordenar la realidad, para lo cual utilizan información de adentro y de afuera del sistema y la experiencia actual-histórica de sus miembros”

El Dr. Jorge Fernández Moya (2000) a su vez propone un pequeño agregado de manera tal de poder referirnos a todo el espectro de nuevas organizaciones familiares, que no contienen la consanguinidad como factor esencial, define entonces a la familia como:

“Un sistema organizado cuyos miembros, unidos por relaciones de alianza y/o consanguinidad, sustentan un modo peculiar y compartido de leer y ordenar la realidad para lo cual utilizan información de adentro y de afuera del sistema y la experiencia actual-histórica de cada uno de sus miembros”

Otra mirada aportada por María Cristina Ravazola (1997) acerca de la familia es aquella que la menciona como:

“Un grupo social doméstico que manifiesta una relación cotidiana y significativa, supuestamente de amor y protección”.

En una dirección más abarcativa al contener algunos otros aspectos, surge lo aportado por Perrone, R. y Naninni, M. (1997) quienes mencionan que se puede encontrar familias que funcionen como:

“Unidad social que posibilita crecer a sus miembros y desarrollar sus capacidades, su potencial y habilidades necesarias para lograr su autonomía como también un lugar de sufrimiento, arbitrariedad, injusticia, opresión, pena, amenaza, violencia y abusos sexuales...”

...en el mismo crisol se hacen y se deshacen los nudos de los lazos familiares y se conjugan sentimientos positivos y negativos. Así, poco a poco se realiza la alquimia de la construcción de la identidad y de la individualización o bien de la indiferenciación y alienación, lo que inicialmente parecía contradictorio deja de serlo. Ante la idea de que, allí donde circulan los afectos más grandes, emergen los sufrimientos más intensos. Los lazos familiares pueden ser también violentos, abusivos y fuera de la ley.”

Mínuchin, S. y Fishman, C. (1997) a su vez la definen como:

“Un grupo natural que en el curso del tiempo ha elaborado pautas de interacción. Estas constituyen la estructura familiar, que a su vez rige el funcionamiento de los miembros de la familia, define sus gamas de conductas y facilita su interacción recíproca”.

La familia es así, un sistema que se organiza con el propósito de mantener la identidad de lo que lo define como tal y lo diferencia de otros sistemas. La organización incluye a sus miembros, a las relaciones entre ellos, como así también a las reglas implícitas de juego y a los patrones de comunicación existentes entre sus miembros.

Dándose lugar así a la consecución armónica o no de las diversas tareas adjudicadas a la familia tradicionalmente, lo cual permite dibujar a su vez con mayor nitidez la emergencia de los que “se puede volver conflictivo” o bien un “campo fértil para el crecimiento” y de allí nuestra posibilidad de operar o no en dichos sistemas.

El Art. N° 17, Inc. 1 de la **Convención Americana sobre Derechos Humanos, Pacto de San José de Costa Rica**, describe que:

"La familia es el elemento natural y fundamental de la sociedad y debe ser protegida por la sociedad y el Estado".

Según Barg Liliana (2003), intenta realizar una conceptualización de familia actual, que dista mucho de familia tradicional o socialmente deseada. El concepto de familia actual sería:

"Las rupturas que podemos detectar en relación a la familia nuclear tradicional son:

- *Madres solas con hijos a cargo.*
- *Familias ensambladas o reconstituidas.*
- *Familias donde un miembro de la pareja no convive pero se relaciona en forma permanente con el grupo familiar.*
- *Hombres solos con hijos a cargo.*
- *Parejas de homosexuales.*
- *Mujeres solteras con hijos adoptivos o biológicos.*
- *Mujeres con hijos de diferentes uniones.*

Lo que además varía en estas nuevas configuraciones familiares, producto de las sucesivas transformaciones, es que quienes comienzan a cumplir éstas funciones además de los padres, serían los abuelos, maestros, hermanos, tíos, amigos de los padres, promotores comunitarios, jefas de hogar de planes sociales, que se ocupan de los niños ante la complejidad de la resolución de la supervisión en el mundo actual. Por lo tanto, no es válido manejarse con criterios rígidos de normalidad, porque cada familia se construye como puede; no es un producto ideal, sino un producto real, con logros y frustraciones.

Para comprender a cada familia, como producto histórico cultural particular y singular en su constitución, hay que partir de reconocer que cada miembro tiene un pasado, una tradición, una historia que lo constituye y que lo previene de sus prácticas familiares.

Barg Liliana (2003) dice que lo ideal es

“...conocer qué concepto de familia posee el grupo familiar con el que estamos trabajando, la distancia o la cercanía del concepto de su representación social, cómo se estructuran las relaciones de poder, cómo son los modos de interacción y de comunicación, cuáles son sus intereses y sus deseos y posiciones que ocupan dentro del grupo familiar, y cuál es el capital cultural, simbólico y social que tiene la familia como tal”.

A partir de ésta indagación se pueden detectar las relaciones saludables para su futuro refuerzo, ver lo que la familia tiene, cuáles son sus recursos, sus límites, sus fortalezas o debilidades, trabajar desde ese lugar los cambios o transformaciones que resulten necesarios para resolver las situaciones de crisis.

1.2. Matriz de identidad e individuación

Así como las familias son definidas por la cultura en que viven, son a su vez parte de sus cambios y transformaciones a través de la acción de sus miembros. Entiende entonces, que familia y sociedad no se contraponen, sino que son parte del conjunto social y que participan activamente en la creación de creencias, valores y pautas sociales.

Al detenernos a observar las características de los seres humanos, se hace evidente que el individuo es al mismo tiempo individual y social. La instancia familiar constituye un lugar de encuentro entre las necesidades individuales y propuestas sociales. Como expresa Salvador Minuchin (1997)

“las funciones de la familia sirven a dos objetivos distintos, uno interno- la protección psicosocial de sus miembros-; el otro externo- la acomodación a una cultura y la transmisión de esa cultura.”

Un camino para comprender mejor al hombre y sus conductas, es conectar o buscar la conexión entre lo individual y lo relacional, centrándonos en el interior de la familia.

La tarea psicosocial fundamental de la familia- apoyar a sus integrantes- cada vez alcanza más importancia. Solo la familia, la más pequeña unidad social puede cambiar y al mismo tiempo, mantener una continuidad suficiente para la educación de los hijos. La familia en todas las culturas imprime a sus miembros un sentimiento de identidad independiente.

La experiencia humana de identidad posee dos elementos:

1. Un sentimiento de identidad
2. Un sentimiento de separación

El sitio donde estos ingredientes se mezclan y se proveen es la familia, de allí que se la piense como una “*matriz de identidad*”. Con esto nos acercamos a la idea que el sentido de identidad de cada miembro se encontrará influido por su sentido de pertenencia a una familia específica.

Es decir, que con la seguridad de formar parte de un grupo familiar, se diferencia poco a poco en relación al resto, recortando su propia identidad.

Se puede hablar de ciertos componentes característicos de la familia.

- La estructura de una familia es la de un sistema sociocultural abierto, en proceso de transformación
- La familia muestra un desarrollo desplazándose a través de un cierto número de etapas que exigen una reestructuración
- La familia se adapta a las circunstancias cambiantes de modo tal, que mantiene una continuidad y fomenta el crecimiento psicosocial de cada miembro.

Es importante tener en cuenta que el sistema familiar se diferencia y desempeña sus funciones a través de sus sub- sistemas o *holones*. El término Holón proviene del griego Holos (todo) y con el sufijo on (como protón o neutrón), que evoca una partícula o parte. Cada Holón- el individuo, la pareja, la familia extensa, la familia nuclear, y la comunidad es un todo y una parte al mismo tiempo, no más lo uno

que lo otro y sin que una determinación sea incompatible con la otra, ni entre en conflicto con ella. Así como queda patentizado a través de esta posible lectura de la familia como un sistema, cómo diferentes relaciones entre los miembros de la familia conforman distintos holones y como un mismo miembro puede ser parte de más de un Holón simultáneamente.

Esto trae aparejado el hecho que en una situación de crisis algunos de los subsistemas se verán más afectados en el sentido que deberán realizar mayores modificaciones que otros. Cómo se lleven adelante estas transformaciones especificará en gran medida las consecuencias de la crisis para cada miembro de cada grupo familiar.

Dice Minuchin (1997): *“todo subsistema familiar posee funciones específicas y plantea demandas específicas a sus miembros, y el desarrollo de las habilidades interpersonales que se logran en ese subsistema, es afirmado en la libertad de los subsistemas de la interferencia por parte de otros subsistemas”*

Los límites se han clasificado en:

- Rígidos
- Difusos
- Claros

Dentro del Holón de la familia, tres unidades poseen una significación particular, además del individuo: los subsistemas conyugal, parental y de los hermanos.

1.2.1 Holón individual

Los sujetos al salir a interactuar con los demás, replotan y refuerzan los aspectos apropiados al contexto de su personalidad individual, influyendo además en aquellos con quienes interactuaron; es decir que el Holón individual básicamente incluye el concepto de sí mismo en contexto.

“Hay un proceso circular y continuo de influjo y refuerzos recíprocos, que tiende a mantener una pauta fijada. Al mismo tiempo, tanto el individuo como el contexto son capaces de flexibilidad y de cambio” (Minuchin y Fishman, 1997)

1.2.2 Holón conyugal

Se constituye cuando dos personas adultas se unen con el propósito de formar una familia. Este acuerdo no necesita ser legal para poseer significación. Ambos traen un conjunto de valores y de expectativas, tanto explícito como inconsciente. Para que la convivencia sea posible, es preciso, que se instaure un proceso a lo largo del tiempo donde estos dos conjuntos de valores se amalgamen. Cada conyugue aviene así un segmento de su individualidad, al excluir ideas, y preferencias, en el proceso de formar un nuevo sistema. Este tomará vida, se tornerà, a partir de un conjunto de pautas que se irán estableciendo, explícita o implícitamente, las cuales definirán el modo en que cada cónyuge se experimentará a sí mismo y a su compañero dentro del contexto matrimonial.

Minuchin (1997) al referirse al cambio estructural hace alusión a la:

“transformación constante de la posición de los miembros de la familia en sus relaciones mutuas, para que puedan crecer mientras el sistema familiar conserva su continuidad”

A riesgo de redundar en explicaciones nos parece valioso retomar lo expresado por Maturana y Varela (1994); y Minuchin (1997) quienes expresan de algún modo que los **procesos de cambio son propios de cualquier sistema abierto** ya que, es perturbado continuamente e inevitablemente, ya sea desde el exterior como desde el interior. Para mantener su identidad debe compensar esas perturbaciones y para compensarlas modifica su estructura. Habrá también que, tener en claro que los cambios se producen por áreas del sistema, y en un proceso en el tiempo. Cabe referirse también al hecho que el cambio nunca se da en un solo movimiento y abarcando la totalidad del sistema y en tanto algunas relaciones permanecen iguales, otras se modifican si son necesarias en otras modificaciones.

1.2.3 Holón parental

Siguiendo lo trabajado por Minuchin y Fishman (1997) los aspectos que son sostenidos en las interacciones dentro de este Holón, implican la crianza de los hijos y las funciones de socialización. Los autores expresan sin embargo, que son más abarcadores los aspectos del desarrollo que se ponen en juego aquí:

“Pero son muchos más los aspectos de desarrollo del niño que reciben el influjo de sus interacciones dentro de este subsistema. Aquí el niño aprende lo que puede esperar de las personas con más recursos y fuerza. Aprende a considerar racional o arbitraria la autoridad”

Toman también contacto con el hecho de si sus necesidades serán o no tenidas en cuenta, así como a utilizar los modos más eficaces de comunicar lo que necesita respetando el estilo familiar. Modelan su sentido de lo correcto, en función de las respuestas de sus padres. Discriminan qué conductas serán premiadas y cuáles serán desalentadas. Es efectivamente dentro de este subsistema que los hijos contactan con la manera en que la familia a la que pertenecen afronta los conflictos y como llevan a cabo las negociaciones. Uno de los aspectos más significativos y con un espectro de repercusión ineludible será aquel en el que se trabajen las decisiones concernientes al cuidado y protección de los hijos en esta nueva etapa familiar.

Los hijos necesitan saber que sus padres son capaces de resolver las dificultades que surgen. El modo en que los adultos afronten la situación, realicen las transacciones necesarias para sostener y garantizar su seguridad y establezcan nuevas modalidades de relación entre ellos, será un modelo de comportamiento para ellos como ya expresamos.

En similar dirección Minuchin y Fishman (1997) clarifican diciendo:

“Dentro del subsistema parental los adultos tienen la responsabilidad de cuidar a los niños, de protegerlos y de socializarlos, pero también tienen derechos. Los padres tienen el derecho de tomar decisiones que atañen a la supervivencia del sistema total en asuntos como cambios de domicilio, selección de la escuela y fijación de reglas que protejan a todos los miembros de la familia. Tienen el derecho, aún el deber, de proteger la privacidad del subsistema de los cónyuges y de fijar el papel que los niños habrán de desempeñar en el funcionamiento de la familia. (..)Y si bien es preciso que el niño tenga libertad para investigar y crecer, solo podrá hacerlo si se siente seguro porque su mundo es predecible.”

1.2.4 Holón de hermanos

El primer grupo de iguales donde los niños participan es en el de los hermanos. Es en ese contexto donde se realizan los primeros aprendizajes que incluye la elaboración de las pautas de negociación, cooperación y competencia. Estas pautas comienzan a ser aún más significativas al ser puestas en juego en otros escenarios diferentes al de la familia, al integrar distintos grupos de pares como por ejemplo cuando ingresan en el ámbito escolar y posteriormente en el ámbito laboral.

Entendemos que esta circunstancia y otras, traen a la luz, el hecho que la familia no es una entidad estática, muy por el contrario se encuentra en un continuo proceso de cambio. Las demandas de modificación pueden provenir tanto del interior del sistema como del exterior. Por momentos, los miembros de los diferentes subsistemas deben realinearse para sostener la tendencia familiar propia y simultánea de conservación y evolución, que lleva ineludiblemente a una complejidad creciente, manteniendo sin embargo su continuidad.

1.3. Ciclo vital de la familia

Según, Jorge Fernández Moya, hasta hace unas pocas décadas, los síntomas fueron considerados una expresión de aquello que le sucedía a un individuo, independientemente de su situación contextual. Luego surgió la perspectiva de que los síntomas expresaban una relación interhumana y servían a algún propósito tácito.

Desde entonces se comenzó a formular la pregunta desde otra perspectiva: ¿Qué función cumple el síntoma desde el punto de vista del matrimonio, la familia, el trabajo o la relación con el terapeuta?

Se comenzó a contestar desde una perspectiva más amplia, se considera que el síntoma aparece “*cuando el ciclo vital en curso de una familia o de otro grupo natural se disloca o interrumpe (Haley. J. 1980)*. De modo que el síntoma es la luz roja (una señal de alarma) que enciende la familia cuando enfrenta dificultades para superar una etapa de su ciclo vital.

Como propone la terapia diseñada por Erikson, cuando abordamos terapéuticamente a la familia, “*nuestra estrategia terapéutica se centra precisamente en los síntomas, pero nuestro objetivo más amplio es la resolución de los problemas de la familia, para que el ciclo vital se ponga nuevamente en movimiento*” (Haley J. 1980)

Superar una crisis de la etapa de la vida familiar no significa **adaptar** al individuo a su familia, sino considerar que la libertad y el crecimiento del primero están determinados por su participación exitosa en su grupo natural y en el desarrollo dentro de éste (Haley J. 1980)

Creemos que la terapia es la introducción de nuevas perspectivas, es proporcionar mayor variedad y riqueza a los recursos que la vida genera en las personas, “*por lo tanto la meta terapéutica es liberar de las limitaciones y restricciones de una red social en dificultades*” (Haley. J. 1980)

Según Haley, hay quienes sostienen que el tratamiento de los síntomas tiende a un alivio de los mismos y a su vez a *una adaptación de la persona siendo que “es imposible curar un síntoma sin que se produzca un cambio básico en la situación*

social del individuo, una modificación que le permita liberarse a fin de crecer y evolucionar”. De modo que una depresión, por ejemplo, no puede aliviarse a menos que el terapeuta intervenga y ayude al paciente y a su familia o grupo significativo, a encontrar otras alternativas de vida. (Haley, J. 1980)

Antes de abordar las distintas etapas de la vida familiar, cabe considerar que existe muy poca información al respecto, ya que solo poseemos datos parciales e investigaciones basadas en auto- informes, pero no estudios longitudinales sistemáticos.

La dificultad de comprender a las familias en crisis esta teñida por los mitos de cómo deberían ser las familias y no cómo son en realidad. El terapeuta familiar requiere entonces de una comprensión profunda del desarrollo de una familia, bajo el peso de los mitos y de los cambios culturales.

1.3.1. Las etapas del ciclo vital

A los fines del enfoque estratégico, describiremos esquemáticamente algunas de las etapas familiares críticas, desde las perspectivas de Jay Haley, Rosalía Bikel y de observaciones obtenidas en las consultas de familias en nuestro centro.

Uno de los primeros discípulos de Milton Erikson, Jay Haley, reconoce que una familia transita un camino que, podemos convenir, se inicia en la etapa en que los jóvenes comienzan a realizar sus aprestos para la selección de su pareja. (Haley, J. 1980) A ese periodo lo llama: El periodo de galanteo, seguido por los siguientes:

- El matrimonio y sus consecuencias
- El nacimiento de los hijos y el trato con ellos
- Las dificultades matrimoniales del período intermedio
- El destete de los padres
- El retiro de la vida activa y la vejez

1.4. Crisis familiares

Frank Pittman III, asevera, que cada crisis es única: pero se las puede agrupar en cuatro categorías; *basadas en la naturaleza del estrés* que generan:

- a)- Crisis evolutivas o de desarrollo
- b)- Crisis por sucesos inesperados
- c)- Crisis estructurales
- d)- Crisis de cuidado

(Pittman III F. 1990)

Rara vez se las encuentra en forma pura.

Repetimos el concepto: llamamos crisis a una situación de cambio inmanente, una situación que se encuentra en un punto, en una instancia en la cual el cambio es inevitable, y que dependiendo de cómo transcurran los acontecimientos, se podrá mejorar o empeorar la situación original. La tendencia a la homeostasis es también una constante por parte de algunos miembros del sistema.

Podemos reconocer entonces situaciones en las cuales los cambios serán necesarios (y por lo tanto debemos planificarlos, aunque sea en partes) es decir son *predecibles*. Otros cambios nos sorprenderán, son inesperados, indeseables y/o accidentales, por lo tanto *impredecibles*.

a)- Las crisis evolutivas o de desarrollo

Llamamos así a una instancia previsible y predecible, que puede pasar a veces desapercibida y que se presenta durante el desarrollo evolutivo de una familia. Generalmente la familia supera estas instancias sin mayores problemas. Estas circunstancias son:

1. El casamiento
2. El nacimiento de un hijo
3. El ingreso a la escuela primaria
4. El ingreso a la escuela secundaria. La adolescencia

5. El ingreso a la universidad y/o emancipación de los hijos.

Cuando la etapa se supera sin problemas, es porque se ha realizado un cambio de normas o reglas que hacen a la relación de los miembros de la familia. El estrés ha encontrado una adecuada forma de canalización. Por ello, en estos casos, hablamos de Crisis Evolutiva Normal, aunque suene redundante.

Todo crecimiento implica cambio. El crecimiento familiar nos lleva necesariamente al concepto de “cambio en los acuerdos de una nueva relación”

El repertorio de reglas con que cuenta una familia no es limitado. Este repertorio está relacionado con las historias de los miembros que la componen y de las cuales se deriva su sistema de creencias.

Se puede compartir o no el sistema de creencias.

Se puede estar de acuerdo o no con el mismo.

Se puede respetar o no el acuerdo o el desacuerdo, cuando éste existe.

b)- Sucesos inesperados que provocan crisis imprevisibles o accidentales

Se llama así a todas aquellas situaciones en las que los miembros de una familia quedan expuestos. Simplemente por la condición de vivir, de hacerlo como grupo unido por relaciones de afecto, de mostrar una disponibilidad personal y grupal para la resolución de los problemas que cotidianamente se presentan y de llevarlo a cabo insertados en una comunidad (suprasistema) que nos implica en todos y cada uno de sus cambios.

Podemos reconocer distintas situaciones que contribuirán a que una familia adopte una organización transitoria, adaptativa a la circunstancia que está viviendo. Son ejemplo de esto:

- 1- Enfermedades prolongadas: que obligan o no, a una internación. Tienen como común denominador el hecho de que dejan “fuera de acción” a la persona enferma. Esta no puede cumplir su rol dentro de la familia (de trabajo o de

estudio) y necesita del resto de la familia y a veces de los amigos o vecinos para su cuidado y tratamiento.

- 2- Accidentes graves con convalecencias prolongadas: es una situación semejante a la anterior, a veces cargada de dramatismo porque el accidente es un instante, pero las alternativas de la rehabilitación forman parte de un proceso prolongado.
- 3- Pérdida del trabajo o disminución sensible de los ingresos de la familia : cuando no se puede contar con los recursos económicos se pierde la autonomía y la dependencia de la pareja o de la familia es un hecho penoso con el cual es difícil convivir.
- 4- Fallecimientos: un fallecimiento siempre resulta un acontecimiento doloroso en la familia, y normalmente evoca en todas las personas, los mismos sentimientos (pena, dolor, tristeza) y pensamientos (confusión, desamparo, vulnerabilidad, necesidad de revisar los proyectos personales y familiares) En general y en particular las cosas han cambiado y las personas deben cambiar.
- 5- Infidelidad. Es también una pérdida, en algún sentido comparable con la muerte, porque mueren ciertos valores que hicieron la estructura de la pareja.
- 6- Mudanzas: se pierde el contexto donde la familia desarrolla sus actividades, el barrio, los vecinos, los proveedores habituales.
- 7- Migraciones. No solo se pierde el barrio, se puede perder la cultura. Las crisis son mas profundas cuando la migración es obligada.
- 8- Discapacidad: Si a la crisis evolutiva que implica el nacimiento, le agregamos el hecho de que el nuevo integrante nace con una discapacidad estamos sumando un motivo más al estrés.

c)- Crisis estructurales

Se trataría de familias que según Jackson se las puede clasificar como insatisfactorias inestables.

Pittman continúa diciendo “la mayoría de las familias verdaderamente patológicas (disfuncionales) tienen crisis de esta clase.

d)- Crisis de cuidado

Dice Franck Pittman III de ellas. “Las crisis de cuidado ocurren en familias en las cuales uno o más miembros son **no funcionales y dependientes.**”

Agrega “el miembro no funcional y dependiente, somete a la familia por sus requerimientos de cuidados. Los niños pequeños, los ancianos los inválidos, naturalmente requieren cuidados de otros miembros de la familia. El cuidador puede ser provisto dentro de la familia y llegar a agotar sus recursos. La familia necesita ayuda externa”. (Pittman III, F. 1990)

e)- Estrés acumulativo

“Cuando se cursa por varias crisis en forma simultánea o bien en forma sucesiva”

¿Cuándo una crisis no se resuelve?

