



Salud mental y derechos humanos en las infancias y adolescencias

Investigaciones actuales en Argentina

Alejandra Barcala y Laura Poverene
Compiladoras





Universidad Nacional de Lanús

Rectora
Dra. Ana Jaramillo

Vicerrector
Dr. Nerio Neirotti

Comité Editorial
Daniel Bozzani
Pablo Narvaja
Francisco Pestanha
Ramón Álvarez



Red de Editoriales de
Universidades Nacionales



EDUNLA
COOPERATIVA

29 de Septiembre 3901
1826 Remedios de Escalada, Lanús,
Provincia de Buenos Aires, Argentina
Tel (54 11) 5533 5600 int. 5727
publicaciones@unla.edu.ar
www.unla.edu.ar/public

Salud mental y derechos humanos en las infancias y adolescencias

Investigaciones actuales en Argentina

Compiladoras

Alejandra Barcala y Laura Poverene

Comité científico del Primer Encuentro de Investigaciones en Salud Mental y Derechos Humanos en las Infancias y Adolescencias

Alejandra Barcala, Eugenia Bianchi, Mariana Heredia, Carla Micele, Emilse Moreno, Laura Poverene, Gerardo Prol, Flavia Torricelli, Patricia Vila y Alejandro Wilner



CLACSO

Consejo Latinoamericano
de Ciencias Sociales
Conselho Latino-americano
de Ciências Sociais



Universidad Nacional de Lanús
Ediciones de la UNLa

Barcala, Alejandra

Salud mental y derechos humanos en la infancia y adolescencias / Alejandra Barcala ; compilado por Alejandra Barcala; Laura Poverene. - 1a ed. - Remedios de Escalada: De la UNLa - Universidad Nacional de Lanús, 2019.

Libro digital, DOC

Archivo Digital: descarga y online

ISBN 978-987-4937-30-8

1. Derechos Humanos. 2. infancia. 3. Salud. I. Barcala, Alejandra, comp. II. Poverene, Laura, comp. III. Título.

CDD 155.4

Salud mental y derechos humanos en las infancias y adolescencias
Investigaciones actuales en Argentina
Compiladoras: Alejandra Barcala y Laura Poverene

Arte y Diagramación: Rubén Fernández
Ilustración de tapa: Vladimir Merchensky
Corrección: Silvina García Guevara

ISBN 978-987-4937-30-8

Impreso en Argentina

Queda hecho el depósito que marca la ley 11.723

Prohibida la reproducción sin la expresa autorización por escrito.

© Alejandra Barcala y Laura Poverene

© Ediciones de la UNLa

29 de Septiembre 3901
1826 Remedios de Escalada, Lanús,
Provincia de Buenos Aires, Argentina
Tel (54 11) 5533 5600 int. 5727
publicaciones@unla.edu.ar
www.unla.edu.ar/public

Agradecimientos

Este libro ha sido posible gracias al apoyo de la Beca Salud Investiga “Dr. Abraam Sonis” 2018, categoría Estudio Multicéntrico, otorgada por la Secretaría de Gobierno de Salud, a través de la Dirección de Investigación para la Salud.

Queremos manifestar nuestro profundo agradecimiento a Eugenia Bianchi, Mariana Heredia, Carla Micele, Emilse Moreno, Gerardo Prol, Flavia Torricelli, Patricia Vila y Alejandro Wilner, cuya dedicación y compromiso fue indispensable no sólo para la organización del *Primer Encuentro de Investigaciones en Salud Mental y Derechos Humanos en las Infancias y Adolescencias* sino también para la concreción de cada una de las etapas de elaboración de esta publicación.

Índice

Presentación

Alejandra Barcala y Laura Poverene ————— 11

Prólogo

Emiliano Galende ————— 15

Palabras de apertura

Pablo Vommaro ————— 21

Apartado I. Presentaciones en paneles centrales: experiencias de investigación y producción de subjetividad. Perspectivas y desafíos en las infancias y adolescencias ————— 25

Las investigaciones en infancia y algunos desafíos para la política y la intervención
Valeria LLobet ————— 27

La administración de la infancia y sus familias: un analizador de lo político y lo estatal
Carla Villalta ————— 33

Las múltiples determinaciones de la desatención, la hiperactividad y las conductas desafiantes en los niños
Beatriz Janin ————— 49

Acerca de la identidad y la verdad
Juan Carlos Volnovich ————— 57

Apartado II. Investigaciones en líneas de trabajo

II-A: Medicalización, biomedicalización y políticas de la vida — 65

Debates sobre el derecho a la salud mental: la indicación y prescripción de psicofármacos en población infanto-juvenil en la estrategia de Atención Primaria de la Salud (Rosario, Santa Fe)
Sandra Silvana Gerlero y Ana Cecilia Augsburger ————— 67