Decíamos al comienzo de nuestro trabajo que el síntoma es una señal que nos lleva a pensar que, ante la necesidad de un cambio, éste por alguna razón, no se produce. En general se tiende a pensar en las causas y ello lleva a los miembros de la familia a proponer explícita o implícitamente soluciones que cuando no coinciden entre sí, dan lugar a una lucha por determinar quién y cómo se resuelve el problema. Esto no hace sino establecer y mantener un circuito de interacciones que pasa a ser parte del problema, o resulta ser posteriormente, el verdadero problema. (Fernandez Moya J. Lescano E. 1982)

1.5. Familia funcional y Familia disfuncional.

1.5.1.Familia funcional

Fernández Moya y colaboradores (2010), denominan a la familia funcional como:

“...aquella que cumple con parámetros que la investigación ha definido como necesarios para identificar la dinámica de la familia dentro de parámetros aceptables”.

Reiss, D., quien es citado por **Fernández Moya y colaboradores (2010)**, refiere que la familia funcional se caracteriza por:

- *Su sensibilidad al medio.*
- *Sus cualidades como dominio y colaboración.*
- *Su apertura hacia nuevas experiencias.*

En una familia funcional, la estabilidad y la flexibilidad están equilibradas y tienen que ser constantemente renegociadas.

1.5.2.Familia disfuncional

La familia es un sistema organizado que tiene finalidades claras: alimentación, adaptación al medio, protección, socialización de sus miembros. La familia que no logra cumplir con sus objetivos básicos es una familia disfuncional. Su funcionamiento no le permite el desarrollo y consecución de sus fines.

Fernández Moya y colaboradores (2010), dice que:

“La familia disfuncional tiene serias dificultades para resolver problemas.

Sus procesos interaccionales se encuentran paralizados y fijos.

Se sitúan los problemas existentes en un individuo (chivo expiatorio).

Se evitan los conflictos.

Se niega que exista problema alguno.

Repiten estrategias de resolución de conflictos que resultan ineficaces.

Culpan a alguien.

De esta manera dichos conflictos no estimulan el desarrollo y transformación de la familia, sino su rigidez y poca capacidad de cambio”.

1.6. Tareas de la familia

Una de las características principales que tiene la familia y que la distingue de otros sistemas sociales son sus funciones, las que llevada a cabo de manera apropiada a los modelos sociales, permiten a los niños, que en ella crecen, desarrollarse en un ambiente de seguridad moral y material.

Dichas funciones son básicamente nutricias y normativas, vitales en la subsistencia y evolución del ser humano.

Los modos en que ellas se llevan a cabo, depende de las características de cada familia y a su vez, de la influencia que la misma tiene de la cultura en la cual esta inmersa.

No obstante, aunque existan algunas diferencias, lo que podemos advertir, es que las prácticas de estas tareas, tienen un carácter esencial en la vida de los individuos.

De la infinidad de tareas que realiza la familia, podemos citar las que describe Minuchin y son citadas por **Fernández Moya (2000)**:

Tareas Normativas:

“Hacen alusión a las funciones socializadoras: imposición de límites, transmisión de la cultura, orden y claridad de las acciones en la vida cotidiana, etc. El déficit de la función normativa, tienen consecuencias caóticas para sus miembros, cuando se trata de niños, ya que los llena de ansiedad y confusión que los adultos no estén a cargo de ellos, situación que se pone de manifiesto en la carencia de límites”.

Tareas Nutricias:

“Se relacionan con la protección, afecto, contención, apego, enseñanza, estimulación y habilidad para la adaptación. La escasez de estas tareas ocasionan daños muy difíciles de reparar, ya que atañen a la identidad de sus miembros”.

1.7. Funciones de la familia

Aunque parezcan similares a las tareas, las funciones de la familia, desde el punto de vista de **Horton y Hunt (1984)**, son diversas, pero aquí solo citaremos las que son referentes a nuestro tema:

- ❖ Función Socializadora: La familia constituye el grupo primario del niño, y es en su seno donde tiene principio el desarrollo de su personalidad. Para cuando es lo bastante mayor para ingresar en grupos primarios fuera de la familia, los cimientos básicos de su personalidad están firmemente puestos.

Uno de los muchos modos en que la familia socializa al niño, estriba en proporcionar modelos para ser copiados por éste.

Donde faltan estos modelos, el niño tiene que recurrir a pautas de segunda mano, que ve en otras familias y en sus parientes.

- ❖ Función Afectiva: Sean cualquiera sus necesidades, el hombre necesita encontrar una respuesta íntima entre sus semejantes.

Los psiquiatras mantienen que, quizás, la mayor causa individual de dificultades emocionales, problemas de comportamiento e incluso enfermedades físicas, sea la falta de amor.

La mayoría de las sociedades se apoyan totalmente en la familia, en lo que a respuestas afectivas se refieren. La necesidad de compañerismo, la satisfacen en parte en la familia y en parte en otros grupos.

- ❖ Función Status: Al ingresar en una familia, un individuo hereda una serie de status. La familia también sirve de base para la adquisición de status, como por ejemplo el blanco, urbano, católico, de clase media, etc. El status de clase de una familia de un niño, determina, en gran parte, las oportunidades que dispondrá en su vida, así como la expectativa a través de las cuales los demás pueden estimularse o desalentarse. Este status puede cambiarse.

- ❖ Función Protectora: en todas las sociedades, la familia ofrece a sus miembros un cierto grado de protección económica, material y psicológica, indispensable en el crecimiento de los individuos. En muchas ocasiones, un ataque contra uno de sus miembros, se considera dirigido a toda la familia.

- ❖ Función Económica: La familia constituye en muchas sociedades, la unidad económica básica. Facilitando de esta manera que sus miembros satisfagan sus necesidades vitales como la alimentación, abrigo, vivienda, estudios, etc.

1.8. Individualidad dentro del grupo familiar

La familia lleva a cabo distintas funciones de protección psicosocial, ofreciéndoles a sus miembros continuidad en la pertenencia y crecimiento en la diferenciación. **Grosman y otros, (1989)**, plantean que:

“Este doble proceso que realiza la familia, le permite que se desarrolle como una unidad cohesionada, y al mismo tiempo, internamente diferenciada en la expresión de la identidad de cada uno de sus miembros”.

De este modo, la diferenciación que van consiguiendo los integrantes de la estructura familiar, con el sentimiento de pertenecer a un grupo, le permite ir logrando la elaboración de la propia identidad.

Con respecto a la diferenciación individual en las familias, **Salvador Minuchin**, quien es citado por **Fernández Moya (2010)**, se refiere al apego o desapego familiar excesivo, y los define como:

“Apego excesivo: dificultad para definir roles y funciones e incapacidad para estructurar sus relaciones. Este tipo de confusión puede verse como un modo de evitar las confrontaciones y clarificaciones directas (que los miembros de la familia viven como una amenaza a la unidad familiar). Asimismo, hay una tendencia en las familias apegadas a designar a una persona para que actúe como pacificador, siempre que haya una amenaza inminente de conflicto familiar”.

“Desapego familiar: marcado aislamiento entre los miembros de la familia, proceso y resultado, carencia de una estructura jerárquica y una demarcación demasiado fuerte de los límites individuales, con oportunidades restringidas de comunicación e influencia recíproca”.

La familia va creando sus modelos particulares de relación, manteniéndolos por medio de interacciones repetidas, estableciendo las pautas que indican con quién, en qué

momento y de que modo interactuar, estableciendo de esta manera que es lo que esta permitido y/o prohibido en el sistema.

Las reglas que se establecen van modificándose durante el desarrollo de la familia, respondiendo a los cambios en las necesidades de los miembros del grupo familiar.

En el mantenimiento de la estructura es necesario cuidar los espacios personales que implican individuación, ayudando el enriquecimiento de los miembros, quienes dan y reciben algo valioso de y para los otros.

Las dificultades en la discriminación de los espacios individuales pueden provocar que la estructura familiar se forme rígida, afectando de forma negativa el cumplimiento de las funciones que debe llevar a cabo este sistema durante su transformación.

La familia para constituirse como estructura y mantenerse como tal, tiene que formar su propia identidad, realizar sus funciones y enfrentarse en el transcurso de su evolución a distintos sucesos, algunos esperables dentro de su ciclo vital, y otros inesperables, que pueden surgir durante su crecimiento.

1.9. Afrontar los cambios familiares

Para responder: ¿Cómo puede una familia afrontar los cambios para desarrollarse adecuadamente?, no se cuenta con un concepto único y excluyente. Pero existen ciertos factores a tener en cuenta, que hablan de cómo puede manejarse con pautas funcionales; según **Fernández Moya (2010)**, de las que podemos mencionar:

-La capacidad de la familia para resolver problemas.

-Clima emocional de la familia.

-Capacidad de cambio en el curso del ciclo vital de la familia.

-Capacidad para regular la proximidad y las distancias en las relaciones intrafamiliares.

-La formación de fronteras generacionales funcionales.

Fernández Moya (2010), cita a **Virginia Satir**, quien menciona reglas de comunicación que garantizan la funcionalidad de la familia, ellas son:

- 1- *Las transiciones que son iniciadas deben ser terminadas.*
- 2- *Las preguntas se formulan con claridad y se responden con claridad.*
- 3- *La hostilidad y los conflictos son reconocidos e interpretados.*
- 4- *Los miembros de la familia tienen conciencia de sí mismos y de cómo son percibidos por los demás.*
- 5- *Cada miembro es capaz de expresar opiniones diferentes sobre los demás y comunicar las esperanzas, temores y expectativas que tienen con respecto a las partes interactuantes.*
- 6- *Se admiten las diferencias de opiniones.*
- 7- *Los miembros de la familia son capaces de elegir varias alternativas de conducta. Cada uno de los miembros tiene capacidad para aprender de la experiencia y rechazar modelos obsoletos.*
- 8- *Los mensajes que los miembros de la familia se envían mutuamente son enunciados con claridad y la conducta correspondiente es coherente con el mensaje.*

Las familias que no logran cumplir con ciertos requisitos básicos para el adecuado desarrollo de sus integrantes, pueden ser denominadas familias disfuncionales. Estas se rigidizan en sus interacciones, el sistema posiciona a uno de sus miembros como sintomático, niegan los conflictos o los evitan, reiteran soluciones ineficaces; evitando con esto el crecimiento y transformación de la familia.

Estos fenómenos disfuncionales han estado presentes, seguramente, desde que la familia existe. Otros relatos históricos y literarios de épocas remotas describen una amplia variedad de conductas abusivas adoptadas por diferentes culturas, con el fin de enseñar o disciplinar, como por ejemplo, golpear a un niño por equivocarse al realizar una tarea, tema que se desarrollará a continuación.

1.10. Tipos de familias

Según Rolando Martiñá,

“el cambio implica una transformación casi revolucionaria acerca de la definición de los roles de género y la definición de trabajo fuera y dentro del hogar”

Este contexto de cambios constantes en las organizaciones familiares, donde nuevas configuraciones se manifiestan marcadamente, se puede distinguir algunos tipos de familias, con características relativamente definidas. Veamos algunas de ellas:

➤ **Familia nuclear tradicional:** padre, madre e hijos conviviendo más o menos armoniosamente. Con probables problemas económicos, laborales o de salud. Dos o más hijos en etapa escolar, quizá alguno con problemas especiales: abuelos ancianos y/o enfermos a cargo; enfermedad aguda o crónica o emigración de algún ser querido.

➤ **Madre soltera, padre ausente:** si es adolescente, como suele suceder, se superponen los problemas de la maternidad, abandono, la difícil relación con la familia de origen y de la propia adolescencia. Las pautas de crianza se suelen delegar en abuelos, y a menudo la madre adolescente funciona como la “hermana mayor”. A eso se agregan cuestiones de discriminación social.

➤ **Mujer separada, con hijos, sin nueva pareja:** la sobrecarga de intentar cumplir dos roles, además de ganarse el sustento, será mayor o menor en relación con la actitud de su ex pareja, el número y edad de sus hijos y el apoyo que reciba de otros miembros de la familia. De todas maneras es razonable esperar un alto nivel de estrés, por la ineludible postergación de sí misma que deberá asumir durante varios años.

➤ **Mujer separada, con hijos, con nueva pareja:** a lo anterior, habrá que añadir el trabajo de construir una nueva relación con alguien que deberá aceptar a sus hijos, con todo lo que eso implica en demandas de relación y atención. La parte favorable es que, según sus rasgos, la otra persona puede llegar a constituirse en un hilo importante dentro de la trama de apoyo social. Las cosas, sin embargo, se vuelven más complejas si la persona es, a su vez, separada y con hijos.

➤ **Mujer u hombre separados, con hijos, que deciden convivir:** las famosas de “los tuyos, los míos, los nuestros”. Familias ensambladas, que se vuelven más complejas aún si, como es frecuente, nacen hijos de la nueva unión. Deben enfrentar problemas como la forma de educar los niños (propios y “ajenos”), los modos de resolver los conflictos adulto- adulto, adulto- niño, niño- niño (propio y/o “ajeno”). Las relaciones de las ex parejas respecto de los hijos anteriores; la

posibilidad de hacerle un “lugar adecuado” al nuevo niño. La cercanía o lejanía de edad entre los niños, etc.

➤ **Niños criados por abuelos u otros parientes:** la ausencia de los padres suele tener efectos muy traumáticos en los niños, aunque, como en todos los casos, lo más importante para que un niño crezca razonablemente sano, es la forma en que es acogido y no tanto por quién.

➤ **Otros tipos de familias: familias inmigrantes o multiétnicas:** con la negociación permanente de las diferentes culturas que implican; **familias con hijos adoptivos:** que pueden tener o no otros hijos biológicos. En ambos casos, está en juego el tema de la identidad y los riesgos de discriminación.

➤ **Familias pobres o empobrecidas:** muy frecuente en nuestro país y en otros de la región, y la **pareja homosexual adoptante**, probablemente en aumento en los próximos años.

CAPÍTULO 2

LA ADOLESCENCIA Y EL DERECHO A LA SALUD

LA ADOLESCENCIA Y EL DERECHO A LA SALUD

2.1. Posmodernidad y cultura

La Organización Mundial de la Salud define al grupo de adolescentes como la población comprendida entre los 10 y los 19 años de edad, y como jóvenes, el grupo comprendido entre los 15 y 24 años.

El inicio se define biológicamente con el comienzo de la maduración sexual (la pubertad), cuya señal más conocida en la mujer es la aparición de la primera menstruación (menarquía) y en el varón la primera eyaculación de semen (semenarquía), en tanto que la terminación de la adolescencia es “sociológica”: el adolescente-joven, “pasa” a ser adulto en el momento que logra su independencia del núcleo familiar, básicamente definida por una independencia de tipo económico.

La adolescencia no es meramente un proceso biológico, sino también psicológico y social, que asume características diferentes en las múltiples y variadas estructuras sociales y culturales en las que crecen y se desarrollan los jóvenes

2.2. La adolescencia y el contexto actual

Los factores culturales e históricos pueden representar una fuente importante de estrés psicológico durante la adolescencia.

Kenneth Kensington (1975) consideraba que los problemas de los adolescentes nacen de la “tensión entre el yo y la sociedad”, es decir, una falta de correspondencia entre los sentimientos respecto a lo que son y lo que la sociedad quiere que sean. Según Kensington, los adolescentes sienten una ambivalencia no solo ante el orden social, sino ante sí mismos. Es posible que piensen que la sociedad es demasiado rígida y dominante; de ahí que intenten escapar asumiendo identidades y roles temporales.

En suma, ahora los investigadores comprenden que el contexto social e histórico del desarrollo es tan importante para la etapa de la adolescencia como las diferencias individuales (Jessor, 1993). De la misma manera que los niños, los adolescentes alcanzan la mayoría de edad en un nicho cultural que influye en todos los aspectos de su vida, desde las novedades y las modas hasta la economía y las oportunidades educacionales, desde el tiempo libre y la salud hasta la nutrición. El nicho cultural define pues lo que es la adolescencia.

2.3. Distintas concepciones de la adolescencia.

La adolescencia puede ser considerada como:

“un período de transición, un momento de crisis, una etapa ambigua de la vida, parte del desarrollo y crecimiento del ser humano, una etapa de mutación, un concepto inventado por la estructura social”. (Maste, 1988).

M. Knobel (1976), plantea que la adolescencia, es

“un período de transición entre la pubertad y la adultez, en este período el individuo pasa física y psíquicamente, de la condición de niño a la de adulto”.

La adolescencia es considerada desde dos perspectivas, una, como una fase de desarrollo evolutivo, donde lo normal y universal es que el individuo se sienta inquieto y desequilibrado, y la otra, como una expresión circunstancial del movimiento histórico social.

Para L. J. Stone y J. Church (1979), es erróneo definir a la adolescencia como un período de tormenta y agitación, donde la turbulencia se atribuye a los cambios físicos producidos en la pubertad.

Consideran que hay sociedades donde esto no es vivido de esta manera y aún más, plantean que en algunos individuos la crisis sobreviene un año después de los cambios puberales, y en otros, no se ha encontrado relación alguna entre los cambios físicos y la conducta típica de los adolescentes.

Estos autores afirman que la adolescencia es:

“un fenómeno cultural derivado del modo en que se la interpreta en las distintas sociedades, el proceso de maduración física”.

Desde otra perspectiva, L. Kaplan 1991, define la adolescencia, como una

“época ambigua de la vida”, plantea que es “un proceso psicológico vinculado con la pubertad, pero que varía en función de las personas, las familias y las sociedades”,

lo cual marca una diferencia con lo mencionado previamente.

Desde esta perspectiva el drama radica en pasar de una zona de existencia a otra distinta. El individuo pasa de la vida familiar a la existencia cultural.

La adolescencia, entonces, no es ni una repetición del pasado ni una mera estación intermedia entre la infancia y la adultez, sino que

“es un espacio lleno de historias y potencialidad”. (Kaplan, 1991)

Esto significa que

“es una fase singular en la historia de la vida del hombre, donde pasado, presente y futuro no siguen un curso lineal, sino que se entremezclan, permanentemente. Fase donde se realiza una activa desconstrucción, construcción y reconstrucción, es decir, donde se realiza una activa revisión del pasado”.

Siguiendo el trabajo de Kaplan, en esta etapa se produce la lucha humana, entre aferrarse al pasado o entrar en el futuro *“lo que se busca no es borrar el pasado, sino rescatar lo valioso de él, y abandonar lo que obstaculice la realización de la potencialidad adulta”.*

Por su parte el psicoanálisis ofrece valiosos aportes.

Es clásica ya la posición de Mauricio Knobel y Arminda Aberatury (1976); para quienes el problema crucial que acontece en este período de transición, es “el duelo”, entendiéndose por tal, “... *el dolor o la afección que se siente ante una pérdida*”.

En la adolescencia, lo perdido son las diversas características infantiles.

Los procesos de duelo que tienen que superar los adolescentes para convertirse en adultos, son:

- Duelo por el cuerpo infantil perdido. El surgimiento de rápidos y variados cambios corporales lleva a dejar el cuerpo de niño.
- Duelo por los padres de la infancia. Se renuncia a la idealización y protección de aquellas personas que en la niñez tanto se necesitaba y de las que se dependía.
- Duelo por el rol social infantil. Perder este rol implica perder la dependencia infantil y asumir responsabilidades adultas.
- **La pérdida de la bisexualidad de la infancia**, fue agregado posteriormente como un cuarto duelo. Se pierde la fantasía del doble sexo implícita en todo ser humano.

Los procesos que se suceden en el duelo se han dividido en tres etapas:

- **La negación**, mecanismo por el cual el sujeto rechaza la idea de pérdida, muestra incredulidad, siente ira.
- **La resignación**, en la cual se admite la pérdida y sobreviene como afecto la pena.
- **El desapego**, en la que se renuncia al objeto y se produce la adaptación a la vida sin él. Esta última etapa permite el apego a nuevos objetos.

2.4. Adolescencia y desarrollo físico.

Crecimiento y cambios físicos:

Las características biológicas de la adolescencia son un notable aumento de rapidez de crecimiento, un desarrollo acelerado de los órganos reproductores y la

aparición de rasgos sexuales secundarios (como el vello corporal, el aumento de la grasa y de los músculos, agrandamiento y maduración de los órganos sexuales). Algunos cambios son iguales en ambos sexos (aumento del tamaño, mayor fuerza y vigor), pero en general se trata de cambios específicos de cada sexo. (Money, 1980; citado por Craig y Baucum, 2001).

- Maduración sexual en el varón

La primera indicación de la pubertad es el crecimiento rápido de los testículos y del escroto. El pene pasa por un crecimiento acelerado similar más o menos un año después. Mientras tanto, el vello púbico empieza a aparecer, pero puede que madure por completo hasta después de terminado el desarrollo de los genitales. Durante ese período se registra también un crecimiento en el tamaño del corazón y los pulmones. Los varones generan más eritrocitos que las mujeres por la presencia de testosterona. La abundante producción de eritrocitos puede ser una de las causas de la mayor fuerza y capacidad atlética de los adolescentes. La primera emisión de semen puede ocurrir a los 11 años o hasta los 16. En general se produce durante el estirón del crecimiento, y es posible que se deba a la masturbación o a sueños eróticos. Estas eyaculaciones pocas veces contienen espermatozoides fértiles (Money, 1980; citado por Craig y Baucum, 2001).

Por lo común, las descripciones sobre la voz de los niños adolescentes comprenden su voz vacilante y de cambios abruptos de tono. Sin embargo, el cambio de voz real tiene lugar más tarde en la secuencia de modificaciones de la pubertad y, en muchos varones, ocurre de manera muy gradual como para que constituya un hito del desarrollo (Tanner, 1978; citado por Craig y Baucum, 2001).

- Maduración sexual en la mujer.

El crecimiento de los senos suele ser la primera señal de que se han iniciado ya los cambios que culminarán en la pubertad. También comienzan a desarrollarse el útero y la vagina, acompañados del agrandamiento de los labios vaginales y del clítoris.

La menarquia, que es el signo más evidente y simbólico de la transición de la niñez a la adolescencia, se presenta más tarde en la secuencia, luego de que el estirón del crecimiento alcanza su punto culminante. Puede ocurrir a los nueve años y medio o hasta los 16 años y medio. (Powers y otros, 1989; citado por Craig y Baucum, 2001).

2.4.1.Imagen corporal.

El adolescente pertenece a lo que los sociólogos llaman grupo marginal, que está situado entre dos culturas o al borde de la cultura dominante que por lo general muestra una necesidad intensificada de ajuste al mismo. Puede ser muy intolerante ante la desviación, sea del tipo corporal (ser demasiado gordo o delgado) o en relación con el momento de la maduración (si es precoz o tardía).

Los medios masivos favorecen la intolerancia pues presentan imágenes estereotipadas de jóvenes atractivos y exuberantes que pasan por esta etapa de la vida sin granos, frenos, desgarbo ni problemas de peso. **Muchos adolescentes son muy sensibles a su aspecto físico; de ahí que sientan mucha ansiedad e inseguridad cuando su imagen, menos que perfecta, no corresponde a los hermosos ideales que ven en los medios masivos.**

A lo largo de la niñez media, los niños no sólo se percatan de los diversos tipos e ideales corporales, sino que se hacen una idea bastante rara de su tipo, proporciones y habilidades corporales. En la adolescencia, examinan con mayor detenimiento su tipo somático. Algunos se someten a una dieta rigurosa; otros inician regímenes estrictos de acondicionamiento y mejoramiento de su vigor físico. El interés de los varones se concentra en la fuerza física (Lemer, Orlos y Knapp, 1976; citado por Craig y Baucum, 2001).

2.5.Cambios cognoscitivos.

Durante la adolescencia hay una expansión de la capacidad y el estilo de pensamiento que aumenta la conciencia del individuo, su imaginación, su juicio de la intuición. Estas mejores habilidades conducen a una rápida acumulación de conocimientos que extienden el rango de problemas y cuestiones que les complican su vida.

Hacia la mitad y el final de la adolescencia aumenta el interés por los problemas sociales, políticos y morales. El adolescente comienza a aprender conceptos holísticos sobre la sociedad y sus instituciones, además de principios éticos que trascienden los que han aprendido en las relaciones interpersonales. Crea sus propias creencias respecto

del sistema político dentro del contexto cultural e histórico- (Haste y Torney, 1992; citado por Craig y Baucum, 2001).

Su conocimiento del mundo se vuelve más complejo con el tiempo, conforme va adquiriendo experiencia y conceptualiza teorías y escenarios más complejos. Cuando surgen conflictos modifica sus conceptos de las libertades civiles, entre ellos el de la libertad de expresión y la libertad de credo (Helwig, 1995; citado por Craig y Baucum, 2001).

Se observan fluctuaciones y extremos en su comportamiento cuando comienza a analizar sus actos y su personalidad. Reestructura su conducta, sus ideas y sus actitudes para forjarse un auto imagen nueva y más individualizada o una mayor conformidad con las normas del grupo.

2.6.Desarrollo de la personalidad y socialización.

Cada período de la vida plantea retos y problemas de desarrollo que exigen nuevas habilidades y respuestas.

En general, los teóricos coinciden en que el adolescente debe encarar dos grandes desafíos:

- Lograr la autonomía y la independencia respecto a sus padres.
- Formar una identidad, esto es, crear un yo integral que combine en forma armoniosa varios elementos de la personalidad.

2.7.Formación de la identidad desde la psicología del desarrollo.

Formación de la identidad: en la teoría de Erikson se integran componentes afectivos, cognitivos, sociales y culturales. Supone, a grandes rasgos, considerar el desarrollo como la superación de los conflictos externos e internos.

De acuerdo con Erikson, *“la formación de la identidad suele ser un proceso prolongado y complejo de autodefinición”*.

Este proceso ofrece continuidad entre el pasado, el presente y el futuro del individuo; crea una estructura que le permite organizar e integrar las conductas en diversas áreas de la vida; y concilia sus inclinaciones y talentos con roles anteriores

provenientes de los padres, los compañeros o la sociedad. La formación de la identidad ayuda además al adolescente a conocer su posición con respecto a los otros y con ello sienta las bases de las comparaciones sociales.

Undiks y Col (1990), nos dicen que *“el proceso de construcción de la identidad es difícil y se asocia a condiciones sociales, culturales e históricas específicas. La búsqueda de respuesta a las preguntas claves del período juvenil se lleva a cabo en tres niveles: el sí mismo, el grupo y la sociedad”*. El adolescente necesita conocer, reconocer y reconocerse.

Factores que influyen en la identidad: **hay diversos factores que influyen en la construcción de la identidad. Los adolescentes obtienen de los grupos de referencia muchas de las ideas concernientes a los roles y valores. Los grupos de referencia pueden estar compuestos por individuos con quienes interactúan a menudo y con los que mantienen relaciones estrechas, o bien pueden ser grupos sociales más generales con los ideales: grupos religiosos, étnicos, generacionales.**

Sin importar si son amplios o reducidos confirman o rechazan los valores y en ocasiones imponen otros.

El adolescente está obligado a convivir con varios grupos de referencia. La pertenencia a ellos que era casi automática en la niñez –digamos, en la familia, la pandilla del barrio o el grupo juvenil de la parroquia- ya no resulta tan cómoda ni tan satisfactoria como antes. Muchas veces siente lealtades contradictorias hacia la familia, los grupos de compañeros y otros grupos de referencia.

En ocasiones, el adolescente se siente más atraído por los valores y las actitudes de un individuo que por los de un grupo.

En suma, el adolescente está rodeado por una extraordinaria diversidad de roles aportados por múltiples individuos y grupos de referencia. Debe integrar esos roles a una identidad personal y conciliar o desechar los contradictorios.

Efectos del estado de identidad: los investigadores señalan que el estado de identidad influye de modo profundo en las expectativas sociales del adolescente, en su imagen personal y en sus reacciones ante el estrés. Más aún, las investigaciones transculturales efectuadas en Estados Unidos, Dinamarca, Israel y otras sociedades

demuestran que los cuatro estados forman parte de un proceso de desarrollo relativamente universal, por lo menos en las culturas caracterizadas por una adolescencia larga. Posteriormente, veremos como interactúan los cuatro estados con algunos problemas de la adolescencia.

Las relaciones con sus progenitores son ambivalentes: luchan por conseguir la libertad y, al mismo tiempo, temen o resienten la desaprobación de sus padres.

Esta situación se puede observar por ejemplo, en los adolescentes que tienen una enfermedad crónica, en este caso diabetes, ya que por un lado se oponen al control de los padres y familiares, llegando muchas veces a la sobreprotección y por otro lado necesitan de su comprensión y apoyo.

Los sistemas familiares son dinámicos: los cambios conductuales de un miembro de la familia inciden en los demás por ser la adolescencia un período de modificación.

Es por esta razón que la Federación Internacional de Diabetes (IDF) (2006), hace hincapié en la educación del paciente con diabetes y su grupo de convivencia.

Por lo general, la incipiente necesidad de autonomía y autodefinición hacen que el adolescente tenga por lo menos pequeñas fricciones con la familia y sienta mayor urgencia de hablar con los padres sobre algunas cuestiones. Sigue recibiendo el fuerte influjo de su familia, aunque los vínculos con ésta hayan entrado en gran tensión.

Casi todos los conflictos giran en torno a cosas tan simples como los quehaceres domésticos, la hora de dormir, el noviazgo, las calificaciones escolares, el aspecto personal y los hábitos de alimentación. Mucho menos comunes son los conflictos relacionados con valores básicos de carácter económico, religioso, social y político (Hill, 1987; citado por Craig y Baucum, 2001).

Importancia de los compañeros y amigos respecto de la identidad:

A medida que los individuos se independizan de su familia, necesitan más a los amigos para obtener apoyo emocional y probar sus nuevos valores (Douvan y Adelson, 1966; Douvan y Gold, 1966; citados por Craig y Baucum, 2001).

Son sobre todo, los amigos íntimos los que favorecen la formación de la identidad. Para aceptar su identidad, el adolescente necesita sentir que la gente lo acepta y le tiene simpatía.

Durante la adolescencia aumenta considerablemente la importancia de los grupos de compañeros. El adolescente busca el apoyo de otras personas para enfrentar los cambios físicos, emocionales y sociales de esta etapa. Es, pues, lógico que recurra a quienes están viviendo las mismas experiencias.

“Las redes de compañeros son esenciales para la adquisición de habilidades sociales. La igualdad recíproca que caracteriza a las relaciones en esta etapa favorece el aprendizaje de respuestas positivas a las crisis que sufre el adolescente”. (Epstein, 1983; Hawkins y Berndt, 1985; citados por Craig y Baucum, 2001).

Los adolescentes aprenden de sus amigos y compañeros de su edad las clases de conducta que serán recompensadas por la sociedad y los roles adecuados.

2.8.Comparación social.

La comparación social es: *“el proceso mediante el cual evaluamos nuestras capacidades, conductas, características de personalidad, apariencia, reacciones y nuestro sentido general del “yo” en comparación con los de otros; es una función que cobra extraordinaria importancia durante la adolescencia”.* (Seltzer, 1.989; citado por Craig y Baucum, 2001).

La comparación social adopta diversas formas durante este período (Seltzer, 1989; citado por Craig y Baucum, 2001). Al inicio de la adolescencia, los jóvenes dedican mucho tiempo y energía a definirse en un “área de compañeros” constituida por muchas clases de adolescentes; la utilizan para explorar y definir qué son y qué quieren llegar a ser. Se concentran en el aspecto físico y los rasgos de personalidad que los hacen populares; por ejemplo, el sentido del humor y la simpatía.

Este proceso incluye a un amplio círculo de conocidos pero a pocos amigos cercanos; muchas de las relaciones carecen de intimidad. El adolescente necesita estar solo algunas veces para interpretar los mensajes que recibe, para consolidar su identidad y desarrollar un sentido seguro de sí mismo.

La comparación social cambia durante los últimos años de la adolescencia.

El adolescente busca ahora amigos con quienes comparte características similares ya que éstos sustituyen una cantidad mayor de amistades no tan estrechas por la calidad que proporcionan unos cuantos amigos cercanos y aumenta la intimidad en las amistades del mismo sexo (Seltzer, 1989, Shulman y otros; 1997 citados por Craig y Baucum, 2001).

En una revisión reciente de las investigaciones dedicadas a la depresión, Dante Cicchetti y Sheree Coth, 1998; (citados por Craig y Baucum, 2001) señalan que: *“para comprender la depresión en la niñez y en la adolescencia es preciso conocer las interrelaciones entre los componentes biológicos, psicológicos y de los sistemas sociales”*.

La depresión durante la adolescencia se da a menudo junto con otros trastornos en respuesta a tensiones internas y externas. Por tanto, la depresión y los trastornos de ansiedad con frecuencia tienen lugar simultáneamente, lo mismo que la depresión y los trastornos de conducta.

También se interrelacionan la depresión, los pensamientos suicidas y el abuso de sustancias (Kandel y otros; 1991, citados por Craig y Baucum, 2001). Por otro lado, una imagen corporal negativa puede conducir a trastornos alimentarios y después a la depresión. Se ha comprobado que un elevado riesgo de depresión se asocia con la enfermedad; se trata de una especie de círculo vicioso: la enfermedad crónica deprime al paciente y la depresión lo hace más vulnerable a la enfermedad.

Según Dante Cicchetti y Sheree Toth (1998; citado por Craig y Baucum, 2001), entre los factores que exponen los adolescentes a la depresión y a las reacciones al estrés se cuentan los siguientes:

- Imagen corporal negativa, que puede producir depresión y trastornos varios.
- Mayor capacidad de reflexionar sobre uno mismo y sobre el futuro, lo cual causa depresión cuando el adolescente piensa en las posibilidades negativas.
- Problemas familiares o de salud mental de los padres, que pueden originar reacciones de estrés y depresión, lo mismo que trastornos conductuales.
- Conflictos conyugales o divorcio y problemas económicos de la familia.
- Poca popularidad entre los compañeros.
- Bajo aprovechamiento escolar, que produce depresión y conducta negativa en los varones pero que no parece afectar a las mujeres.

2.9.¿Cómo son los adolescentes con diabetes?

Continuando con lo antes dicho, la adolescencia es una edad en la que se produce un desarrollo de la percepción, el aprendizaje, el razonamiento y el lenguaje que permiten al adolescente manejar la abstracción, con lo cual es factible una mejor comprensión de la enfermedad.

Los adolescentes deben asumir el reto que implica la adaptación y aceptación de los cambios emocionales y físicos de la pubertad y la consolidación de un sentido de integridad e identidad corporal.

El adolescente con diabetes debe, además, asumir su autocontrol (realización de autoanálisis y toma de decisiones), prestar atención constante a la dieta, ingesta de alcohol, actividades físicas, etc., es decir, ha de hacer frente a una serie de aspectos que le hacen diferente de sus compañeros. Además se da cuenta que aplicarse varias inyecciones al día, en caso de ser insulino dependiente, resulta poco “normal”, por lo que se puede comprender que viva un sentimiento de injusticia y rebeldía.

2.9.1.La relación con sus padres

Ser diagnosticado de diabetes en la adolescencia se asocia frecuentemente con un mayor conflicto parental. Cuando el adolescente comienza a afirmarse en sí

mismo y a asumir nuevas responsabilidades se encuentra con el control de sus padres dominando sobre todos ellos.

Como resultado, puede afirmar su independencia negando la enfermedad, no acudiendo a las citas médicas o rehusando cumplir las pautas de la dieta o de la insulina. Puede haber períodos de depresión y de retraimiento, comportamiento hostil de “paso-al-acto” que puede conducir a conductas delincuentes.

La experimentación conductual es la norma durante la adolescencia. El adolescente cree que es invulnerable y esta actitud de “nada-me-puede-ocurrir-a-mí” le puede conducir a peligrosas actitudes de riesgo: alterar su tratamiento deliberadamente para comprobar si es verdad que necesitan ponerse insulina todos los días o monitorizar la glucemia tan a menudo. Esta experimentación tan arriesgada puede dar lugar a episodios de cetoacidosis y sobre todo a un mal control de la diabetes.

Por todo ello, quizás sea la adolescencia el momento evolutivo en que la diabetes interacciona más negativamente como enfermedad crónica. La diabetes durante largo tiempo es una enfermedad invisible y sin síntomas. De igual forma, al contrario de otras enfermedades crónicas como el asma, la diabetes se acompaña de poco ausentismo escolar, de buenos resultados escolares y no hay un impacto significativo sobre la inserción laboral de los jóvenes.

Sin embargo, a pesar de esta presentación favorable, el adolescente con diabetes es en general mal aceptado socialmente y son muchos los casos en que el joven diabético evita hablar a otros de su enfermedad y se excluye de la práctica de deportes o de los viajes organizados.

La autoimagen es típicamente inestable en la adolescencia temprana, pero el adolescente con diabetes puede tener una autoimagen especialmente mala, y verse a sí mismo como defectuoso o más débil que sus compañeros, lo que intensifica los sentimientos de inferioridad y el miedo al rechazo de sus compañeros.

Durante la adolescencia las infracciones son numerosas y tanto el personal sanitario (médico/enfermera) como los padres se enfrentan a las trampas que frecuentemente serán negadas. Tales conductas a veces se inscriben dentro del rango de las fobias específicas, fobia a las hipoglucemias, fobias a los malos resultados, fobia a

los pinchazos y a la sangre, etc., aunque este tipo de complicaciones son raras por debajo de los 20 años.

La adherencia al tratamiento o cumplimiento terapéutico está íntimamente unida al buen control metabólico. El mal cumplimiento terapéutico es un problema marcado sobre todo en la adolescencia, como señalan Kovacs y cols..

En este sentido, señalar que los campamentos para personas con diabetes y los grupos de apoyo estimulan el ajuste emocional, lo que se traduce en una mejor adherencia al tratamiento, y por lo tanto en un mejor control metabólico.

En recientes estudios se ha documentado una disminución del apoyo y de la implicación de los padres en las tareas del manejo de la diabetes en los primeros años de la adolescencia y se ha comprobado que los adolescentes que asumen demasiado temprano la responsabilidad del manejo de la diabetes son menos cumplidores, cometen más fallos en su autocontrol y tienen un peor control metabólico que los adolescentes cuyos padres permanecen más tiempo implicados en el manejo de la diabetes.

Por ello es necesario mantener la supervisión de los padres en el manejo de la diabetes durante la adolescencia y evitar o minimizar el conflicto

Señalar también que entre las mujeres adolescentes con diabetes los temores relacionados con la obesidad y los episodios de sobre ingesta previos alcanzan una elevada proporción, llegando a verdaderos trastornos de la conducta alimentaria como la anorexia nerviosa y la bulimia en algunos casos. Algunas jóvenes pueden reducir o abandonar por completo las inyecciones de insulina con el objeto de perder peso, requiriendo el restablecimiento del tratamiento con insulina en estos casos una extensa negociación entre la paciente y el médico.

Por último, es necesario destacar que las tasas de mortalidad en adolescentes con diabetes son mayores que en adolescentes normales. La causa de la mayoría de estas muertes es por complicaciones agudas, fundamentalmente cetoacidosis, bien al debut o posteriormente. No hay que olvidar que el suicidio puede ser una causa de muerte en los adolescentes con diabetes. Se han descrito incluso unas tasas de suicidio más elevadas de lo que cabría esperar entre hombres jóvenes con diabetes Mellitus. Algunos autores

como Goldston y cols. plantean la existencia de una proporción desconocida de intentos de suicidio e ideación suicida en el joven con diabetes y la utilización de la insulina o su omisión para este fin, por lo que siempre se ha de tener en cuenta la posibilidad de tentativa de autolisis en los comas hipoglucémicos o cetoacidóticos en adolescentes.

2.10. Algunas consideraciones

TABLA I.

QUEJAS O MOTIVOS DE PREOCUPACIÓN RELACIONADOS CON LA DIABETES EXPRESADOS POR NIÑOS, ADOLESCENTES O SUS PADRES

- Los pinchazos para las glucemias me destrozan los dedos
- Soy “dulceadicto” porque quiero dulces
- Mi piel está llena de “baches” en las zonas de inyección
- La insulina me engorda
- No es agradable tener que pensar continuamente en la diabetes
- Tendré una mala reacción a la insulina, sobre todo con la insulina nocturna
- La glucemia alta (o baja) me pone triste
- Tengo que seguir tomando azúcar hasta que los síntomas desaparezcan para evitar tener otra crisis hipoglucémica
- Cada hiperglucemia es otro clavo en mi ataúd
- Las complicaciones son bombas de relojería esperando para explotar
- Estoy harto de tener que controlar mi diabetes
- Debo mantener la diabetes en secreto o perderé a mis amigos
- Nadie querrá casarse conmigo
- Mi hijo se quedará ciego y necesitará diálisis
- Es peligroso para mi hijo conducir una bicicleta (o una moto o un coche)
- Me siento como si el médico nos estuviera juzgando
- No sé cómo actuar cuando mi hijo se niega a comer

Modificado de Jacobson (1996).

TABLA II.**ASPECTOS PSICOSOCIALES RELEVANTES EN EL CONTROL DE LA DIABETES**

- Expectativas, actitudes y metas del paciente y su familia acerca del tratamiento
- Experiencias pasadas con la enfermedad en general y con la diabetes en particular
- Estado afectivo actual
- Extensión del disgusto o aceptación tras el diagnóstico
- Disposición para aprender y realizar cambios en el comportamiento
- Grado y tipos de estrés actual
- Reacciones emocionales a temas clave relacionados con la diabetes (ideales de peso, intolerancia a la regularidad, miedo a las agujas y los pinchazos, temor a la hipoglucemia, temor a las complicaciones, etc.)
- Enfermedad psiquiátrica, especialmente depresión o trastornos de la conducta alimentaria
- Personas clave en la vida del paciente
- Reacciones y relaciones con los miembros del equipo sanitario
- Factores culturales que pudieran afectar la percepción del significado de la enfermedad y su tratamiento

Modificado de Jacobson (1996).

CAPÍTULO 3

PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS DE LAS NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES

3.1. La protección integral de los derechos de las niñas, niños y adolescentes.

Dadas las consideraciones históricas respecto de la situación de la infancia en la Argentina, podemos decir que es muy reciente su tratamiento como sujetos de derechos. De este modo, cuando se objeta que se habla mucho de derechos y no de obligaciones, hay que recordar las sucesivas violaciones a las que fue sometida la infancia en nuestro país, y que aún se producen. De tal modo, si los derechos se hubiesen cumplido, no estaríamos viendo niños y sus familias sufriendo distintos tipos de situaciones de vulnerabilidad.

El marco legal en el cual se basa este trabajo se enumeran a continuación:

- Constitución Argentina.
- Pactos y Convenciones de Derechos Humanos.
- Leyes Nacionales y Provinciales de Protección de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescente.

Para hacer más específica la descripción de los derechos infantiles en éste capítulo, haremos menciones referidas a nuestra Ley Nacional 26061 de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes.

3.2. El interés superior del niño, niña y adolescente.

Como se ha mencionado anteriormente, en el año 2005, el Congreso de la Nación sancionó en nuestro país la ley 26.061 de Protección Integral de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes, poniendo fin a más de 90 años de "tutelaje"; a través del establecimiento de políticas públicas de protección y de prioridad protectora, respecto de aquellos que se encuentran en situaciones de mayor vulnerabilidad.

La **Ley 26061**, prevé en su **Art. N° 3**:

“El interés superior del niño, el cual hace referencia a la máxima satisfacción, integral y simultánea de los derechos y garantías reconocidos en esta Ley”, donde los responsables de velar por los mismos son la familia, la sociedad y el Estado.

La Ley 26061 involucra una nueva percepción de la niñez, un cambio en los paradigmas, en el pensamiento, obligando a todos los actores a replantearse prácticas,

estrategias y acciones, tanto individuales como institucionales, para garantizar y/o restituir los derechos que son vulnerados en las niñas, niños y adolescentes.

“El interés superior del niño”, también es citado en nuestra **Ley Provincial 6354**, Ley de Menores de la Provincia de Mendoza, la cual todavía se encuentra en vigencia. En su **Art. N° 1**, de Objetos y Fines señala:

”El Estado garantizará el Interés Superior de los niños y los adolescentes, en el ámbito de la familia y de la sociedad, brindándoles las oportunidades y facilidades para el desarrollo físico, psíquico y social”.

Los derechos de las niñas, niños y adolescentes

La vulneración de derechos, es cualquier situación que impida que los niños, niñas o adolescentes tengan una vida feliz y puedan desarrollarse en todas las áreas; física, psicológica, emocional, social y espiritual, de acuerdo a sus etapas. Son situaciones que dañan a los niños/as y que entre todos debemos evitar.

El **Art. N° 33, de la Ley 26061**, expone las medidas de protección integral de derechos, la cual cita que:

“...la amenaza o violación a que se refiere este artículo puede provenir de la acción u omisión del Estado, la sociedad, los particulares, los padres, la familia, representantes legales, o responsables, o de la propia conducta de la niña, niño o adolescente”.

Puebla, M. Daniela (1992), cita a Castel Robert, quien en términos operativos, define a la vulnerabilidad social como:

”...una condición social de riesgo, de dificultad, que inhabilita e invalida, de manera inmediata o en el futuro, a los grupos afectados, en la satisfacción de su bienestar -en tanto subsistencia y calidad de vida- en contextos sociohistóricos y culturalmente determinados”.