Diez años de investigaciones sobre TDAH en Argentina desde las ciencias sociales. Balance y desafíos
Silvia Faraone, Eugenia Bianchi, Flavia Torricelli, Costanza Leone, Milagros Oberti y Ana Silvia Valero ————— 83

II-B: Políticas y prácticas de producción de cuidados en salud mental ————— 97

Niñez y adolescencias: evaluación de las modalidades de cuidado en servicios de salud mental en la Argentina
Alejandra Barcala, Flavia Torricelli, Laura Poverene, Alejandro Michalewicz y Celeste Lorenzini ————— 99

Buenas prácticas en salud mental infantil. Estudio cualitativo multicéntrico: modalidades de atención y actividades desarrolladas en los sistemas públicos de salud mental de las provincias de Río Negro y Neuquén (2016-2017)
Marcela Alejandra Parra, Gabriela De Gregorio, Lorena Gallosi, Silvia Morales, Ximena Novellino, Gabriela Bercovich, Laura Cordero y Moira Griselda Ale ————— 111

La perspectiva de los profesionales de la guardia de un Hospital Pediátrico de la Ciudad de Buenos Aires respecto a la internación de niños, niñas y adolescentes por salud mental en el contexto de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657
Mariana Clara Heredia ————— 125

Pensar el cuidado en salud mental en contextos adversos desde la formación profesional
Victoria Vidal, Leticia Grippo, Sergio Remesar y Selva Sena ————— 135

II-C: Diversidades, sexualidades, identidades no hegemónicas e interculturalidad ————— 147

Ni excluidos ni exclusivos: profesionales de salud mental y las respuestas ante el sufrimiento psíquico en las infancias
Laura Poverene ————— 149

II-D: Procesos de subjetivación, aprendizajes y experiencias en el contexto educativo —————	161
Experiencias de la psicopedagogía clínica en espacios escolares de nivel inicial: intervenciones con niños y adultos a cargo <i>Yanina Patiño y Débora Grunberg</i> —————	163
¿Escuela especial o especial escuela? Estudio sobre los recorridos escolares de los niños, niñas y adolescentes en el Municipio de Lomas de Zamora <i>Magdalena Bouzigues</i> —————	175
Intervenciones educativas concretas. Un análisis desde programas sociocomunitarios de la Universidad Nacional de Lanús y su articulación con la comunidad <i>Carla Micele</i> —————	191
Formación universitaria en Salud Mental. Adecuación de los planes de estudio vigentes a las Recomendaciones a las Universidades relacionadas con el artículo 33º de la Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones N° 26.657 <i>María Marcela Bottinelli, Mariela Nabergoi, Sergio Remesar, Francisco Díaz, Patricia Vila, Daniel Frankel, Andrea Albino, Carolina Maldonado, Cecilia Garzón y Sonia Olmedo</i> —————	203
II-E: Desigualdad y exclusión social. Vulneración y restitución de derechos —————	221
Todas las rutas llevan a... Descripción trans-institucional de internaciones de niños, niñas y adolescentes en hospitales públicos y privados de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires <i>Hernán Crespo Kaul, María Laura Folgar y Rosalía Muñoz Genestoux</i> —————	223
Vulnerabilidades y cuidados: el sufrimiento y la salud en los adolescentes que viven en el Bajo Flores <i>Carolina Fernández</i> —————	239

Niñez y violencias institucionales en la internación por salud mental: estudio exploratorio en la Ciudad de Buenos Aires. <i>Alejandra Barcala, Leandro Luciani Conde, Alejandro Wilner, Carlos Tisera y Gerardo Prol</i> —————	249
Prácticas en materia de prevención del consumo de sustancias Psicoactivas en el contexto comunitario en la ciudad de Santiago del Estero <i>Paula Andrea Ledesma y Mariano Anival Chavez</i> —————	261
Sobre los autores y las autoras —————	271

Presentación

Alejandra Barcala y Laura Poverene

Encarar una perspectiva epistemológica y metodológica en el área de la salud mental es de vital importancia para orientar desde una reflexión crítica la investigación en este campo. La construcción de un conocimiento específico sobre el sufrimiento mental debe partir de la coherencia entre las prácticas que se realizan y las teorías que las sostienen.

Emiliano Galende,
Conocimiento y prácticas en salud mental.