Cuando hablamos de vulnerabilidad, nos referimos a precariedad, fragilidad, exposición a dañar y a ser dañado; a deteriorar y a ser deteriorado.

La acumulación de desventajas, es multicausal y adquiere varias dimensiones. Denota carencia o ausencia de elementos esenciales para la subsistencia y el desarrollo de las niñas, niños y adolescentes, e insuficiencia de las herramientas necesarias para abandonar situaciones en desventaja y estructurales.

El grado de vulnerabilidad de una persona, un hogar o un grupo de personas está determinado por su exposición a los factores de riesgos y su capacidad para afrontar o resistir situaciones problemáticas; entre ellas, podemos nombrar: la prostitución infantil, la violencia intra familiar, abandono, desnutrición, secuestro por parte de padres, irresponsabilidad de los adultos responsables de los niños y abuso sexual, entre otros.

Según **Otero, María Federica (2007)**,

“...la vulnerabilidad es el resultado de acciones humanas y a la vez propias del ser humano, es posibles implementar modificaciones para reducirla”.

Por lo expuesto, pensar que los niños, por el solo hecho de poseer la condición de desventaja para defenderse o desconocer sus derechos, o por el solo hecho de ser o sentirse amenazados, por no tener familia extensa a quien recurrir, éstos y mucho más, hacen que dediquemos nuestro accionar y vocación social.

3.3. Derecho a la salud. La ley 26061, cita en su Art. N° 14:

“Las niñas, niños y adolescentes tienen derecho a la atención integral de su salud, a recibir la asistencia médica necesaria y a acceder en igualdad de oportunidades a los servicios y acciones de prevención, promoción, información, protección, diagnóstico precoz, tratamiento oportuno y recuperación de la salud”.

El desarrollo saludable del niño, la niña y el adolescente, que es de básica importancia para su crecimiento, logra poner atención a una multiplicidad de aspectos como es el caso de la atención especializada a personas con Diabetes.

En la **Convención sobre los Derechos del Niño**, son varios los artículos que hacen referencia al derecho a la salud, la nutrición y el desarrollo infantil integral temprano.

Entre ellos, el Art. N° 4 indica que:

"Los Estados Partes adoptarán todas las medidas administrativas, legislativas y de otra índole para dar efectividad a los derechos reconocidos en la presente Convención. En lo que respecta a los derechos económicos, sociales y culturales, los Estados Partes adoptarán esas medidas hasta el máximo de los recursos de que dispongan y, cuando sea necesario, dentro del marco de la cooperación internacional."

A si mismo el Art. N° 6 menciona que:

"Los Estados Partes garantizarán en la máxima medida posible la supervivencia y desarrollo del niño".

Otro de los artículos referidos a este tema es el N° 24, en el que se reconoce el derecho de los niños, niñas y adolescente

"Los Estados Partes reconocen el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud. Los Estados Partes se esforzarán por asegurar que ningún niño sea privado de su derecho al disfrute de esos servicios sanitarios."

Y se comprometen a adoptar medidas apropiadas para "Combatir las enfermedades y la malnutrición en el marco de la atención primaria de la salud mediante, entre otras cosas, la aplicación de la tecnología disponible y el suministro de alimentos nutritivos adecuados y agua potable salubre, teniendo en cuenta los peligros y riesgos de contaminación del medio ambiente."

Para garantizar lo anterior, algunas de las obligaciones del Estado recogidas en este artículo son: reducir la mortalidad infantil; y en la niñez, asegurar la prestación médica y la atención sanitaria, combatir las enfermedades y la malnutrición, así como asegurar a las madres la atención sanitaria prenatal y posnatal, entre otros.

3.4. Derecho a la salud de personas con diabetes

¿Qué dice la Ley N° 23.753?

La lucha contra la diabetes es una iniciativa que registra numerosos antecedentes tanto a nivel nacional como internacional. Los avances tecnológicos y de los conocimientos médicos han permitido un enorme progreso en aras de la concientización de las verdaderas implicancias y múltiples ramificaciones que la patología conlleva, datos que décadas atrás no se encontraban a disposición de la comunidad.

En el marco internacional, vale destacar que en el año 1989 la “42 Asamblea Mundial de la Salud” solicitó a los Estados miembros la medición de mortalidad por *diabetes mellitus* y la implementación de medidas para su prevención y control. El pedido en cuestión tuvo por objeto implementar un plan de acción para disminuir las complicaciones crónicas de la DM y su costo socioeconómico. En nuestra región, la Declaración de las Américas suscripta por los Ministerios de Salud de todos los países del continente americano asumió un compromiso similar.

Debido al carácter discapacitante de la diabetes, la aparición y progresión de esta enfermedad con sus pertinentes complicaciones afecta severamente la calidad de vida de las personas que la padecen, aumenta los costos de su atención y disminuye la capacidad productiva de la comunidad.

Asimismo, tomando en consideración que un alto porcentaje de los casos son prevenibles mediante el empleo de diversas estrategias e intervenciones terapéuticas, es vital promover la implementación de un programa que permita la prevención efectiva de su desarrollo y progresión. Pese a no contarse con información cuantitativa y cualitativa confiable, se estima que los costos directos (costos de atención médica integral) e indirectos (p. ej.: ausentismo laboral, jubilaciones prematuras y muertes) de la diabetes son altos tanto en países desarrollados como en aquellos en vías de desarrollo.

A nivel nacional, diversos estudios indican que alrededor del 6% de la población padece esta patología, mientras que sólo el 50% de la población diabética la conoce. De este último porcentaje, un 30% no sigue ningún tipo de tratamiento mientras que el 66% de las que lo hacen tienen un grado de control metabólico “pobre”. Consecuentemente, las dos terceras partes de las personas con diabetes padecen complicaciones crónicas.

La aparición de dichas complicaciones crónicas otorga a la *diabetes mellitus* el carácter de enfermedad con alto grado de morbilidad y discapacidad. En la Argentina, la DM es causa del 48% de las amputaciones no traumáticas de miembros inferiores, del 15% de casos de infarto agudo de miocardio, del 13% de pacientes en tratamiento sustitutivo renal. Asimismo, es la primer causa de ceguera no traumática en adultos y ocupa un lugar de privilegio como causal de accidentes cerebrovasculares, constituyendo el 8% de la ocupación de camas de los hospitales públicos. Finalmente, consideramos importante destacar que la DM es causal del 5% de las defunciones anuales aproximadamente.

Comparativamente, el tratamiento de personas diabéticas sin complicaciones versus la atención de pacientes con diversas ramificaciones producto de la patología, demostró que la inversión destinada a atender y prevenir las complicaciones tienen una conveniente relación costo-beneficio.

En nuestro país se aprobó en el año 1989 la Ley nacional 23.753, normativa complementada por la reglamentación del Decreto nacional N° 1271/98 del PEN y la Resolución N° 301/99 del Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación que aprobó el Programa Nacional de Diabetes (PRONADIA). La mentada legislación tuvo por objeto mejorar la calidad y esperanza de vida de las personas diabéticas, evitar o disminuir las complicaciones por esta patología y procurar el descenso de sus costos directos e indirectos a través de un programa prioritariamente preventivo y de control con intervenciones adecuadas sobre los factores de riesgo de esta enfermedad y sus complicaciones.

CAPITULO 4

DIABETES MELLITUS

Diabetes Mellitus

4.1. Historia de la diabetes, de la antigüedad a nuestros días

Un estudio histórico-médico de la diabetes requiere sobre todo una definición. Si se tiene en cuenta la evolución en la interpretación de los síntomas de la diabetes, se entiende que la definición haya cambiado en el curso de los siglos.

El término “*diabete*”, en su etimología griega, significa “*que pasa a través*”; y el término latino “*diabetes*”, que de él se deriva, tiene el significado de “*sifón*”. Estas descripciones corresponden a la observación de los antiguos, para quienes la enfermedad se caracterizaba por una gran cantidad de orina emitida cada día.

La primera determinación de las características de la diabetes, en el sentido en el cual hoy la entendemos, recién aparece en la segunda mitad del siglo XIX, cuando los desarrollos de la ciencia, en particular de la química y de la fisiología, posibilitaron salir de los límites de la simple observación.

Los médicos antiguos, sin ninguna duda, tuvieron relación con sujetos diabéticos: a menudo describieron, una enfermedad caracterizada por abundante emisión de orina, acompañada de hambre desproporcionada y sed extremadamente intensa; pero no tomaron en consideración la presencia de azúcar, tanto en la sangre como en la orina.

En el papiro que se remonta al **1550 a.C**, descubierto por **Georg Ebers**, se halla la fórmula para un tratamiento destinado a reducir la poliuria, cosa que puede ser considerada como una prefiguración del conocimiento de la diabetes.

En este entonces, la diabetes mellitus era conocida por los antiguos médicos hindúes con el término de “*orina de miel*”. Los médicos hindúes se dieron cuenta que moscas e insectos eran atraídos por orina de ciertas personas; la orina era dulce y por esta razón fue asociado a una enfermedad.

Alrededor del **1000 a.C** el padre de la medicina india, **Susruta**, diagnosticó la diabetes Mellitus.

Al pasar de la literatura Oriental a la de Occidente, fue **Areteo de Capadocia** quien describió la enfermedad usando el nombre de “*diabete*”, cuando ésta se manifiesta, las bebidas atraviesan el cuerpo sin detenerse, como a través de un sifón, y

existe una suerte de hidropesía caracterizada por la salida de los líquidos a través de los riñones. La sede principal de la sed es el estómago, mientras que el adelgazamiento del enfermo depende de la licuefacción de la carne, trasformada en orina: “*se fundían la carne y los miembros*”.

Los médicos antiguos trataron de comprender los fenómenos de la polidipsia y la poliuria; algunos utilizaron el término “diabetes”. Pero sin duda no fueron capaces de distinguir entre diabetes Mellitus y diabetes insípida.

Desde un punto de vista general, se elaboraron cuatro teorías diferentes: *Areteo de Capadocia* redujo la enfermedad al estómago; Galeno a los riñones, *Avicena y Arnaud de Villeneuve* concentraron su atención en el hígado, mientras que *Paracelso* identificó la sede de la diabetes en la sangre.

Es preciso aguardar hasta **1674**, época en la que *Thomas Willis* señaló por vez primera, el signo patognomónico de esta enfermedad: la presencia de azúcar en la orina, para poder distinguir la Diabetes Mellitus de la diabetes insípida.

A pesar del descubrimiento de Willis, la patología de la diabetes no hizo muchos progresos, ya que la química y fisiología aún no estaban tan avanzadas.

Es en el periodo químico, con los trabajos de **Pool y Dobson (1775)**, quienes demuestran químicamente por primera vez, la presencia de azúcar en la orina de los pacientes.

En el año **1797**, *John Rollo* subrayó la naturaleza metabólica de la enfermedad, que atribuyó a “alteraciones morbosas de los naturales poderes digestivos y asimilativos” y que por vez primera en la historia, la enfermedad fue atendida de manera rigurosa con la dieta.

En esos años, la única medida capaz de producir beneficios era la dietoterapia, que consistía en reducir la ingesta de carbonos.

Claude Bernard,¹⁵ años después, asoció la diabetes con el metabolismo glucogénico y pone en evidencia la función glucogénica del hígado. Teorizó, entre los años **1813 y 1878** que la Diabetes Mellitus era causada por glucogenólisis del glucógeno alojado en el hígado. Durante estos años, también *L. Traube* relató que el consumo de carbohidratos y su digestión aumentaba la cantidad de azúcar en al orina, entonces, al detener el consumo de carbohidratos eliminaba azúcar de la orina.

En **1869**, *Paul Langerhans* un estudiante de medicina alemán, encontró islotes de células en el páncreas, pero aún no podía explicar su funcionamiento.

Veinte años después, *Joseph Von Mehring y Oskar Minkowski* analizan las experiencias de Bruner y repiten la extirpación del páncreas en animales de experimentación provocando el síndrome de glucosuria intensa. Observaron que la diabetes se desarrollaba cuando extirpaban el páncreas de los perros.

El más importante acontecimiento del siglo XX es sin duda, el *descubrimiento de la insulina*, realizado por *Frederick G. Banting y Charles H. Best* en Toronto, en el otoño de 1921, a lo que le sigue la rápida industrialización del producto que se comienza a utilizar en forma masiva para el tratamiento de la diabetes. Banting y Best encontraron un extracto pancreático que bajaba el nivel de azúcar en sangre en perros pancreatomizados. Encuentran que la “insulina” es secretada por las células de los islotes.

En **1936**, *Hagedorn* consigue la primera insulina de acción retardada, con el agregado de protamina.

Los doctores Banting y MacLeod recibieron el premio Nobel en 1923 por el descubrimiento de la insulina.

En nuestro país, en **1923**, *Pedro Escudero*, administró por primera vez insulina a un enfermo diabético, empleando un hormona provista por Bernardo Hussay, quien la poseía con fines experimentales.

El descubrimiento y posterior empleo de la insulina constituyeron un hito fundamental en la historia de la enfermedad.

En la **década del 50´ y 60`** se caracterizó por avances en la creación de nuevas entidades y sociedades científicas destinadas al estudio y capacitación en el campo de la Diabetología.

Además, surgieron los tratamientos orales para la diabetes (hipoglucemiantes orales y se reconoció la existencia de 2 tipos de diabetes: tipo 1 (insulinodependiente) y tipo 2 (no insulinodependiente). Se mejoró la pureza de las insulinas, se implementaron las pruebas domésticas para medición de la glucosa en la orina y se llevó a cabo el primer trasplante pancreático.

En la **década del 70`**, se desarrollaron los aparatos para medición de la glucosa y las bombas de infusión de insulina. Asimismo, se implantó al terapia con láser para las complicaciones oculares de la diabetes.

En la **década de 1980** surgen en el mercado las primeras insulinas biosintéticas, es decir, elaboradas por el hombre a partir de un proceso conocido como ingeniería genética. También surgen los sistemas de administración de insulina conocidos como “pen” (lapicera), fácilmente portables, de mucha aceptación, particularmente entre los jóvenes.

Los **años 90´** se caracterizaron por nuevos desarrollo de fármacos antidiabéticos.

4.2. Diabetes en la Argentina

El hecho que dos científicos argentinos como **Bernardo Houssay** y **Federico Leloir** hayan recibido el Premio Nobel por temas relacionados con diabetes refleja la importancia que a esta enfermedad se le ha brindado en nuestro país.

Hasta 1954 el estudio experimental y clínico de esta enfermedad fue desarrollado por los profesores Bernardo A. Houssay en su Escuela de Fisiología y por Pedro Escudero, creador de la Escuela de Nutrición.

El esfuerzo e iniciativa de ellos, de sus discípulos directos, como Pedro B. Landabure y Virgilio G. Foglia y de sus seguidores, en respuesta a la necesidad de unir fuerzas y gente, hizo que el 28 de diciembre de 1954 se creara la *Sociedad Argentina Diabetes (SAD)*. Desde este momento se realizan avances constantes para una mejor atención a todos los pacientes diabéticos tanto en hospitales como en asociaciones de ayuda a diabéticos, para lograr un mejor tratamiento integral de la persona y su familia.

Si en Mendoza, la población estimada es de 1.500.000 habitantes, por la prevalencia de la enfermedad que es del 7%, se consideran alrededor de 100.000 personas con Diabetes Mellitus. El 50% aproximadamente de los sujetos padecen la enfermedad y no lo saben. El 90% de las personas con Diabetes Mellitus pertenece al Tipo 2 y sólo el 10% al Tipo 1.

Como causa de morbilidad es importante, ya que constituye la 5° a la 3° causa de muerte en nuestra provincia. Además de ser la mayor causa de ceguera por retinopatía

diabética, constituir el 45% de las amputaciones no traumáticas de los miembros inferiores, y formar parte del 15% de los infartos agudos de miocardio.

Por esta razón es que se considera un problema grave para la salud pública de toda la población.

La OMS promulga a los diferentes países a promulgar leyes de Protección y asistencia de las personas con Diabetes.

Actualmente en la Argentina existe la Ley 23.753. En Febrero del año 2000, se aprobó la nueva "*Ley de diabetes de la Ciudad de Buenos Aires*" que adopta el Programa Nacional PRONADIA, que garantizará la insulina y los demás elementos de control con aplicación del 100% de descuento a aquellas personas carenciadas que se atiendan en hospitales de esta Ciudad. Este programa también hace referencia a la difusión y campañas de comunicación y la creación de un presupuesto para la Diabetes.

En Mendoza, rige, desde el año 2000 la Ley provincial 6715, por la cual se crea el "*Programa provincial de Diabetes*", que se aboca a los mismos fines.

4.3. ¿Qué es la Diabetes Mellitus?

La Diabetes Mellitus es una *enfermedad crónica* caracterizada por el aumento constante de la glucosa en sangre ("*Hiperglucemia*"), producida por una insuficiente secreción de insulina del páncreas o por una alteración en la acción de la misma a nivel periférico ("*Insulinoreistencia*").

¿ Qué quiere decir esto?

Esto hace referencia a que la Diabetes es una enfermedad que impide el correcto aprovechamiento de los alimentos que se ingieren, especialmente de los azúcares, debido a una carencia parcial o total de una hormona llamada insulina.

Una persona normal, ingiere en su alimentación azúcares, proteínas y grasas. El alimento es digerido en el estómago y absorbido en el intestino delgado. Luego llega al hígado, donde una parte se transforma en glucosa, que entra en el torrente sanguíneo y hace que el páncreas secrete insulina. La insulina permite que la glucosa entre en las células y produzca calor y energía. En cierto modo, la insulina abre la puerta de la célula para que la glucosa pueda entrar.

Cuando una persona diabética se alimenta, sucede lo siguiente: el alimento es digerido en el estómago y absorbido en el intestino delgado, al llegar al hígado una parte se transforma en glucosa, entra en el torrente sanguíneo, pero como el páncreas no secreta insulina o no la utiliza adecuadamente, se produce la acumulación de glucosa en la sangre.

En la actualidad la Diabetes Mellitus ha dejado de ser una entidad nosológica susceptible de etiquetar con unidad de criterio, para pasar a ser un *síndrome* caracterizado por la heterogeneidad de sus manifestaciones, que ocultan diferentes factores etiopatogénicos de carácter hereditario y ambientales.

La diabetes se observa en todas las edades, incluso en el lactante, pero el comienzo de la enfermedad ocurre con más frecuencia en la quinta y sexta década de la vida.

4.4. Clasificación

El avance en el conocimiento de la diabetes obliga a que, con cierta periodicidad, se realicen modificaciones en su nomenclatura, criterios diagnósticos y de clasificación.

Se tomará en cuenta el último informe del Comité Internacional de Expertos para el Diagnóstico y Clasificación de la diabetes, que se publicó en Julio de 1997, reunido bajo el auspicio de la Asociación Americana de Diabetes. Dicho comité introdujo cambios a las clasificaciones y criterios de diagnóstico del grupo Nacional de Datos sobre Diabetes (GMDD) y de la Organización Mundial de la Salud (OMS) que se publicaron en 1979 y 1985, respectivamente

Esta clasificación anterior incluía 5 categorías diferentes:

- Diabetes Mellitus Insulino Dependiente
- Diabetes Mellitus No Insulino Dependiente
- Diabetes Mellitus Gestacional
- Diabetes asociada a mal nutrición
- Otros tipos de Diabetes.

Las diferentes presentaciones clínicas y los factores etiológicos y ambientales de los 5 tipos permitieron la discriminación entre ellas.

Las características más importantes de los cambios son las siguientes:

- 1) Desaparecen los términos Diabetes Mellitus Dependiente de Insulina y Diabetes Mellitus No Dependiente de Insulina y sus siglas **DMDI** y **DMNDI**. Estos términos se sustituyen por “**Diabetes Tipo 1**” y “**Diabetes Tipo 2**”, respectivamente.
- 2) La intolerancia a la glucosa deja de considerarse una categoría diagnóstica distinta de la diabetes; en cambio se la reconoce una fase evolutiva de la misma diabetes.
- 3) Aparece el concepto de anormalidad en la glucemia en ayunas como un equivalente de intolerancia a la glucosa dentro de la historia natural de la diabetes
- 4) Se elimina la clase clínica de diabetes que se relaciona con desnutrición, que la clasificación de la OMS incluía.

En el siguiente trabajo se utilizó la nueva clasificación que incluye:

- **Diabetes Mellitus Tipo 1**
- **Diabetes Mellitus Tipo 2**
- **Otros tipos específicos de Diabetes Mellitus**
- **Diabetes Gestacional.**

4.4.1. DIABETES MELLITUS TIPO 1

Antes llamada “*Diabetes Mellitus Insulinodependiente*” ya que requiere para su adecuado control la administración diaria de insulina.

Esta forma de enfermedad suele aparecer antes de los 30 años. Afecta a individuos jóvenes (niños, adolescentes), aunque puede iniciarse a cualquier edad.

Se presenta en pacientes con poca o nula capacidad de secreción de insulina endógena. Se da, en este caso, una disminución de la producción de insulina como consecuencia de la destrucción de las células Beta del páncreas, debido a la presencia de autoanticuerpos (proteínas que reaccionan contra estas células).

En personas con predisposición previa a presentar este tipo de diabetes, infecciones virales o del propio sistema inmune del organismo (sistema de defensa contra la infección) pueden atacar a la célula B y alterar la secreción de insulina.

El comienzo clínico es habitualmente brusco, y el lapso de tiempo que transcurre entre los primeros síntomas (cansancio o debilidad, polifagia, polidipsia, poliuria, visión borrosa) y la consulta al médico suele ser de pocas semanas.

Se desconoce con precisión cuáles son los agentes etiológicos que la producen, pero existe tres agentes causales en mayor o menor medida: *la herencia, la autoinmunidad y los virus.*

El tratamiento se basa principalmente en cuatro pilares: alimentación adecuada, insulina, actividad física y educación diabetológica.

4.4.2. DIABETES MELLITUS TIPO 2

Antes llamada “*Diabetes Mellitus No Insulinodependiente*” o diabetes del adulto, ya que para su tratamiento pueden utilizar hipoglucemiantes orales.

Aparece generalmente después de los 40 años, con un máximo de frecuencia alrededor de los 60, aunque no es excepcional su presentación en jóvenes.

El comienzo de la enfermedad suele ser insidioso y el tiempo que transcurre entre el inicio real y el diagnóstico puede ser muy dilatado, incluso de varios años. Este fenómeno es debido a que las manifestaciones clínicas pueden ser escasas o incluso nulas. Por este motivo muchas veces el diagnóstico se establece en un análisis de rutina (chequeos, revisión médica laboral, etc). Es frecuente que en el momento del diagnóstico exista obesidad y sobrepeso.

Este tipo de diabetes se caracteriza por la alteración y disminución progresiva de secreción de insulina en las células beta del páncreas y por la disminución de la capacidad de la insulina de introducir la glucosa adentro de las células de los tejidos. A esta incapacidad de usar eficazmente la hormona, se llama “*insulinorresistencia*”. En estos casos, el páncreas se ve obligado a fabricar cada vez más insulina, sin alcanzar el efecto normal, por lo que aumenta el azúcar en la sangre (hiperglucemia).

La Diabetes Tipo 2 tiene una base genética más fuerte que la Diabetes Tipo 1. En el Tipo 2, se hereda la predisposición a presentarla y distintos factores son considerados de riesgo para su aparición:

- Antecedentes familiares de Diabetes Tipo 2
- Sobrepeso u Obesidad

- Sedentarismo
- Antecedentes de diabetes gestacional.

El paciente diabético Tipo 2 puede también necesitar en forma transitoria o permanente insulina, ya sea sola o con hipoglucemiantes orales.

Actualmente, si se actúa modificando factores tales como sobrepeso o sedentarismo, se puede prevenir la Diabetes Tipo 2.

4.4.3. OTROS TIPOS ESPECÍFICOS DE DIABETES

Entre ellos encontramos:

- Defectos genéticos de la función de la célula Beta.
- Defectos genéticos en la acción insulínica
- Enfermedades del páncreas exócrino
- Endocrinopatías
- Diabetes inducido por sustancias drogas, infecciones, etc.

4.4.4. DIABETES GESTACIONAL

Comprende a las embarazadas en las cuales el comienzo o reconocimiento de la diabetes o de la tolerancia a la glucosa disminuida ocurre durante el embarazo. En la mayoría de los casos vuelven a la normalidad metabólica luego del parto. Pero en el futuro hay alto riesgo de presentar diabetes Tipo 2. El 50% de las mujeres puede presentar DM Tipo 2, en los cinco primeros años posteriores al parto.

4.5. Diagnóstico

VALOR NORMAL

<p style="text-align: center;">Glucemia Plasmática en Ayunas: 70 a 110mg/dl</p> <p style="text-align: center;">Glucemia 2 horas Post Carga de Glucosa: mayor de 140mg/dl</p>
--

La Glucemia Plasmática en Ayunas es el test de referencia más usado para el diagnóstico de la Diabetes Mellitus, aunque pueden utilizarse cualquiera de los siguientes:

- Glucemia Plasmática en Ayunas (FPG): igual o mayor a 126 mg/dl. Para ello se necesitan dos determinaciones realizadas en días consecutivos de la misma semana.
- Glucemia Plasmática Casual: igual o mayor a 200 mg/dl, acompañado de síntomas
- Test de Tolerancia a la Glucosa: glucosa 2 horas (post carga de 75 gr de glucosa en agua), igual o mayor a 200 mg/dl

4.5.1. Síntomas

➤ **Polidipsia y poliuria:** Ambos síntomas marchan habitualmente asociados. La falta de combustión del azúcar es el trastorno originario de la diabetes. El exceso de azúcar que no se quema debe ser eliminado y para hacerlo, se necesita beber la mayor cantidad de agua posible. Este despojo de agua del organismo provoca una sensación de sed, que obliga a la ingestión de abundante cantidad de líquido, así se genera la **polidipsia** (sed intensa). La gran cantidad de líquido ingerido favorece la eliminación del azúcar no quemado y al aumentar el volumen de la orina da origen a otro síntoma: la **poliuria** (micción frecuente).

➤ **Polifagia y pérdida de peso:** **Polifagia** (apetito exagerado), es originada por la falta de combustión de glucosa a nivel de los tejidos. El organismo requiere alimento que le proporciona azúcar, pero esta se utiliza deficitariamente. El organismo moviliza reservas a fin de transformarlas en glucosa, la que en gran parte no se quema eliminándose por la orina.

Por lo tanto, la falta de combustión de la glucosa y la movilización de las reservas causan polifagia, es el llamado de los tejidos para suplir lo que no aprovechan o lo que han perdido. La disminución de las reservas causa el enflaquecimiento, la **pérdida de peso**. De estos dos síntomas, el más evidente y frecuente es la pérdida de peso. Generalmente, en estos enfermos antes de hablar de polidipsia y poliuria denunciadores, se tiene en cuenta la pérdida de peso que es sorprendente e injustificada por su rápida aparición.

- **Cansancio, debilidad**
- **Visión borrosa.**
- **Dolor de estómago**
- **Náuseas**
- **Vómitos** (especialmente en la Diabetes Tipo 1)

Si bien estos síntomas son claros, generalmente el tiempo transcurrido entre la aparición de los síntomas y la primera consulta es variable. Alrededor del 50 % de los pacientes Tipo 2 no desarrollan síntomas y el diagnóstico se hace por casualidad, como por ejemplo exámenes oftalmológicos o un chequeo médico.

Los síntomas pueden no aparecer todos juntos. Es decir, muchas veces la primera manifestación es la enuresis, que si bien no es un síntoma específico, precede a la aparición de otros síntomas, otras veces la pérdida de peso es la primera manifestación clínica aparente de la diabetes.

La descompensación metabólica es muy grave, por eso el diagnóstico de diabetes infantil debe considerarse siempre una emergencia, que implica tomar recaudos necesarios para que nos se llegue a la acidosis y coma.

La diabetes presenta dos tipos de complicaciones:

- **Agudas:** cetoacidosis diabética e hipoglucemia
- **A largo plazo:** como *nefropatía* (daño renal); *neuropatía* (daño en los nervios periféricos); *arteriopatía*(daño arterial) y *retinopatía* (daño ocular)

4.6. Tratamiento

Después de haber realizado un diagnóstico adecuado, el tratamiento se podría pensar como la parte más importante en donde el compromiso principal, es del enfermo diabético con su enfermedad y la eficacia de un equipo de salud que pueda promover en el paciente pequeño y sus padre la suficiente confianza para que éste adquiriera su propia autonomía.

El tratamiento de diabetes tanto insulino dependiente como no-insulino dependiente, tiene que estar apoyado sobre un pilar fundamental que es la educación diabetológica. Desde un primer momento se trata de motivar al paciente para que se interese por su enfermedad, tanto en la parte teórica, es decir adquiriendo los conocimientos básicos de qué es la diabetes, la insulina, las diferentes complicaciones que se pueden presentar; y en la parte práctica, es decir, el qué debo hacer, qué alimentos ingerir, qué ejercicio es más conveniente. Esto debe adquirir un aspecto fundamental, al tratarse de un niño que se encuentra en la etapa en donde está empezando adquirir y formar sus hábitos alimenticios, higiénicos, etc.

Para que esto sea posible se debe trabajar con nutricionistas, psicólogos, profesores de educación física, médicos, etc, en conjunto con un objetivo en común el cual es el paciente y la familia.

Si se parte de la pauta de que la atención de la diabetes depende de la capacidad y predisposición de la familia para aprender lo relativo a la enfermedad y su control, es importante que se establezca una funcionalidad adecuada en la dinámica familiar, en el que el cuidado de la diabetes sea una responsabilidad del grupo en su totalidad, que requiere la educación de todos para que, de esta manera, la rutina diaria de niño diabético se incorpore a la vida familiar, laboral y social.

Este objetivo está sustentado sobre la base de **tres elementos** que deben estar coordinados, y que son insustituibles entre sí:

- **El plan de alimentación:** el tratamiento dietético es parte integral del plan terapéutico global en todos los pacientes diabéticos. En muchas personas con diabetes no insulino dependientes, el tratamiento dietético puede ser el método terapéutico predominante. Dicho tratamiento se ocupa del número total de calorías

ingeridas, la distribución de las calorías durante todo el día, las fuentes individuales de alimentos que constituyen estas calorías y la conservación de las nutrientes apropiadas.

- **La actividad física:** forma parte del buen control de la diabetes, complementa a la insulina y a la alimentación ayudando al buen desarrollo psicofísico del paciente. Esta física podrá ser moderada o intensa, pero fundamentalmente constante.
- **La medicación ya sea insulina, como hipoglucemia orales:** la insulina es el tratamiento principal en todos los pacientes con diabetes insulino-dependiente y en varios con diabetes no insulino-dependiente. Los objetivos de este tratamiento son: el crecimiento y desarrollo normal en niños, embarazo, concepción y parto normal en mujeres, obstaculización mínima del ajuste psicosocial, control aceptable de glucemia, con hipoglucemia mínima y prevención de complicaciones. El régimen de insulina puede ser más o menos intensivo, según el número de inyecciones al día, tipo de insulina usado y frecuencia y método de evaluación de control, debiendo éste ser indicado por el profesional

Este elemento del tratamiento, en el caso de la Diabetes Tipo I es indispensable y es una de los cuales puede crear dependencias con otras personas, en el caso del niño con sus padres.

Esto se da debido a que requiere de controles diarios y aplicación de insulina en cantidad y horarios determinados, sin olvidar que se coloca con jeringas, lo que implica aprender a aplicárselas. El niño puede resistirse a colocárselas por impresión, dolor al pinchazo o porque por su corta edad no lo puede realizar solo. Esto a su vez repercute en la persona que lo acompaña en ese momento. Es probable que frente a la sensación de pena e impotencia que esto genera, el acompañante, generalmente la madre) comience a hacerlo por él, sobre-protegiéndolo y no permitiéndole tener su propio crecimiento y independencia, que se obtendría si la persona lo acompañara pero no hiciese los controles directamente por el niño.

Los pacientes Tipo II necesitan, algunos, hipoglucemiantes orales que son de administración y control más rápido.

4.7. Apoyo psicológico

Uno de los acontecimientos vitales estresantes que obligan a una readaptación de la homeostasis familiar, es la aparición de una enfermedad crónica en uno de los miembros del sistema. Ante el diagnóstico de un trastorno como la Diabetes Mellitus, con su condición de cronicidad y que exige modificaciones en los hábitos y el modo de vida en uno de los miembros, la familia moviliza sus mecanismos de adaptación intentando recuperar la homeostasis amenazada.

El factor común de todas estas situaciones es la necesidad que todos los miembros de la familia se adapten al cambio de situación y adopten nuevas normas, y a veces, nuevos roles. Con estos cambios adaptativos aparecen nuevos riesgos para otros miembros de la familia, lo que puede afectar a su vez al familiar enfermo. Esto es especialmente frecuente en el caso de niños afectados por Diabetes.

La aparición de la Diabetes sitúa al sistema familiar ante una situación nueva e inesperada. Conlleva la carga emocional de una enfermedad que no se cura, sino que precisa tratamiento para siempre, que exige medidas terapéuticas basadas en los cambios en los hábitos de vida (dieta y ejercicios físicos), con las dificultades reales de adaptación que ello exige para el resto de los miembros de la familia y con las complicaciones físicas que pueden ir surgiendo.

Es difícil aceptar que un hijo tiene una enfermedad crónica que requiere un cambio en el estilo de vida de este niño que está recién empezando a formar su vida. Desde el momento en que los padres y el mismo niño, se entera que son vulnerables a complicaciones futuras, no sorprende que la respuesta emocional a la Diabetes a menudo dificulte el tratamiento. La reacción primaria puede ser desde una negación hasta un acompañamiento negativo a cooperar y excesiva preocupación por la enfermedad.

El niño y su familia vive bajo el signo de angustia que lo somete a una situación de desvalimiento, todo lo cual induce, al tratarse de un niño a aumentar sus demandas dirigidas hacia el ambiente. Es frecuente encontrar que el principal problema en el

tratamiento sea la falta de adherencia al régimen, que provoca un debilitamiento en el deseable control metabólico sobre la enfermedad y favorece el desarrollo de graves consecuencias para la salud a largo plazo. Todo ello ha llevado a considerar la necesidad de abordar el tratamiento de la diabetes de forma integral considerando que el comportamiento del paciente es un elemento más del plan de tratamiento y que por eso es importante el apoyo psicológico que reciba el paciente y la familia en las diferentes etapas que se van cumpliendo en el tratamiento.

El equipo de salud debe en lo posible darle al adolescente y a sus padres un buen conocimiento e información sobre la enfermedad, para solventar las dudas de la familia y demarcar el mejor camino a seguir en lo que hace al tratamiento, pero no debe “obsesionar” a los padres, ni atemorizar. El objetivo es vivir “con” diabetes y no “para” la Diabetes.

Todas estas consideraciones ponen de manifiesto que la atención de la diabetes debe contemplar no sólo los aspectos metabólicos y clínicos sino también los emocionales y sociales. Es por esto que se hace indispensable el tratamiento holístico del enfermo teniendo el mismo como objetivo: evitar o retrasar las complicaciones vasculares tardías y promover el crecimiento y desarrollo no solo de los aspectos físicos y orgánicos sino también en los psicológicos y emocionales a nivel personal, familiar o social.

4.8. Hipoglucemia e Hiperglucemia

La glucemia (concentración de glucosa en sangre) normal es de 60 a 110 mg/dl.¹. Durante el día presenta variaciones, por momentos se encuentra en niveles más bajos o más altos, dependiendo de múltiples factores. Por ejemplo, cuando estamos en ayunas se mantiene en valores mínimos normales y cuando comemos tiende a aumentar.

En nuestro organismo existe un dispositivo de seguridad que permite mantener la glucemia dentro de los valores de normalidad, impidiendo que descienda del valor mínimo normal o que supere el máximo normal. En él participan, entre otros, la insulina que permite el descenso de la glucemia, y el glucagón (hormona producida por las

¹ Cuadernillo N° 2 de Educación para pacientes diabéticos

células alfa del páncreas) que, juntamente con otras hormonas, permiten el ascenso de la glucemia cuando se requiere.

En la diabetes este mecanismo para mantener el equilibrio se encuentra alterado, por lo que el paciente debe conocer que pueden presentarse complicaciones como hiperglucemia con o sin cetoacidosis, así como también hipoglucemia.

□ HIPERGLUCEMIA

Es el aumento de la concentración de glucosa en sangre por encima de los valores máximos normales, y no siempre se acompaña de síntomas.

Los factores que pueden producir hiperglucemia son entre otros:

- ✓ Abuso en la dieta
- ✓ Insuficiente dosis de insulina o hipoglucemiantes orales
- ✓ Enfermedades
- ✓ Infecciones: gripe, neumonía, infección urinaria, dentaria, abscesos, etc.
- ✓ Cirugías
- ✓ Accidentes (traumatismos, quemaduras, etc.)
- ✓ Otras enfermedades importantes, como las cardíacas
- ✓ Tensión emocional
- ✓ Medicación, por ejemplo corticoides

La hiperglucemia puede complicarse con la aparición de cuerpos cetónicos en sangre. Esta complicación metabólica se denomina cetoacidosis diabética. Si la glucemia se encuentra en valores que superan aproximadamente los 250 mg/dl, hay que investigar en orina la presencia de cuerpos cetónicos a través de tiras reactivas.

Los cuerpos cetónicos están en relación con que la insulina tiene también la función de almacenar grasas. Cuando en el organismo la actividad de la insulina es insuficiente o deficiente, el tejido graso se degrada y forma cuerpos cetónicos.

Es decir, que en sangre la glucosa se encuentra elevada y en orina aparece glucosuria (glucosa en orina).

Los síntomas y signos que aparecen son: sed, orina abundante, pérdida de peso, picazón en el cuerpo y genitales, visión borrosa.

Cuando están presente los cuerpos cetónicos los síntomas son: aliento frutado, dolor de estómago, vómitos y cansancio. Si no se toman medidas de inmediato puede progresar a deshidratación y a coma por cetoacidosis.

□ HIPOGLUCEMIA

Ocurre cuando la glucemia en sangre se encuentra por debajo de 60 mg/dl con o sin síntomas. Las reacciones hipoglucémicas suelen ser diferentes en cada persona. Tanto los pacientes que reciben insulina como aquellos que toman hipoglucemiantes orales del grupo de las sulfonilureas son susceptibles de tener hipoglucemias.

Los factores que pueden producir hipoglucemia están relacionados con:

- ✓ la alimentación: no cumplir con el horario del plan alimentario (saltar comidas); comer poco, especialmente alimentos con escasos hidratos de carbono, ingerir bebidas alcohólicas, etc.
- ✓ la medicación: excesiva dosis de insulina o de hipoglucemiantes orales
- ✓ la actividad física: aumento de la misma (excesivo deporte) o un incremento de la actividad pesada.

Los síntomas y signos de alarma de la hipoglucemia son: hambre, dolor abdominal, temblor, sudoración, piel fría y húmeda, palpitaciones, cansancio, confusión, mal humor, inquietud, ansiedad, irritabilidad, dolor de cabeza, mareos, visión borrosa, hormigueo o tumefacción en lengua o alrededor de la boca, pérdida de conocimiento.

SEGUNDA PARTE

MARCO METODOLÓGICO

CAPÍTULO 5

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

5.1. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

5.1.1 Objetivo general:

Conocer y evaluar la situación de adolescentes de 15 a 18 años, con diabetes, y sus familias, teniendo en cuenta el derecho a la salud, en la ciudad de Mendoza.

5.1.2. Objetivos específicos:

- 1- Conocer acerca de la existencia de Programas de atención diabetológica para adolescentes con diabetes y sus familias.
- 2- Indagar acerca del conocimiento sobre los derechos de niños, niñas y adolescentes, que posee el personal de salud que trabaja en Programas de atención a personas con diabetes.
- 3- Indagar acerca del conocimiento sobre los derechos de los niños/as y adolescentes a la salud, que poseen las familias de los adolescentes con diabetes, que asisten a diferentes efectores de salud de la Provincia de Mendoza.

5.2. Hipótesis:

En los Programas de atención de adolescentes con diabetes de la Provincia de Mendoza, se protegen y desarrollan los derechos de niños/as y adolescentes, según la Ley Nacional de Protección Integral de los Derechos del Niños.

5.3. Tipo de estudio: DESCRIPTIVO

- El tipo de estudio es DESCRIPTIVO porque se miden las variables en las familias y se proporciona su descripción.

5.4. Tipo de diseño: NO EXPERIMENTAL-TRANSVERSAL.

- El tipo de diseño es NO EXPERIMENTAL debido a que no hay intención de manipular las variables, y se observa a la familia y la situación ya existente.
- El tipo de diseño es TRANSVERSAL, ya que el propósito es recolectar datos y describir variables de las familias en un momento único.

5.5. Descripción de la muestra

Muestra probabilística: se utiliza una muestra de diez familias con hijos adolescentes que padecen diabetes, asistidas en los Programas de asistencia a niños, niñas y adolescentes con diabetes, de la provincia de Mendoza.

5.6. Criterio de selección

La elección de los sujetos se realizará de forma premeditada y no azarosa por lo que la muestra es de carácter *intencional*, ya que se seleccionarán a los sujetos de acuerdo a la posesión de determinadas características que se pretende medir. Añadido a esto se considera de tipo *ocasional* pues los sujetos serán incluidos en la muestra por el hecho de estar presentes al momento de la toma. Es, además, una *muestra de sujetos voluntarios* ya que además de estar presentes, deberán acceder a participar voluntariamente.

La selección será dependiente del criterio de quien investiga y la totalidad de los sujetos no tendrán la misma posibilidad de ser escogidos, por lo que la muestra se denomina *no probabilística*. Esto implica que las conclusiones que se obtengan de este trabajo no son generalizables a toda la población, sino que sólo son válidas para aquellos sujetos que participarán de la investigación.

La muestra, referente a las familias de los niños, seleccionada deberá cumplir con ciertos requisitos:

- Tener un miembro con Diabetes Mellitus
- Llevar a cabo su tratamiento en alguno de los Programas de los hospitales seleccionados.

- Las edades de los pacientes debían oscilar entre los 15 y los 18 años.
- Asistir a la consulta médica con algún familiar y aceptar la administración de los instrumentos.

Para el personal de los hospitales, los requisitos serán:

- Formar parte del equipo de trabajo del Programa de atención a personas con diabetes Mellitus
- Acceder y aceptar voluntariamente la administración de los instrumentos.

La muestra se tomará de todos los adolescentes que asistirán en un periodo de una semana a los Programas.

5.7. Recolección de datos

Para la *recolección de datos* se utilizará la observación y encuestas o entrevistas realizadas a las familias de los adolescentes, a los adolescentes con diabetes y al personal de salud de los Programas.

5.7.1 Selección de instrumentos de recolección de datos.

Los instrumentos principales utilizados en nuestra investigación fueron:

- Entrevista semiestructurada
- Observación participante

Entrevistas semiestructuradas:

- A las familias de los adolescentes que asisten a los Programas:
- A los adolescentes con diabetes que son atendidos en dichos Programas.
- Al personal profesional y administrativo que forma parte del equipo de trabajo de los Programas:

Observación: -participante.

A continuación presentamos algunas consideraciones respecto de:

Observación de campo:

Con este diseño se intentará responder a los objetivos específicos.

Como técnicas se utilizarán también:

1)- Observación participante: La misma, se refiere a la observación y el conocimiento del fenómeno a estudiar, formando el observador parte activa del campo en el que él mismo se da.

La observación participante, posibilita el contacto directo con los diferentes sistemas, conociendo y vivenciando sucesos.

Esta técnica facilitará la recolección de información integrada de las interacciones, roles y pautas que se establecen en las distintas estructuras.

El rol de observación de campo consistirá en la realización de una entrevista a las familias, los adolescentes con diabetes y personal del equipo de trabajo en un momento único.

Se tendrá en cuenta también los datos que puedan aportar los profesionales del Programa que son los encargados de realizar la atención y seguimiento de los adolescentes y sus familias.

2) Entrevistas semiestructuradas:

a- Entrevistas a las familias: Esta técnica se utilizará porque se considera que son las más adecuadas para obtener la información necesaria de las familias y el personal del Programa.

La entrevista será administrada a los adultos responsables que acompañen en ese momento al adolescente a la consulta en el Programa de asistencia, solicitándoles su aprobación para que fuera voluntaria.

b- Entrevistas al personal de los Programas:

Con respecto a las encuestas realizadas al personal del equipo de los Programas de atención a los adolescentes con diabetes, se realizará una entrevista al Coordinador del Programa a fin de tomar conocimiento del programa en su totalidad, con lo que respecta a modalidad de trabajo, tareas que desempeñan, etc.

Luego se realizarán encuestas a cada miembro del personal profesional y administrativo del equipo de trabajo.

c- Entrevistas a los adolescentes con diabetes que asisten a Programas de atención y educación diabetológica:

Se realizarán encuestas a los adolescentes de 15 a 18 años que asistan en el periodo estipulado para la realización del trabajo de campo en la institución.