Esta publicación se propone reunir y amalgamar producciones académicas presentadas por investigadores e investigadoras durante el *Primer Encuentro de Investigaciones en Salud Mental y Derechos Humanos en las Infancias y Adolescencias*, realizado en el mes de junio de 2018 en la Universidad Nacional de Lanús, Buenos Aires, Argentina. La actividad surgió como una iniciativa del *Grupo de Investigación y Trabajo de Niñez, Derechos Humanos y Salud Mental* perteneciente al Centro de Salud Mental Comunitaria Mauricio Goldenberg (Departamento de Salud Comunitaria, Universidad Nacional de Lanús). Dicho Encuentro fue organizado en forma conjunta con el Grupo de Trabajo Infancias y Juventudes del Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales (CLACSO) con el objetivo de compartir, intercambiar e integrar saberes que contribuyan al desarrollo y enriquecimiento de investigaciones y aporten a la transformación de las prácticas y políticas públicas referidas a dicha población.

En nuestro país, los estudios sobre salud mental, derechos humanos, infancias y adolescencias son un campo de reciente constitución y con múltiples aportes disciplinares, pero de incidencia creciente en la agenda de investigaciones nacional y regional. La implementación de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657/2010, y la Ley de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes N° 26.061/2005 ha planteado el desafío de modificar las intervenciones y prácticas para adecuarlas a estas nuevas normativas.

La necesidad de propiciar un espacio interdisciplinario que facilitara la discusión de investigaciones rigurosas sobre las políticas públicas, los marcos jurídicos, los contextos socioculturales, las instituciones, las prácticas y la producción de subjetividad en las infancias y adolescencias fue el primer objetivo del *Grupo de Investigación y Trabajo de Niñez, Derechos Humanos y Salud Mental*, creado en el año 2016 en el marco del Doctorado en Salud Mental Comunitaria con sede en el Centro de Salud Mental Mauricio Goldenberg.

Asimismo, dicho espacio se propuso aportar a la construcción de un marco conceptual operativo y de pensamiento colectivo nacional y latinoamericano para abordar las problemáticas de salud mental, favoreciendo la revisión de los enfoques presentes en el diseño de herramientas, dispositivos y prácticas para el mejoramiento de la calidad de vida de la niñez con sufrimiento psíquico y social. Complementariamente, buscó fomentar la cooperación e inventar nuevos modos de diálogos que posibiliten conocer y difundir los resultados de las investigaciones que se realizan en diferentes latitudes de nuestro país con el fin de que puedan convertirse en insumos y propuestas de cambio para políticas públicas y praxis referidas a las infancias.

Consideramos necesario visibilizar a quienes se encuentran produciendo conocimientos en esta temática en diferentes unidades académicas de Argentina para consolidar una red que contribuya a la revisión de enfoques e instrumentos destinados a pensar la niñez y la juventud de nuestro país. Es en este sentido que creemos indispensable la circulación y valorización de saberes situados para dar respuesta a las problemáticas locales, trascendiendo la mera importación o extrapolación acrítica de conceptualizaciones que puedan no aplicarse a las especificidades de los fenómenos que aquí tienen lugar.

Es por ello que se convocó a investigadores, investigadoras y equipos de diferentes latitudes para compartir y propiciar un espacio de diálogos, discusiones y vínculos entre quienes desarrollan investigaciones empíricas o reflexiones teóricas de problemáticas ligadas al campo de estudio de la salud mental, los derechos humanos, las infancias y las adolescencias.

Dada la especial convocatoria que tuvo el Encuentro y los interrogantes emergidos durante el mismo, nos propusimos reunir las investigaciones presentadas en el formato de una publicación, esperando materializar los intercambios suscitados y mapear un estado actual de investigación sobre estos tópicos en la Argentina.

El libro está organizado en dos apartados. El Apartado I recoge algunas de las presentaciones que tuvieron lugar en los Paneles Centrales del Encuentro, en los que se trabajó sobre la temática “Experiencias de investigación y producción de subjetividad. Perspectivas y desafíos en las infancias y adolescencias” y cuenta con cuatro presentaciones. Valeria Llobet aborda las complejas relaciones entre la investigación académica y la intervención política, problematizando las posiciones tanto teórico-políticas como éticas de quienes producimos conocimiento en el campo de los derechos y la infancia. Por su parte, Carla Villalta fundamenta la posibilidad de concebir a la infancia y sus modos de gestión como un analizador de lo político y lo estatal, mientras que describe, desde una perspectiva antropológica, sus modos de aproximación a los agentes institucionales vinculados a la niñez. En su trabajo, Beatriz Janin visibiliza el proceso de medicalización que recae sobre los niños catalogados de poseer supuestos trastornos variopintos y destaca la potencialidad del psicoanálisis para atender a la singularidad del caso por caso y a las determinaciones múltiples de diferentes manifestaciones de sufrimiento. Y Juan Carlos Volnovich establece un fecundo diálogo entre el campo de los derechos humanos y el psicoanálisis, planteando como ejes las nociones de identidad y verdad así como señalando las obligaciones del Estado frente al abandono y sus efectos arrasadores sobre el aparato psíquico de un niño o niña.