5.8. Administración de los instrumentos

A continuación el detalle de la aplicación de los instrumentos:

OBJETIVOS	MÉTODOS	TÉCNICAS
1- Conocer acerca de la existencia de Programas de atención y educación diabetológica , de adolescentes, de 15 a 18 años, con diabetes en Servicios de Salud de la ciudad de Mendoza.	Observación de campo Estudio de campo de corte transversal	Observación participante Entrevistas semiestructuradas
2- Indagar acerca del conocimiento sobre los derechos de niños, niñas y adolescentes, que posee el personal de salud que trabaja en Programas de atención a personas con diabetes.	Observación de campo Estudio de campo de corte transversal	Observación participante Entrevistas semiestructuradas
3- Indagar acerca del conocimiento sobre los derechos de los niños, niñas y adolescentes a la salud, que poseen las familias de los adolescentes con diabetes, que asisten a diferentes efectores de salud de la Provincia de Mendoza.	Observación de campo Estudio de campo de corte transversal	Observación Participante Entrevistas semiestructuradas

5.9. Organización y administración de las entrevistas:

Las entrevistas fueron realizadas al personal que integra los equipos de los Servicios de Diabetes de los Hospitales Lagomaggiore y Central, como así también a las familias de los adolescentes que asisten allí para su tratamiento.

5.10. Preguntas realizadas

Destinadas a conocer sobre la existencia de Programas para la atención y educación diabetológica de niños, niñas y adolescentes y sus familias

- Este centro asistencial ¿cuenta con algún Programa de atención para adolescentes con diabetes?
- ¿Cuáles son los días y horarios de atención del Servicio?
- ¿Qué cantidad de personas asisten diariamente?
- ¿A qué edades está dirigido el Programa?
- ¿De qué zonas asisten las personas?
- Realizan actividades de tipo recreativas?
- En caso de que el centro asistencial no cuente con dicho programa: ¿a donde se debería dirigir la familia de un adolescente con diabetes para ser atendido y recibir la educación adecuada para su salud?
- ¿Qué cantidad de adolescentes de 15 a 18 años asisten a este Servicio?

Orientada al conocimiento sobre la ley de niños, niñas y adolescentes.

- Tiene conocimientos sobre la ley de protección de niños niñas y adolescentes?
- Según su opinión: ¿que implicaría el derecho a la salud de los adolescentes?
- Sabe la responsabilidad que tiene el estado y cuales son las responsabilidades de la familia con respecto al cuidado del adolescente con diabetes?
- ¿Considera que éstos derechos son respetados por los Servicios de salud de la Provincia?

Dirigida al adolescente:

- ¿Cuál es tu edad?
- ¿A que te dedicas?
- ¿Realizas deportes u otra actividad recreativa?
- ¿Salís con tus amigos?
- ¿Qué influencia tiene el tener diabetes a la hora de realizar actividades fuera del hogar? ¿Y a la hora de relacionarte con tus compañeros o amigos?
- ¿Conoces algo sobre el derecho a la salud de los niños/as y adolescentes?

5.11. Síntesis de las respuestas obtenidas

Las encuestas fueron aplicadas al personal de los Hospitales Lagomaggiore y Central.

Con respecto al Servicio:

Ambos Hospitales cuentan con Servicios de atención y educación de personas con diabetes tipo 1 y 2, a partir de los 15 años, ya que los pacientes de menos edad son atendidos en el Hospital Notti, o son derivados a Centros de Salud cercanos al domicilio de los pacientes.

Los equipos están formados por Médicos Diabetólogos, Nutricionistas, Enfermeros especializados en diabetes, Prof. De Educación Física y Trabajadores Sociales.

Los horarios de atención son: de lunes a viernes de 8,00 a 14,00hs., atención médica y educativa, y los sábados de 9,00 a 13,00hs.se realizan actividades recreativas y educativas, al cual asiste el equipo multidisciplinario con los que cuentan los Servicios.

En el Hospital Central además se realizan talleres sobre preparación de alimentos con nutricionistas.

Se organizan también actividades recreativas en fechas especiales, por ejemplo el 14 de noviembre para el Día Internacional de la Diabetes.

Con respecto a la población asistida:

La población que recibe la asistencia de estos Hospitales, proviene en su mayoría de los departamentos cercanos a la Ciudad de Mendoza, como así también del Valle de Uco y en menor proporción de departamentos del Este provincial.

El promedio de pacientes atendidos por semana en ambos Centros asistenciales es de 8 personas, los cuales en su mayoría son acompañados por un familiar. Los días sábados este número asciende a 30.

Según la información brindada por el personal de salud, se puede decir que los adolescentes con diabetes, asisten en mayor proporción a las actividades realizadas los días sábados.

Se considera de suma importancia que el paciente y en especial los adolescentes, asistan acompañados por un familiar, ya que es fundamental para la adhesión al tratamiento. Se podría decir que este grupo es doblemente vulnerable, por un lado por las características que distinguen a la adolescencia y por la enfermedad que padecen. También rescatan la importancia del grupo de pertenencia del adolescente ya que estas relaciones facilitan la adhesión al tratamiento.

Con respecto al conocimiento sobre la Ley de niñez adolescencia y familia:

Ambos Servicios reconocen tener conocimientos sobre la Ley de Protección de niños, niñas y adolescentes, ya que trabajan con este grupo etáreo, y destacan la importancia de la escucha activa por parte del equipo tratante y la familia de pertenencia del adolescente, y la comprensión de la situación particular, haciendo hincapié en que son personas con diabetes y no son diabéticos ya que primero se es persona, sin rótulos.

Estos derechos son trabajados y transmitidos a los pacientes mediante talleres.

Los profesionales entrevistados de ambos Servicios coinciden en que el Estado debe proporcionar, la posibilidad de ser atendidos, es decir que la población deba tener acceso a las Instituciones de salud; que el personal de esos centros asistenciales esté capacitado para la atención de la diabetes y que las personas atendidas puedan recibir los insumos necesarios para el tratamiento, ya que su costo es elevado.

Con respecto a la familia consideran que son la base del tratamiento por la contención afectiva, control y acompañamiento.

El personal entrevistado considera que si bien los derechos son respetados, se deberían mejorar los servicios en lo que respecta a los insumos hospitalarios y la atención en lugares alejados de las ciudades.

De las entrevistas realizadas al adolescente y su familia se obtuvo la siguiente información:

Todas las familias encuestadas consideraron conocer los derechos de los niños, niñas y adolescentes, ya que fueron trabajados en varias oportunidades con el equipo de salud.

Destacaron la importancia de contar con servicios estatales para la atención de personas con diabetes y la entrega de medicamentos específicos para el tratamiento.

Con respecto a los adolescentes se puede decir que:

Fueron entrevistados diez adolescentes de 15 a 18 años, atendidos el Servicio de Diabetes de los Hospitales Lagomaggiore y Central.

Todos los adolescentes asisten a la escuela, realizan actividades recreativas, sin embargo, dicen que si bien su cotidianidad es *normal*, (es decir no se diferencia a la de otros adolescentes sin diabetes), deben tener en cuenta algunos factores importantes respecto de lo que consumen.

En todos los casos destacaron que tratan de que nadie se entere de la enfermedad que padecen ya que consideran que después los “*miran mal*”

Coinciden que cuesta aceptar que los miembros de la familia están siempre pendientes de ellos y eso los enoja, “*es como estar bajo la lupa de todos todo el tiempo*”. Muchas veces esta situación los lleva a tener diferencias o dificultades con las familias.

Comentan que a veces es muy difícil estar pendientes del tratamiento, que se cansan de cuidarse y que los cuiden, es ahí donde se alejan del tratamiento y se producen las descompensaciones que muchas veces terminan en internaciones. Los chicos encuestados aseguran conocer sobre los derechos de los niños, niñas y adolescentes, ya que en varias oportunidades fueron trabajados por el equipo del Servicio.

Con el objetivo de conocer sobre la existencia de otros Programas de atención a adolescentes con diabetes, se realizaron once encuestas a diferentes obras sociales de la ciudad de Mendoza.

Las Obras Sociales encuestadas fueron:

- O.S.E.P. (Obra Social de Empleados Públicos)
- O.S.E.C.A.C. (Obra Social de Empleados de Comercio y Actividades Civiles)
- Obra Social de Trabajadores de Frutas y Hortalizas.
- Obra Social del Personal de la Industria de la Alimentación
- O.S.P.S.A. (Obra Social del Personal de la Sanidad Argentina)
- O.S.P.E.M.O.M.(Obra Social del Personal de Micros y Omnibus)
- Obra Social para los trabajadores de la Educación Privada.
- OSDE BINARIO
- O.S.P.E. (Obra Social de Petroleros)
- O.S.P.R.E.R.A. (Obra Social del Personal Rural y Estibadores de la República Argentina)
- P.A.M.I.

De los cuales se obtuvieron los siguientes resultados:

- **Nueve Obras Sociales**, cuentan con asistencia de Personal Médico especializado para la atención de personas con diabetes, no específicamente para adolescentes.
- **Uno**, (PAMI), cuenta con un Programa de Prevención en Diabetes, destinado a personas adultas, según el caso se puede incluir a adolescentes.
- **Uno** (O.S.E.P.), Cuenta con un equipo multidisciplinario destinado a la atención y educación para personas con diabetes, incluidos adolescentes y sus familias. También cuenta con otros programas destinados específicamente para adolescentes.

Con respecto a los Hospitales de la Ciudad de Mendoza. Se puede decir que los únicos que cuentan con equipo multidisciplinario son:

Hospital Lagomaggiore y Hospital Central, los cuales están compuestos por Médico Diabetólogo, Lic. En Nutrición, Lic. En Psicología, Lic. En Enfermería, Lic. En Trabajo Social y docente de Educación Física.

Podemos mencionar al Hospital Notti, ubicado en el departamento de Guaymallén, el cual es uno de los centros asistenciales de referencia en atención a niños, niñas y adolescentes, en el cual no se pudo realizar entrevistas ya que el personal del Comité de Docencia e Investigación y la Jefa del Servicio de Diabetes, no autorizaron la realización del trabajo.

En este Hospital se atienden niños y adolescentes hasta los 14 años, continuando hasta los 18 en caso de que el caso lo requiera.

CAPÍTULO 6

CONCLUSIONES

6.1. Conclusión

"Los Estados Partes reconocen el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud..." (Convención sobre los Derechos del Niño, Art. N° 24)

A partir de este texto intentamos justificar gran parte de nuestro trabajo, ya que si bien se llevan a cabo varios Programas destinados a la atención de niños, niñas y adolescentes con diabetes, estos servicios se encuentran centralizados en determinadas zonas geográficas, dejando gran porcentaje de la población sin este servicio.

Con el objetivo de este trabajo hemos querido ofrecer una mirada concreta sobre la situación que viven los adolescentes con diabetes y sus familias, con respecto al derecho a la salud, en la Ciudad de Mendoza. Con la teoría presentada hemos intentado destacar y conocer algunos conceptos y características necesarios para entender la situación de los adolescentes con diabetes y sus familias.

A nuestro entender el derecho a la salud, de niños, niñas y adolescentes con diabetes, se ve respetado en forma general por los Servicios de Salud de la Ciudad de Mendoza. Si bien estos Servicios no son específicamente destinados para este sector de la población, se les brinda el cuidado básico necesario para el tratamiento de la enfermedad.

Sin embargo, es necesario destacar la importancia de abordar al adolescente con diabetes y su familia comprendiendo que es necesaria una mirada que incluya la articulación entre lo somático, lo psíquico, lo familiar y lo comunitario, que considere la íntima conexión entre la persona que padece una enfermedad crónica y el entorno que lo rodea.

La irrupción de una enfermedad crónica, como la diabetes, tendrá en cada persona particular y en su grupo familiar, múltiples y diferentes significaciones anudadas a la historia singular y familiar, al momento de la vida que la enfermedad irrumpe, y a los procesos vitales que altera.

Con respecto a los objetivos específicos destinados a indagar sobre el conocimiento que tienen los adolescentes, sus familias y el personal de Salud que asiste a adolescentes con diabetes, podemos decir que conocen y respetan el derecho a la salud de los mismos, y destacan la importancia de continuar trabajando fuertemente en la capacitación del personal de salud destinados a la atención y educación de los adolescentes con diabetes y sus familias, ya que es una enfermedad que se considera *“una pandemia con tendencia ascendente.”*(Diabetes Mellitus, Guía para diagnóstico, atención y tratamiento)

El relevamiento de las instituciones Públicas y Obras Sociales, el rastreo de reglamentaciones vigentes, las entrevistas con profesionales de salud, la selección de la teoría adecuada y las entrevistas con los adolescentes nos permiten acercarnos a la comprensión de las respuestas de los adolescentes que participaron en las entrevistas. Lo cual también pone de manifiesto que si bien el derecho a la salud de niños, niñas y adolescentes es conocido y tenido en cuenta por las Sociedades Estatales y Privadas, hay un gran camino por recorrer en cuanto al abordaje multidisciplinario del adolescente, teniendo en cuenta las características propias de este grupo etáreo, la importancia de su familia, grupo de pares y comunidad.

6.2. Aportes de la investigación.

Nuestro aporte concreto ha sido poner en conocimiento que si bien en la Ciudad de Mendoza, existen Servicios de Salud que respetan los derechos de los niños, niñas y adolescentes con diabetes, es necesario informar y concientizar, tanto a las familias como al personal hospitalario, de estos derechos. La promoción de los mismos y la restauración del derecho a la salud cuando este se encuentra vulnerado, es prioritario en los Servicios brindados y en la conformación de equipos destinados a trabajar con esta franja de la sociedad que presenta características tan particulares.

Aún queda mucho por hacer y pensamos que desde el campo social y específicamente de la carrera de Lic. En Minoridad y Familia, tiene mucho por aportar al Servicio de Salud, ya que contamos con herramientas indispensables para el abordaje

interdisciplinario del adolescente con diabetes y su familia, fomentando la participación de la comunidad.

De este modo se podrá ir comprendiendo la dinámica familiar y particular de los adolescentes, eliminando la exclusión, fomentando la implementación de Servicios especializados y el trabajo multidisciplinario, para mejorar la calidad de vida de los adolescentes y sus familias.

6.3. Propuesta desde el rol profesional

Cuando hacemos mención a la responsabilidad de continuar trabajando fuertemente en la capacitación del personal de salud destinados a la atención y educación de los adolescentes con diabetes y sus familias, estamos dispuestos a asumir con ellos un nuevo comienzo.

Abordar, orientar y acompañar a las familias para el desarrollo de sus vínculos, **fortaleciendo** sus potencialidades y el despliegue integral y armónico de sus miembros, nos hace repensar en un trabajo arduo, ético y profesional.

Proteger, restituir y promover la defensa del derecho a la salud de niñas, niños y adolescentes, es primordial frente a la moral de todo profesional. **La sensibilidad, la empatía y la comunicación** deben estar a flor de piel para estar alerta ante las **demandas individuales** de cada adolescente y su familia.

Las características propias de la adolescencia y teniendo en cuenta el padecimiento de una enfermedad crónica hace disponernos a **fortalecerlos**, ayudándolos a encontrar y utilizar de manera eficaz los recursos con los que disponen.

Formar parte de forma integral de equipos multidisciplinarios de salud, **abordando** demandas individuales, familiares y comunitarias en temáticas específicas de niñez, adolescencia y familia.

Promover el fortalecimiento de la red social en la protección de derechos de las niñas, niños y adolescentes, es preciso ya que nunca debemos dejar de lado el contexto en el cual se encuentra inmersa la familia. La red social nos brinda información y forma parte de nuestro trabajo, a veces resulta ser el nexo encubierto entre el profesional y la familia.

La contención personalizada y el acompañamiento, desde un abordaje específico desde un marco multidisciplinario, predisponen a la apertura de los sistemas familiares para fortalecer factores protectores que logren que los niño/as y adolescentes que crecen en ellos, se sientan seguros, acompañados, dispuestos e incentivados, logrando así la defensa de sus derechos.

BIBLIOGRAFÍA

BIBLIOGRAFIA

- ADIBA (Asociación de Diabéticos de Buenos Aires); <http://www.adiba.sion.com>
- ANDER.EGG, Ezequiel; VALLE, Pablo; “Guía para preparar monografías”. Ed. Lumen, Humanitas. 1997.
- ARREGUI, C; IBARRA, C; BORCOSKI M.; RETAMAL, C.; Cuadernillo para pacientes infantiles con diabetes; Fundación Diabetes Juvenil de Chile y International Diabetes Federation.
- CIAMBELLA, Marcela M. “*Diabetes Infantil en el ámbito de la Psicología*”; Tesis de Licenciatura, Facultad de Psicología, Universidad del Aconcagua;1996.
- Convención Americana sobre Derechos Humanos, “Pacto de San José de Costa Rica” (1969), Ed. La Ley, Bs. As.
- Convención Internacional sobre los Derechos del Niño (1989), Ed. Errepar, Bs. As.
- Declaración Universal de Derechos Humanos (2006), Ed. La Ley, Bs. As.
- DOLTO, Françoise; “Palabras para adolescentes / El complejo de la langosta”. Buenos Aires, Atlántida; 1995.
- “Diabetes”; Artículo: “*Historia de la diabetes*”; <http://www.diabetesonline.com.ar>
- ECO, Humberto; “Como se hace una tesis”. Traducida de Lucia Barends y Alberto Claverra, Primera Edición, Barcelona, 1982.
- FALICOV, Celia.; “*Transiciones de la Familia*”. Continuidad y cambio en el ciclo de vida; Buenos Aires; Ed. Amorrortu; 1991
- FERNANDEZ MOYA, Jorge, “*En busca de Resultados*” Una introducción al modelo Sistémico Estratégico; Ed. Triunfar-UDA; 2000.
- Fernández Moya y colaboradores (2010), “En busca de resultados: Una introducción a las terapias sistémicas”, Tomo I, Cap. 8, Ed. Universidad del Aconcagua, Mendoza.
- Fernández Moya, Jorge, “En Busca de Resultados”, Ed. Triunfar, Córdoba, 2000. Ley de Menores de la Provincia de Mendoza 6354 (1995), Ed. La Ley, Bs. As.

- GIANELLA, Carolina. (1996) “*Género Femenino-Modificaciones del rol de l mujer en la Familia*”. Tesis de Licenciatura, Facultad de Psicología, Universidad del Aconcagua.
- GONZÁLEZ, Eva López. RUIZ, María Lidia; LUONGO, Angela; FERRARI, Norma; “*Diabetes Mellitus*”Guía para diagnóstico, atención y tratamiento. Sociedad Argentina de Diabetes; Primera Edición. Año 2009.
- KORNBLIT, Analía; “*Somática familiar. Enfermedad orgánica y familia*”. ED. Gedisa; 1º edición, Barcelona; 1984
- Ley de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes 26061 (2005), Ed. La Ley, Bs. As.
- MINUCHIN, Salvador; “*Familias y Terapia Familiar*”; Ed. Gedisa; 4º edición; Barcelona; 1992.
- MINUCHIN, Salvador; FISHMAN; Charles; “*Técnicas de Terapia Familiar*”. Ed. Paidos, México; 1994.
- OBIOLS, Guillermo; OBIOLS Di Segni; “*Adolescencia, Posmodernidad y Escuela Secundaria*”. Buenos Aires, Ed. Kapeluz, , 1970.
- PEUMERY, Jean-Jacques; “*Historia Ilustrada de la Diabetes de la Antigüedad a nuestros días*”; España; Ed. Medicom;; 1993
- PITTMAN III, Frank; “*Momentos Decisivos*”.Tratamiento de Familias en situaciones de crisis.; Ed. Paidos; Barcelona-Bs.As- México; 1995
- RODRIGUEZ, Ana Laura; Apuntes de la Cátedra de “*Problemáticas del Adolescente*”, Facultad de Psicología, UDA; 2003.
- SAD (Asociación Argentina de Diabetes); <http://www.diabetes.org.ar>
- SAMPIERI, COLLADO Y LUCIO; “*Metodología de la Investigación*”, 1994.
- UNICEF; *¿De qué hablamos cuando hablamos de Derechos?*Convención sobre los derechos del niño. Fondo de las Naciones Unidas para la infancia. Año 2009.

ANEXOS

LEY 26061

Ley de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes. Objeto. Principios, derechos y garantías. Sistema de protección Integral. Órganos administrativos. Financiamiento

Código Civil

Código Procesal Civil y Comercial

Modificación

sanc. 28/09/2005; promul. 21/10/2005; publ. 26/10/2005

El Senado y la Cámara de Diputados de la Nación Argentina reunidos en Congreso sancionan con fuerza de ley:

TÍTULO I:

Disposiciones Generales

Art. 1. – Objeto. Esta ley tiene por objeto la protección integral de los derechos de las niñas, niños y adolescentes que se encuentren en el territorio de la República Argentina, para garantizar el ejercicio y disfrute pleno, efectivo y permanente de aquellos reconocidos en el ordenamiento jurídico nacional y en los tratados internacionales en los que la Nación sea parte.

Los derechos aquí reconocidos están asegurados por su máxima exigibilidad y sustentados en el principio del interés superior del niño.

La omisión en la observancia de los deberes que por la presente corresponden a los órganos gubernamentales del Estado habilita a todo ciudadano a interponer las acciones

administrativas y judiciales a fin de restaurar el ejercicio y goce de tales derechos, a través de medidas expeditas y eficaces.

Art. 2. – Aplicación obligatoria. La Convención sobre los Derechos del Niño Ver Texto es de aplicación obligatoria en las condiciones de su vigencia, en todo acto, decisión o medida administrativa, judicial o de cualquier naturaleza que se adopte respecto de las personas hasta los dieciocho años de edad. Las niñas, niños o adolescentes tienen derecho a ser oídos y atendidos cualquiera sea la forma en que se manifiesten, en todos los ámbitos.

Los derechos y las garantías de los sujetos de esta ley son de orden público, irrenunciables, interdependientes, indivisibles e intransigibles.

Art. 3. – Interés superior. A los efectos de la presente ley se entiende por interés superior de la niña, niño y adolescente la máxima satisfacción, integral y simultánea de los derechos y garantías reconocidos en esta ley.

Debiéndose respetar:

- a) Su condición de sujeto de derecho;
- b) El derecho de las niñas, niños y adolescentes a ser oídos y que su opinión sea tenida en cuenta;
- c) El respeto al pleno desarrollo personal de sus derechos en su medio familiar, social y cultural;
- d) Su edad, grado de madurez, capacidad de discernimiento y demás condiciones personales;
- e) El equilibrio entre los derechos y garantías de las niñas, niños y adolescentes y las exigencias del bien común;
- f) Su centro de vida. Se entiende por centro de vida el lugar donde las niñas, niños y adolescentes hubiesen transcurrido en condiciones legítimas la mayor parte de su existencia.

Este principio rige en materia de patria potestad, pautas a las que se ajustarán el ejercicio de la misma, filiación, restitución del niño, la niña o el adolescente, adopción, emancipación y toda circunstancia vinculada a las anteriores cualquiera sea el ámbito donde deba desempeñarse.

Cuando exista conflicto entre los derechos e intereses de las niñas, niños y adolescentes frente a otros derechos e intereses igualmente legítimos, prevalecerán los primeros.

Art. 4. – Políticas públicas. Las políticas públicas de la niñez y adolescencia se elaborarán de acuerdo a las siguientes pautas:

- a) Fortalecimiento del rol de la familia en la efectivización de los derechos de las niñas, niños y adolescentes;
- b) Descentralización de los organismos de aplicación y de los planes y programas específicos de las distintas políticas de protección de derechos, a fin de garantizar mayor autonomía, agilidad y eficacia;
- c) Gestión asociada de los organismos de gobierno en sus distintos niveles en coordinación con la sociedad civil, con capacitación y fiscalización permanente;
- d) Promoción de redes intersectoriales locales;
- e) Propiciar la constitución de organizaciones y organismos para la defensa y protección de los derechos de las niñas, niños y adolescentes.

Art. 5. – Responsabilidad gubernamental. Los organismos del Estado tienen la responsabilidad indelegable de establecer, controlar y garantizar el cumplimiento de las políticas públicas con carácter federal.

En la formulación y ejecución de políticas públicas y su prestación, es prioritario para los organismos del Estado mantener siempre presente el interés superior de las personas sujetos de esta ley y la asignación privilegiada de los recursos públicos que las garanticen.

Toda acción u omisión que se oponga a este principio constituye un acto contrario a los derechos fundamentales de las niñas, niños y adolescentes.

Las políticas públicas de los organismos del Estado deben garantizar con absoluta prioridad el ejercicio de los derechos de las niñas, niños y adolescentes.

La prioridad absoluta implica:

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

Art. 6. – Participación comunitaria. La comunidad, por motivos de solidaridad y en ejercicio de la democracia participativa, debe y tiene derecho a ser parte activa en el logro de la vigencia plena y efectiva de los derechos y garantías de las niñas, niños y adolescentes.

Art. 7. – Responsabilidad familiar. La familia es responsable en forma prioritaria de asegurar a las niñas, niños y adolescentes el disfrute pleno y el efectivo ejercicio de sus derechos y garantías.

El padre y la madre tienen responsabilidades y obligaciones comunes e iguales en lo que respecta al cuidado, desarrollo y educación integral de sus hijos.

Los organismos del Estado deben asegurar políticas, programas y asistencia apropiados para que la familia pueda asumir adecuadamente esta responsabilidad, y para que los padres asuman, en igualdad de condiciones, sus responsabilidades y obligaciones

TÍTULO II:

Principios, Derechos y Garantías

Art. 8. – Derecho a la vida. Las niñas, niños y adolescentes tienen derecho a la vida, a su disfrute, protección y a la obtención de una buena calidad de vida.

Art. 9. – Derecho a la dignidad y a la integridad personal. Las niñas, niños y adolescentes tienen derecho a la dignidad como sujetos de derechos y de personas en desarrollo; a no ser sometidos a trato violento, discriminatorio, vejatorio, humillante, intimidatorio; a no ser sometidos a ninguna forma de explotación económica, torturas, abusos o negligencias, explotación sexual, secuestros o tráfico para cualquier fin o en cualquier forma o condición cruel o degradante.

Las niñas, niños y adolescentes tienen derecho a su integridad física, sexual, psíquica y moral.

La persona que tome conocimiento de malos tratos, o de situaciones que atenten contra la integridad psíquica, física, sexual o moral de un niño, niña o adolescente, o cualquier otra violación a sus derechos, debe comunicar a la autoridad local de aplicación de la presente ley.

Los organismos del Estado deben garantizar programas gratuitos de asistencia y atención integral que promuevan la recuperación de todas las niñas, niños y adolescentes.

Art. 10. – Derecho a la vida privada e intimidad familiar. Las niñas, niños y adolescentes tienen derecho a la vida privada e intimidad de y en la vida familiar.

Estos derechos no pueden ser objeto de injerencias arbitrarias o ilegales.

Art. 11. – Derecho a la identidad. Las niñas, niños y adolescentes tienen derecho a un nombre, a una nacionalidad, a su lengua de origen, al conocimiento de quiénes son sus padres, a la preservación de sus relaciones familiares de conformidad con la ley, a la cultura de su lugar de origen y a preservar su identidad e idiosincrasia, salvo la excepción prevista en los arts. 327 y 328 del Código Civil.

Los organismos del Estado deben facilitar y colaborar en la búsqueda, localización u obtención de información, de los padres u otros familiares de las niñas, niños y adolescentes facilitándoles el encuentro o reencuentro familiar. Tienen derecho a conocer a sus padres biológicos, y a crecer y desarrollarse en su familia de origen, a

mantener en forma regular y permanente el vínculo personal y directo con sus padres, aun cuando éstos estuvieran separados o divorciados, o pesara sobre cualquiera de ellos denuncia penal o sentencia, salvo que dicho vínculo, amenazare o violare alguno de los derechos de las niñas, niños y adolescentes que consagra la ley.

En toda situación de institucionalización de los padres, los organismos del Estado deben garantizar a las niñas, niños y adolescentes el vínculo y el contacto directo y permanente con aquéllos, siempre que no contraríe el interés superior del niño.

Sólo en los casos en que ello sea imposible y en forma excepcional tendrán derecho a vivir, ser criados y desarrollarse en un grupo familiar alternativo o a tener una familia adoptiva, de conformidad con la ley.

Art. 12. – Garantía estatal de identificación. Inscripción en el Registro del Estado y Capacidad de las Personas. Los organismos del Estado deben garantizar procedimientos sencillos y rápidos para que los recién nacidos sean identificados en forma gratuita, obligatoria, oportuna e inmediatamente después de su nacimiento, estableciendo el vínculo filial con la madre, conforme al procedimiento previsto en la ley 24540.

Ante la falta de documento que acredite la identidad de la madre o del padre, los organismos del Estado deberán arbitrar los medios necesarios para la obtención de la identificación obligatoria consignada en el párrafo anterior, circunstancia que deberá ser tenida especialmente en cuenta por la reglamentación de esta ley.

Debe facilitar la adopción de medidas específicas para la inscripción gratuita en el Registro del Estado y Capacidad de las Personas, de todos aquellos adolescentes y madres, que no hayan sido inscriptos oportunamente.

Art. 13. – Derecho a la documentación. Las niñas, niños, adolescentes y madres indocumentadas, tienen derecho a obtener los documentos públicos que comprueben su identidad, de conformidad con la normativa vigente y en los términos que establece el procedimiento previsto en la ley 24540.

Art. 14. – Derecho a la salud. Los organismos del Estado deben garantizar:

- a) El acceso a servicios de salud, respetando las pautas familiares y culturales reconocidas por la familia y la comunidad a la que pertenecen siempre que no constituyan peligro para su vida e integridad;
- b) Programas de asistencia integral, rehabilitación e integración;
- c) Programas de atención, orientación y asistencia dirigidos a su familia;
- d) Campañas permanentes de difusión y promoción de sus derechos dirigidas a la comunidad a través de los medios de comunicación social.

Toda institución de salud deberá atender prioritariamente a las niñas, niños y adolescentes y mujeres embarazadas.

Las niñas, niños y adolescentes tienen derecho a la atención integral de su salud, a recibir la asistencia médica necesaria y a acceder en igualdad de oportunidades a los servicios y acciones de prevención, promoción, información, protección, diagnóstico precoz, tratamiento oportuno y recuperación de la salud.

Art. 15. – Derecho a la educación. Las niñas, niños y adolescentes tienen derecho a la educación pública y gratuita, atendiendo a su desarrollo integral, su preparación para el ejercicio de la ciudadanía, su formación para la convivencia democrática y el trabajo, respetando su identidad cultural y lengua de origen, su libertad de creación y el desarrollo máximo de sus competencias individuales; fortaleciendo los valores de solidaridad, respeto por los derechos humanos, tolerancia, identidad cultural y conservación del ambiente.

Tienen derecho al acceso y permanencia en un establecimiento educativo cercano a su residencia. En el caso de carecer de documentación que acredite su identidad, se los deberá inscribir provisoriamente, debiendo los organismos del Estado arbitrar los medios destinados a la entrega urgente de este documento.

Por ninguna causa se podrá restringir el acceso a la educación debiendo entregar la certificación o diploma correspondiente.

Las niñas, niños y adolescentes con capacidades especiales tienen todos los derechos y garantías consagrados y reconocidos por esta ley, además de los inherentes a su condición específica.

Los organismos del Estado, la familia y la sociedad deben asegurarles el pleno desarrollo de su personalidad hasta el máximo de sus potencialidades, así como el goce de una vida plena y digna.

Art. 16. – Gratuidad de la educación. La educación pública será gratuita en todos los servicios estatales, niveles y regímenes especiales, de conformidad con lo establecido en el ordenamiento jurídico vigente.

Art. 17. – Prohibición de discriminar por estado de embarazo, maternidad y paternidad. Prohíbese a las instituciones educativas públicas y privadas imponer por causa de embarazo, maternidad o paternidad, medidas correctivas o sanciones disciplinarias a las niñas, niños y adolescentes.

Los organismos del Estado deben desarrollar un sistema conducente a permitir la continuidad y la finalización de los estudios de las niñas, niños y adolescentes.

La mujer privada de su libertad será especialmente asistida durante el embarazo y el parto, y se le proveerán los medios materiales para la crianza adecuada de su hijo mientras éste permanezca en el medio carcelario, facilitándose la comunicación con su familia a efectos de propiciar su integración a ella.

Art. 18. – Medidas de protección de la maternidad y paternidad. Las medidas que conforman la protección integral se extenderán a la madre y al padre durante el embarazo, el parto y al período de lactancia, garantizando condiciones dignas y equitativas para el adecuado desarrollo de su embarazo y la crianza de su hijo.

Art. 19. – Derecho a la libertad. Las niñas, niños y adolescentes tienen derecho a la libertad.

Este derecho comprende:

- a) Tener sus propias ideas, creencias o culto religioso según el desarrollo de sus facultades y con las limitaciones y garantías consagradas por el ordenamiento jurídico y ejercerlo bajo la orientación de sus padres, tutores, representantes legales o encargados de los mismos;
- b) Expresar su opinión en los ámbitos de su vida cotidiana, especialmente en la familia, la comunidad y la escuela;
- c) Expresar su opinión como usuarios de todos los servicios públicos y, con las limitaciones de la ley, en todos los procesos judiciales y administrativos que puedan afectar sus derechos.

Las personas sujetos de esta ley tienen derecho a su libertad personal, sin más límites que los establecidos en el ordenamiento jurídico vigente. No pueden ser privados de ella ilegal o arbitrariamente.

La privación de libertad personal, entendida como ubicación de la niña, niño o adolescente en un lugar de donde no pueda salir por su propia voluntad, debe realizarse de conformidad con la normativa vigente.

Art. 20. – Derecho al deporte y juego recreativo. Los organismos del Estado con la activa participación de la sociedad, deben establecer programas que garanticen el derecho de todas las niñas, niños y adolescentes a la recreación, esparcimiento, juegos recreativos y deportes, debiendo asegurar programas específicos para aquellos con capacidades especiales.

Art. 21. – Derecho al medio ambiente. Las niñas, niños y adolescentes tienen derecho a un ambiente sano y ecológicamente equilibrado, así como a la preservación y disfrute del paisaje.

Art. 22. – Derecho a la dignidad. Las niñas, niños y adolescentes tienen derecho a ser respetados en su dignidad, reputación y propia imagen.

Se prohíbe exponer, difundir o divulgar datos, informaciones o imágenes que permitan identificar, directa o indirectamente a los sujetos de esta ley, a través de cualquier medio de comunicación o publicación en contra de su voluntad y la de sus padres,

representantes legales o responsables, cuando se lesionen su dignidad o la reputación de las niñas, niños y adolescentes o que constituyan injerencias arbitrarias o ilegales en su vida privada o intimidad familiar.

Art. 23. – Derecho de libre asociación. Las niñas, niños y adolescentes tienen derecho de asociarse libremente con otras personas, con fines sociales, culturales, deportivos, recreativos, religiosos, políticos, laborales o de cualquier otra índole, siempre que sean de carácter lícito y de conformidad a la legislación vigente. Este derecho comprende, especialmente, el derecho a:

- a) Formar parte de asociaciones, inclusive de sus órganos directivos;
- b) Promover y constituir asociaciones conformadas exclusivamente por niñas, niños, adolescentes o ambos, de conformidad con la ley.

Art. 24. – Derecho a opinar y a ser oído. Las niñas, niños y adolescentes tienen derecho a:

- a) Participar y expresar libremente su opinión en los asuntos que les conciernan y en aquellos que tengan interés;
- b) Que sus opiniones sean tenidas en cuenta conforme a su madurez y desarrollo.

Este derecho se extiende a todos los ámbitos en que se desenvuelven las niñas, niños y adolescentes; entre ellos, al ámbito estatal, familiar, comunitario, social, escolar, científico, cultural, deportivo y recreativo.

Art. 25. – Derecho al trabajo de los adolescentes. Los organismos del Estado deben garantizar el derecho de las personas adolescentes a la educación y reconocer su derecho a trabajar con las restricciones que imponen la legislación vigente y los convenios internacionales sobre erradicación del trabajo infantil, debiendo ejercer la inspección del trabajo contra la explotación laboral de las niñas, niños y adolescentes. Este derecho podrá limitarse solamente cuando la actividad laboral importe riesgo, peligro para el desarrollo, la salud física, mental o emocional de los adolescentes.

Los organismos del Estado, la sociedad y en particular las organizaciones sindicales coordinarán sus esfuerzos para erradicar el trabajo infantil y limitar toda forma de trabajo legalmente autorizada cuando impidan o afecten su proceso evolutivo.

Art. 26. – Derecho a la seguridad social. Las niñas, niños y adolescentes tienen derecho a obtener los beneficios de la seguridad social.

Los organismos del Estado deberán establecer políticas y programas de inclusión para las niñas, niños y adolescentes, que consideren los recursos y la situación de los mismos y de las personas que sean responsables de su mantenimiento.

Art. 27. – Garantías mínimas de procedimiento. Garantías en los procedimientos judiciales o administrativos. Los organismos del Estado deberán garantizar a las niñas, niños y adolescentes en cualquier procedimiento judicial o administrativo que los afecte, además de todos aquellos derechos contemplados en la Constitución Nacional, la Convención sobre los Derechos del Niño , en los tratados internacionales ratificados por la Nación Argentina y en las leyes que en su consecuencia se dicten, los siguientes derechos y garantías:

- a) A ser oído ante la autoridad competente cada vez que así lo solicite la niña, niño o adolescente;
- b) A que su opinión sea tomada primordialmente en cuenta al momento de arribar a una decisión que lo afecte;
- c) A ser asistido por un letrado preferentemente especializado en niñez y adolescencia desde el inicio del procedimiento judicial o administrativo que lo incluya. En caso de carecer de recursos económicos el Estado deberá asignarle de oficio un letrado que lo patrocine;
- d) A participar activamente en todo el procedimiento;
- e) A recurrir ante el superior frente a cualquier decisión que lo afecte.

Art. 28. – Principio de igualdad y no discriminación. Las disposiciones de esta ley se aplicarán por igual a todos las niñas, niños y adolescentes, sin discriminación alguna fundada en motivos raciales, de sexo, color, edad, idioma, religión, creencias, opinión

política, cultura, posición económica, origen social o étnico, capacidades especiales, salud, apariencia física o impedimento físico, de salud, el nacimiento o cualquier otra condición del niño o de sus padres o de sus representantes legales.

Art. 29. – Principio de efectividad. Los organismos del Estado deberán adoptar todas las medidas administrativas, legislativas, judiciales y de otra índole, para garantizar el efectivo cumplimiento de los derechos y garantías reconocidos en esta ley.

Art. 30. – Deber de comunicar. Los miembros de los establecimientos educativos y de salud, públicos o privados y todo agente o funcionario público que tuviere conocimiento de la vulneración de derechos de las niñas, niños o adolescentes, deberá comunicar dicha circunstancia ante la autoridad administrativa de protección de derechos en el ámbito local, bajo apercibimiento de incurrir en responsabilidad por dicha omisión.

Art. 31. – Deber del funcionario de recepcionar denuncias. El agente público que sea requerido para recibir una denuncia de vulneración de derechos de los sujetos protegidos por esta ley, ya sea por la misma niña, niño o adolescente, o por cualquier otra persona, se encuentra obligado a recibir y tramitar tal denuncia en forma gratuita, a fin de garantizar el respeto, la prevención y la reparación del daño sufrido, bajo apercibimiento de considerarlo incurso en la figura de grave incumplimiento de los deberes del funcionario público.

TÍTULO III:

Sistema De Protección Integral

De los derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes

Art. 32. – Conformación. El Sistema de Protección Integral de Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes está conformado por todos aquellos organismos, entidades y servicios que diseñan, planifican, coordinan, orientan, ejecutan y supervisan las políticas públicas, de gestión estatal o privadas, en el ámbito nacional, provincial y municipal, destinados a la promoción, prevención, asistencia, protección, resguardo y restablecimiento de los derechos de las niñas, niños y adolescentes, y establece los medios a través de los cuales se asegura el efectivo goce de los derechos y garantías

reconocidos en la Constitución Nacional, la Convención sobre los Derechos del Niño , demás tratados de derechos humanos ratificados por el Estado argentino y el ordenamiento jurídico nacional.

La Política de Protección Integral de Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes debe ser implementada mediante una concertación articulada de acciones de la Nación, las provincias, la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y los municipios.

Para el logro de sus objetivos, el Sistema de Protección Integral de Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes debe contar con los siguientes medios:

- a) Políticas, planes y programas de protección de derechos;
- b) Organismos administrativos y judiciales de protección de derechos;
- c) Recursos económicos;
- d) Procedimientos;
- e) Medidas de protección de derechos;
- f) Medidas de protección excepcional de derechos.

Art. 33. – Medidas de protección integral de derechos. Son aquéllas emanadas del órgano administrativo competente local ante la amenaza o violación de los derechos o garantías de uno o varias niñas, niños o adolescentes individualmente considerados, con el objeto de preservarlos, restituirlos o reparar sus consecuencias.

La amenaza o violación a que se refiere este artículo puede provenir de la acción u omisión del Estado, la sociedad, los particulares, los padres, la familia, representantes legales, o responsables, o de la propia conducta de la niña, niño o adolescente.

La falta de recursos materiales de los padres, de la familia, de los representantes legales o responsables de las niñas, niños y adolescentes, sea circunstancial, transitoria o permanente, no autoriza la separación de su familia nuclear, ampliada o con quienes mantenga lazos afectivos, ni su institucionalización.

Art. 34. – Finalidad. Las medidas de protección de derechos tienen como finalidad la preservación o restitución a las niñas, niños o adolescentes, del disfrute, goce y ejercicio de sus derechos vulnerados y la reparación de sus consecuencias.

Art. 35. – Aplicación. Se aplicarán prioritariamente aquellas medidas de protección de derechos que tengan por finalidad la preservación y el fortalecimiento de los vínculos familiares con relación a las niñas, niños y adolescentes. Cuando la amenaza o violación de derechos sea consecuencia de necesidades básicas insatisfechas, carencias o dificultades materiales, económicas, laborales o de vivienda, las medidas de protección son los programas dirigidos a brindar ayuda y apoyo incluso económico, con miras al mantenimiento y fortalecimiento de los vínculos familiares.

Art. 36. – Prohibición. En ningún caso las medidas a que se refiere el art. 33 de esta ley podrán consistir en privación de la libertad conforme lo establecido en el art. 19 .

Art. 37. – Medidas de protección. Comprobada la amenaza o violación de derechos, deben adoptarse, entre otras, las siguientes medidas:

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

g) Asistencia económica.

La presente enunciación no es taxativa.

Art. 38. – Extinción. Las medidas de protección pueden ser sustituidas, modificadas o revocadas en cualquier momento por acto de la autoridad competente que las haya dispuesto y cuando las circunstancias que las causaron varíen o cesen.

Art. 39. – Medidas excepcionales. Son aquellas que se adoptan cuando las niñas, niños y adolescentes estuvieran temporal o permanentemente privados de su medio familiar o cuyo superior interés exija que no permanezcan en ese medio.

Tienen como objetivo la conservación o recuperación por parte del sujeto del ejercicio y goce de sus derechos vulnerados y la reparación de sus consecuencias.

Estas medidas son limitadas en el tiempo y sólo se pueden prolongar mientras persistan las causas que les dieron origen.

Art. 40. – Procedencia de las medidas excepcionales. Sólo serán procedentes cuando, previamente, se hayan cumplimentado debidamente las medidas dispuestas en el Art. 33.

Declarada procedente esta excepción, será la autoridad local de aplicación quien decida y establezca el procedimiento a seguir, acto que deberá estar jurídicamente fundado, debiendo notificar fehacientemente dentro del plazo de veinticuatro (24) horas, la medida adoptada a la autoridad judicial competente en materia de familia de cada jurisdicción.

El funcionario que no dé efectivo cumplimiento a esta disposición, será pasible de las sanciones previstas en el cap. IV del Código Penal de la Nación.

La autoridad competente de cada jurisdicción, en protección de los derechos de las niñas, niños y adolescentes dentro del plazo de setenta y dos (72) horas de notificado, con citación y audiencia de los representantes legales, deberá resolver la legalidad de la medida; resuelta ésta, la autoridad judicial competente deberá derivar el caso a la autoridad local competente de aplicación para que ésta implemente las medidas pertinentes.

Art. 41. – Aplicación. Las medidas establecidas en el art. 39 , se aplicarán conforme a los siguientes criterios:

a) Permanencia temporal en ámbitos familiares considerados alternativos. Las medidas consisten en la búsqueda e individualización de personas vinculadas a ellos, a través de líneas de parentesco por consanguinidad o por afinidad, o con otros miembros de la familia ampliada o de la comunidad, según costumbre local, en todos los casos teniendo en cuenta la opinión de las niñas, niños y adolescentes;

b) Sólo en forma excepcional, subsidiaria y por el más breve lapso posible puede recurrirse a una forma convivencial alternativa a la de su grupo familiar, debiéndose propiciar, a través de mecanismos rápidos y ágiles, el regreso de las niñas, niños y adolescentes a su grupo o medio familiar y comunitario. Al considerar las soluciones se prestará especial atención a la continuidad en la educación de las niñas, niños y adolescentes, y a su origen étnico, religioso, cultural y lingüístico. Estas medidas deberán ser supervisadas por el organismo administrativo local competente y judicial interviniente;

c) Las medidas se implementarán bajo formas de intervención no sustitutivas del grupo familiar de origen, con el objeto de preservar la identidad familiar de las niñas, niños y adolescentes;

d) Las medidas de protección excepcional que se tomen con relación a grupos de hermanos deben preservar la convivencia de los mismos;

e) En ningún caso, las medidas de protección excepcionales pueden consistir en privación de la libertad;

f) No podrá ser fundamento para la aplicación de una medida excepcional, la falta de recursos económicos, físicos, de políticas o programas del organismo administrativo.

TÍTULO IV:

Órganos administrativos de protección de derechos

Art. 42. – Sistema de protección integral. Niveles. El sistema de protección integral se conforma por los siguientes niveles:

a) Nacional: Es el organismo especializado en materia de derechos de infancia y adolescencia en el ámbito del Poder Ejecutivo nacional;

b) Federal: Es el órgano de articulación y concertación, para el diseño, planificación y efectivización de políticas públicas en todo el ámbito del territorio de la República Argentina;

c) Provincial: Es el órgano de planificación y ejecución de las políticas de la niñez, cuya forma y jerarquía, determinará cada provincia y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, respetando las respectivas autonomías así como las instituciones preexistentes.

Las provincias podrán celebrar convenios dentro del marco jurídico vigente para municipios y comunas en las jurisdicciones provinciales, como asimismo implementar un organismo de seguimiento de programas de protección integral de los derechos de niñas, niños y adolescentes en coordinación articulada con las organizaciones no gubernamentales de niñez, adolescencia y familia.

CAPÍTULO I:

Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia

Art. 43. – Secretaría nacional. Créase en el ámbito del Poder Ejecutivo nacional, la Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia, organismo especializado en materia de derechos de infancia y adolescencia, la que funcionará con representación interministerial y de las organizaciones de la sociedad civil.

La misma será presidida por un secretario de Estado designado por el Poder Ejecutivo nacional.

Art. 44. – Funciones. Son funciones de la secretaría:

- a) Garantizar el funcionamiento del Consejo Federal de Niñez, Adolescencia y Familia y establecer en forma conjunta, la modalidad de coordinación entre ambos organismos con el fin de establecer y articular políticas públicas integrales;
- b) Elaborar con la participación del Consejo Federal de Niñez, Adolescencia y Familia, un plan nacional de acción como política de derechos para el área específica, de acuerdo a los principios jurídicos establecidos en esta ley;
- c) Ejercer la representación necesaria ante todos los organismos oficiales de asesoramiento y contralor en materia de medios de comunicación;
- d) Ejercer la representación del Estado nacional en las áreas de su competencia;
- e) Participar en forma conjunta con el Consejo Federal de Niñez, Adolescencia y Familia en la celebración y ejecución de los instrumentos de carácter internacional que la Nación suscriba o a los cuales adhiera, cuando éstos afecten o se refieran a la materia de su competencia;
- f) Realizar los informes previstos en el Art. 44 Ver Texto de la Convención sobre los Derechos del Niño, y ejercer la representación del Estado nacional en su presentación, constituyéndose en depositario de las recomendaciones que se efectúen;
- g) Promover el desarrollo de investigaciones en materia de niñez, adolescencia y familia;
- h) Diseñar normas generales de funcionamiento y principios rectores que deberán cumplir las instituciones públicas o privadas de asistencia y protección de derechos de los sujetos de esta ley;
- i) Apoyar a las organizaciones no gubernamentales en la definición de sus objetivos institucionales hacia la promoción del ejercicio de derechos de las niñas, niños y adolescentes, y la prevención de su institucionalización;
- j) Promover políticas activas de promoción y defensa de los derechos de las niñas, niños, adolescentes y sus familias;

- k) Coordinar acciones consensuadas con los poderes del Estado, organismos gubernamentales y organizaciones no gubernamentales, fomentando la participación activa de las niñas, niña y adolescente;
- l) Propiciar acciones de asistencia técnica y capacitación a organismos provinciales y municipales y agentes comunitarios participantes en servicios de atención directa o en el desarrollo de los procesos de transformación institucional;
- m) Gestionar juntamente con el Consejo Federal de Niñez, Adolescencia y Familia, la obtención de recursos financieros nacionales e internacionales para la efectivización de las políticas públicas de niñez, adolescencia y familia;
- n) Efectivizar juntamente con el Consejo Federal de Niñez, Adolescencia y Familia la transferencia de los fondos a los estados provinciales para la financiación de dichas políticas;
- o) Organizar un sistema de información único y descentralizado que incluya indicadores para el monitoreo, evaluación y control de las políticas y programas de niñez, adolescencia y familia;
- p) Fortalecer el reconocimiento en la sociedad de niñas, niños y adolescentes como sujetos activos de derechos;
- q) Impulsar mecanismos descentralizados para la ejecución de programas y proyectos que garanticen el ejercicio de los derechos de las niñas, niños, adolescentes y sus familias;
- r) Asignar juntamente con el Consejo Federal de Niñez, Adolescencia y Familia los recursos públicos para la formulación y ejecución de las políticas previstas en el plan nacional de acción;
- s) Establecer en coordinación con el Consejo Federal de Niñez, Adolescencia y Familia mecanismos de seguimiento, monitoreo y evaluación de las políticas públicas destinadas a la protección de los derechos de las niñas, niños y adolescentes.

CAPÍTULO II:**Consejo Federal de Niñez, Adolescencia y Familia**

Art. 45. – Créase el Consejo Federal de Niñez, Adolescencia y Familia, el que estará integrado por quien ejerza la titularidad de la Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia, quien lo presidirá y por los representantes de los órganos de protección de derechos de niñez, adolescencia y familia existentes o a crearse en cada una de las provincias y de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

El Consejo Federal de Niñez, Adolescencia y Familia dictará su propio reglamento de funcionamiento, el cual deberá ser aprobado en la primera reunión.

Art. 46. – Funciones. El Consejo Federal de Niñez, Adolescencia y Familia tendrá funciones deliberativas, consultivas, de formulación de propuestas y de políticas de concertación, cuyo alcance y contenido se fijará en el acta constitutiva.

Tendrá las siguientes funciones:

- a) Concertar y efectivizar políticas de protección integral de los derechos de las niñas, niños, adolescentes y sus familias;
- b) Participar en la elaboración en coordinación con la Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia de un plan nacional de acción como política de derechos para el área específica, de acuerdo a los principios jurídicos establecidos en la presente ley;
- c) Proponer e impulsar reformas legislativas e institucionales destinadas a la concreción de los principios establecidos en la Convención sobre los Derechos del Niño Ver Texto
- d) Fomentar espacios de participación activa de los organismos de la sociedad civil de las provincias y de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, reconocidas por su especialidad e idoneidad en la materia, favoreciendo su conformación en redes comunitarias;
- e) Promover la supervisión y control de las instituciones privadas de asistencia y protección de derechos;

- f) Gestionar en forma conjunta y coordinada con la Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia la obtención de recursos financieros nacionales e internacionales para la efectivización de las políticas públicas de niñez, adolescencia y familia;
- g) Efectivizar juntamente con la Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia la transferencia de los fondos a los estados provinciales para la financiación de dichas políticas;
- h) Gestionar la distribución de los fondos presupuestariamente asignados para la formulación y ejecución de las políticas previstas en el plan nacional de acción;
- i) Promover en coordinación con la Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia, mecanismos de seguimiento, monitoreo y evaluación de las políticas públicas destinadas a la protección integral de los derechos de las niñas; niños y adolescentes.

CAPÍTULO III:

Defensor de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes

Art. 47. – Creación. Créase la figura del defensor de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes, quien tendrá a su cargo velar por la protección y promoción de sus derechos consagrados en la Constitución Nacional, la Convención sobre los Derechos del Niño Ver Texto y las leyes nacionales.

Art. 48. – Control. La defensa de los derechos de las niñas, niños y adolescentes ante las instituciones públicas y privadas y la supervisión y auditoria de la aplicación del sistema de protección integral se realizará en dos niveles:

- a) Nacional: A través del defensor de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes;
- b) Provincial: Respetando la autonomía de las provincias y de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, así como las instituciones preexistentes.

Las legislaturas podrán designar defensores en cada una de las jurisdicciones, cuya financiación y funciones serán determinadas por los respectivos cuerpos legislativos.

Art. 49. – Designación. El defensor de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes será propuesto, designado y removido por el Congreso Nacional, quien designará una comisión bicameral que estará integrada por diez miembros, cinco de cada cámara respetando la proporción en la representación política, quienes tendrán a su cargo la evaluación de la designación que se llevará a cabo mediante un concurso público de antecedentes y oposición. Las decisiones de esta comisión se adoptarán por el voto de las dos terceras partes de sus miembros.

El defensor deberá ser designado dentro de los noventa (90) días de sancionada esta ley y asumirá sus funciones ante el Senado de la Nación, prestando juramento de desempeñar fielmente su cargo.

Art. 50. – Requisitos para su elección. El defensor de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes, deberá reunir los siguientes requisitos:

a) Ser argentino;

b) Haber cumplido treinta (30) años de edad;

c) Acreditar idoneidad y especialización en la defensa y protección activa de los derechos de las niñas, niños y adolescentes y familia.

Art. 51. – Duración en el cargo. El defensor de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes durará en sus funciones cinco (5) años, pudiendo ser reelegido por una sola vez.

Art. 52. – Incompatibilidad. El cargo de defensor de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes es incompatible con el desempeño de cualquier otra actividad pública, comercial o profesional a excepción de la docencia, estándole vedada, asimismo, la actividad política partidaria.

Dentro de los diez (10) días siguientes a su nombramiento y antes de tomar posesión del cargo, el defensor debe cesar en toda situación de incompatibilidad que pudiere afectarlo, bajo apercibimiento de remoción del cargo.

Son de aplicación al defensor, en lo pertinente, las normas en materia de recusación y excusación previstas en el Código Procesal Civil y Comercial de la Nación.

Art. 53. – De la remuneración. El defensor de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes percibirá la remuneración que establezca el Congreso de la Nación, por resolución de los presidentes de ambas cámaras.

Art. 54. – Presupuesto. El Poder Ejecutivo nacional destinará una partida presupuestaria para solventar los gastos del funcionamiento administrativo del defensor de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes.

Art. 55. – Funciones. Son sus funciones:

- a) Promover las acciones para la protección de los intereses difusos o colectivos relativos a las niñas, niños y adolescentes;
- b) Interponer acciones para la protección de los derechos de las niñas, niños y adolescentes en cualquier juicio, instancia o tribunal;
- c) Velar por el efectivo respeto a los derechos y garantías legales asegurados a las niñas, niños y adolescentes, promoviendo las medidas judiciales y extrajudiciales del caso. Para ello puede tomar las declaraciones del reclamante, entenderse directamente con la persona o autoridad reclamada y efectuar recomendaciones con miras a la mejoría de los servicios públicos y privados de atención de las niñas, niños y adolescentes, determinando un plazo razonable para su perfecta adecuación;
- d) Incoar acciones con miras a la aplicación de las sanciones por infracciones cometidas contra las normas de protección de las niñas, niños y adolescentes, sin perjuicio de la responsabilidad civil y penal del infractor, cuando correspondiera;
- e) Supervisar las entidades públicas y privadas que se dediquen a la atención de las niñas, niños o adolescentes, sea albergándolos en forma transitoria o permanente, sea desarrollando programas de atención a los mismos, debiendo denunciar ante las autoridades competentes cualquier irregularidad que amenace o vulnere los derechos de todas las niñas, los niños o los adolescentes;

- f) Requerir para el desempeño de sus funciones el auxilio de la fuerza pública, de los servicios médicos-asistenciales y educativos, sean públicos o privados;
- g) Proporcionar asesoramiento de cualquier índole a las niñas, niños y adolescentes y a sus familias, a través de una organización adecuada;
- h) Asesorar a las niñas, niños, adolescentes y a sus familias acerca de los recursos públicos, privados y comunitarios, donde puedan recurrir para la solución de su problemática;
- i) Intervenir en la instancia de asesoramiento de mediación o conciliación;
- j) Recibir todo tipo de reclamo formulado por los niños, niñas o adolescentes o cualquier denuncia que se efectúe con relación a las niñas, niños y adolescentes, ya sea personalmente o mediante un servicio telefónico gratuito y permanente debiéndose dar curso de inmediato al requerimiento de que se trate.

Art. 56. – Informe anual. El defensor de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes deberá dar cuenta anualmente al Congreso de la Nación, de la labor realizada en un informe que presentará antes del 31 de mayo de cada año.

Dentro de los sesenta (60) días de iniciadas las sesiones ordinarias de cada año, el defensor deberá rendir dicho informe en forma, verbal ante la Comisión Bicameral a que se refiere el Art. 49

Cuando la gravedad o urgencia de los hechos lo aconsejen podrá presentar un informe especial. Los informes anuales y especiales serán publicados en el Boletín Oficial, en los Diarios de Sesiones y en Internet.

El defensor de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes en forma personal, deberá concurrir trimestralmente en forma alternativa a las comisiones permanentes especializadas en la materia de cada una de las cámaras del Congreso Nacional a brindar los informes que se le requieran, o en cualquier momento cuando la comisión así lo requiera.

Art. 57. – Contenido del informe. El defensor de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes deberá dar cuenta en su informe anual de las denuncias presentadas y del resultado de las investigaciones. En el informe no deberán constar los datos personales que permitan la pública identificación de los denunciantes, como así tampoco de las niñas, niños y adolescentes involucrados.

El informe contendrá un anexo en el que se hará constar la rendición de cuentas del presupuesto del organismo en el período que corresponda.

Art. 58. – Gratuidad. El defensor de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes determinará en forma exclusiva los casos a que dará curso; las presentaciones serán gratuitas, quedando prohibida la participación de gestores e intermediarios.

Art. 59. – Cese. Causales. El defensor de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes cesa en sus funciones por alguna de las siguientes causas:

- a) Por renuncia;
- b) Por vencimiento del plazo de su mandato;
- c) Por incapacidad sobreviviente o muerte;
- d) Por haber sido condenado mediante sentencia firme por delito doloso;
- e) Por notoria negligencia en el cumplimiento de los deberes del cargo o por haber incurrido en la situación de incompatibilidad prevista por esta ley.

Art. 60. – Cese y formas. En los supuestos previstos por los Inc. a), c) y d) del artículo anterior, el cese será dispuesto por los presidentes de ambas cámaras. En el caso del Inc. c), la incapacidad sobreviviente deberá acreditarse de modo fehaciente. En los supuestos previstos por el Inc. e) del mismo artículo, el cese se decidirá por el voto de los dos tercios de los miembros presentes de la Comisión, previo debate y audiencia del interesado.

En caso de muerte del defensor de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes se procederá a reemplazarlo en forma provisoria según el procedimiento establecido en el artículo siguiente, promoviéndose en el más breve plazo la designación del titular en la forma establecida en el Art. 56

Art. 61. – Adjuntos. A propuesta del defensor de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes y conforme el procedimiento establecido en el art. 56 Ver Texto podrán designarse dos adjuntos que auxiliarán a aquél en el ejercicio de sus funciones, pudiendo además, reemplazarlo en caso de cese, muerte, suspensión o imposibilidad temporal, en el orden en que fuesen designados.

Art. 62. – Obligación de colaborar. Todas las entidades, organismos y personas jurídicas, ya sean públicas o privadas, y las personas físicas están obligadas a prestar colaboración a los requerimientos del defensor de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes con carácter preferente y expedito.

Art. 63. – Obstaculización. Todo aquel que desobedezca u obstaculice el ejercicio de las funciones previstas en los artículos precedentes incurrirá en el delito previsto en el art. 239 Ver Texto del Código Penal. El defensor de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes debe dar traslado de los antecedentes respectivos al Ministerio Público Fiscal para el ejercicio de las acciones pertinentes. Puede requerir la intervención de la justicia para obtener la remisión de la documentación que le hubiera sido negada por cualquier organismo, ente, persona o sus agentes.

Art. 64. – Deberes. Comprobada la veracidad de la denuncia o reclamo, el defensor de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes deberá:

- a) Promover y proteger los derechos de las niñas, niños y adolescentes mediante acciones y recomendaciones que efectuará ante las instancias públicas competentes, a fin de garantizar el goce y el ejercicio de los mismos;
- b) Denunciar las irregularidades verificadas a los organismos pertinentes quienes tienen la obligación de comunicar al defensor de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes el resultado de las investigaciones realizadas;
- c) Formular recomendaciones o propuestas a los organismos públicos o privados respecto de cuestiones objeto de su requerimiento;

d) Informar a la opinión pública y a los denunciantes acerca del resultado de las investigaciones y acciones realizadas. A tal efecto deberá establecerse un espacio en los medios masivos de comunicación.

CAPÍTULO IV:

DE LAS ORGANIZACIONES NO GUBERNAMENTALES

Art. 65. – Objeto. A los fines de la presente ley se consideran organizaciones no gubernamentales de niñez y adolescencia a aquellas que, con personería jurídica y que en cumplimiento de su misión institucional desarrollen programas o servicios de promoción, tratamiento, protección y defensa de los derechos de las niñas, niños y adolescentes.

Art. 66. – Obligaciones. Las organizaciones no gubernamentales mencionadas en esta ley deben cumplir con los derechos y garantías reconocidos en la Constitución Nacional, la Convención sobre los Derechos del Niño Ver Texto , tratados internacionales sobre los de derechos humanos en los que la República Argentina sea parte, y observar los siguientes principios y obligaciones:

- a) Respetar y preservar la identidad de las niñas, niños y adolescentes y ofrecerles un ambiente de respeto, dignidad y no discriminación;
- b) Respetar y preservar los vínculos familiares o de crianza de las niñas, niños y adolescentes y velar por su permanencia en el seno familiar;
- c) No separar grupos de hermanos;
- d) No limitar ningún derecho que no haya sido limitado por una decisión judicial;
- e) Garantizar el derecho de las niñas, niños y adolescentes a ser oídos y a que su opinión sea tomada en cuenta en todos los asuntos que les conciernan como sujetos de derechos;
- f) Mantener constantemente informado a la niña, niño o adolescente sobre su situación legal, en caso de que exista alguna causa judicial donde se pueda tomar una decisión que afecte sus intereses, y notificarle, en forma personal y a través de su representante

legal, toda novedad que se produzca en forma comprensible cada vez que la niña, el niño o el adolescente lo requiera;

g) Brindar a las niñas, niños y adolescentes atención personalizada y en pequeños grupos;

h) Ofrecer instalaciones debidamente habilitadas y controladas por la autoridad de aplicación respecto de las condiciones edilicias, salubridad, higiene, seguridad y confort;

i) Rendir cuentas en forma anual ante la autoridad de aplicación, de los gastos realizados clasificados según su naturaleza; de las actividades desarrolladas descriptas en detalle; de las actividades programadas para el siguiente ejercicio descriptas en detalle, su presupuesto, los gastos administrativos y los recursos con que será cubierto. Se dará cuenta también de las actividades programadas para el ejercicio vencido que no hubieran sido cumplidas, y las causas que motivaron este incumplimiento.

Art. 67. – Incumplimiento. En caso de incumplimiento de las obligaciones a que se hallan sujetas las organizaciones no gubernamentales de niñez y adolescencia mencionadas por esta ley, la autoridad local de aplicación promoverá ante los organismos competentes, la implementación de las medidas que correspondan.

Art. 68. – Registro de las organizaciones. Créase en el ámbito de la Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia, el Registro Nacional de Organizaciones de la Sociedad Civil con personería Jurídica que desarrollen programas o servicios de asistencia, promoción, tratamiento, protección y defensa de los derechos de las niñas, niños y adolescentes.

Las provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires podrán implementar un sistema de registro de las organizaciones no gubernamentales con personería jurídica con el objeto de controlar y velar en cada jurisdicción por el fiel cumplimiento de los principios que establece esta ley, con comunicación a la Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia con miras a la creación del registro nacional de estas organizaciones.

TÍTULO V:

Financiamiento

Art. 69.– **La Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia y el Consejo Federal de Niñez, Adolescencia y Familia deberán en forma conjunta y coordinada garantizar la distribución justa y equitativa de las partidas presupuestarias y de todos los recursos nacionales o internacionales destinados a la efectivización de los objetivos de esta ley.**

Art. 70. – Transferencias. El Gobierno nacional acordará con los gobiernos provinciales y de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, la transferencia necesaria de los servicios de atención directa y sus recursos, a las respectivas jurisdicciones en las que actualmente estén prestando servicios y se estén ejecutando.

Esta ley será aplicable a las situaciones jurídicas pendientes o en curso de ejecución.

Art. 71. – Transitoriedad. En un plazo máximo de ciento ochenta (180) días corridos prorrogables por igual plazo y por única vez, el Poder Ejecutivo nacional arbitrará las medidas necesarias incluidas las afectaciones presupuestarias y edilicias, que garanticen la contención y protección de las niñas, niños y adolescentes, comprendidos dentro del marco de la ley 10903 que se deroga.

Art. 72. – Fondos. El Presupuesto General de la Nación preverá las partidas necesarias para el funcionamiento del Consejo Federal de Niñez, Adolescencia y Familia, la Secretaría Nacional de Niñez Adolescencia y Familia, el defensor de los Derechos de las niñas, niños y adolescentes y todas las que correspondan para el cumplimiento de la presente ley, atendiendo lo previsto en el Art. 70 .

La previsión presupuestaria en ningún caso podrá ser inferior a la mayor previsión o ejecución de ejercicios anteriores. Dispóngase la intangibilidad de los fondos destinados a la infancia, adolescencia y familia establecidos en el presupuesto nacional.

Para el ejercicio presupuestario del corriente año, el jefe de Gabinete reasignará las partidas correspondientes.

TÍTULO VI:

Disposiciones Complementarias

Art. 73. – Sustituyese el Art. 310 del Código Civil, por el siguiente:

Art. 310.- Si uno de los progenitores fuera privado o suspendido en el ejercicio de la patria potestad, continuará ejerciéndola el otro. En su defecto, y no dándose el caso de tutela legal por pariente consanguíneo idóneo, en orden de grado excluyente, el juez proveerá a la tutela de las personas menores de edad.

Art. 74. – Modifíquese el Art. 234 del Código Procesal Civil y Comercial de la Nación, el que quedará redactado de la siguiente forma:

Art. 234.- Podrá decretarse la guarda:

1. De incapaces mayores de dieciocho (18) años de edad abandonados o sin representantes legales o cuando éstos estuvieren impedidos de ejercer sus funciones;2. De los incapaces mayores de dieciocho (18) años de edad que están en pleito con sus representantes legales, en el que se controvierta su curatela.

Art. 75. – Modifíquese el Art. 236 del Código Procesal Civil y Comercial de la Nación, el que quedará redactado de la siguiente forma:

Art. 236.- En los casos previstos en el Art. 234 , la petición podrá ser deducida por cualquier persona, y formulada verbalmente ante el asesor de menores e incapaces, en cuyo caso se labrará acta con las menciones pertinentes, la que será remitida al juzgado que corresponda.

Art. 76. – Derógase la ley 10903, los decretos nacionales: 1606/1990 y sus modificatorias, 1631/1996 y 295/2001.

Art. 77. – Esta ley deberá ser reglamentada en un plazo máximo de noventa (90) días, contados a partir de la sanción de la presente.

Art. 78. – Comuníquese al Poder Ejecutivo.

Camaño - Scioli - Rollano - Estrada