El apartado II está organizado en cinco partes que responden a las líneas de trabajo que se encuentra desarrollando el *Grupo de Niñez, Derechos Humanos y Salud Mental*. II-A: Medicalización, biomedicalización y políticas de la vida; II-B: Políticas y prácticas de producción de cuidados en salud mental; II-C: Diversidades, sexualidades, identidades no hegemónicas e interculturalidad; II-D: Procesos de subjetivación, aprendizajes y experiencias en el contexto educativo; II-E: Desigualdad y exclusión social. Vulneración y restitución de derechos.

En el Encuentro se desarrollaron talleres dedicados a la indagación sobre cada una de estas líneas de trabajo, en los que investigadoras e investigadores presentaron sus producciones y compartieron sus preguntas y comentarios con el resto de los participantes.

Creemos que el intercambio sobre las situaciones generadas en las diversas intersecciones en el campo de la niñez nos permitirá, a partir de la problematización de los aspectos emergentes en la discusión, elaborar nudos críticos en la construcción de una agenda de trabajo compartida en la escena

nacional y latinoamericana que recoja las necesidades de los niños y niñas en las distintas regiones de la Argentina, y favorezca la construcción de un proyecto futuro para cada uno de ellos y ellas.

Esperamos que este libro refleje la apuesta por un diálogo continuo entre investigadores e investigadoras así como la consideración de la importancia de generar transferencia social de los conocimientos producidos para lograr cambios significativos en la vida de los niños, las niñas y los jóvenes con sufrimiento psíquico y social que garanticen el ejercicio a todos sus derechos.

Prólogo

Emiliano Galende

Introducir a la lectura de este libro requiere destacar que el mismo cumple ampliamente con un anhelo profundo de quienes participamos de la construcción de una salud mental comunitaria, cual es, lograr fundamentar desde una epistemología crítica los nuevos conceptos de este campo, a la vez que respaldar con la investigación sus impactos en los procesos de atención y en las políticas públicas que se implementan. Esto es central para avanzar con los principios de la reforma de la atención en los diferentes grupos etarios, los servicios y las políticas públicas.

Debemos celebrar esta construcción del grupo de trabajo sobre esta temática en la Universidad Nacional de Lanús, vinculado al Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales (CLACSO), lo cual abre a la relación entre grupos de investigación en los países de América Latina, posibilitando articular investigaciones sobre niñez y adolescencia desde la perspectiva de derechos humanos y políticas públicas, a fin de construir un cierto mapa de la problemática de la niñez y adolescencia en el conjunto de los países de la región. Es de destacar la importancia de estos estudios no sólo para las políticas públicas sobre la niñez y adolescencia, sino también para la vinculación de estas investigaciones con la producción de subjetividad en los contextos culturales y sociales de cada país. Como señala el trabajo de Valeria Llobet, la producción de conocimiento en este campo debe relacionar la política con la producción académica, ya que el objetivo de la investigación está dirigido al debate de las políticas públicas para este sector de la población; es decir, la investigación es a la vez la intención de transformación de las condiciones de desarrollo de la niñez y adolescencia. Como señala esta autora, en un acertado concepto, la “política epistemológica” incluye la dimensión ética en el conocimiento, ya que un conocimiento verdadero requiere el resguardo ético del investigador. La producción de la verdad en este campo no sólo implica el compromiso académico sino también que esta verdad está dirigida a la transformación de la política sobre niñez y adolescencia, respetando lo singular de la vida de niños y adolescentes en la producción de lo social, es decir sobre niños y adolescentes en los contextos sociales, económicos y culturales en que habitan y

se produce la base de la sociedad. Nuevamente, como señala Llobet, “la infancia es un sector donde se juega la tensión entre reproducción social y transformación social”.

El conjunto de los trabajos de investigación que componen el libro alcanzan un amplio espectro geográfico, de localización de los servicios y programas, que permite analizar y comparar la singularidad territorial, social y cultural en relación con los principios que orientan la construcción de una salud mental comunitaria y las prácticas que se efectúan. Si bien los principios de la reforma son comunes a diferentes grupos etarios, es importante profundizar en la especificidad de la población de niños y adolescentes, situando la investigación en los contextos sociales, culturales y territoriales, respetando sus particularidades. Justamente la salud mental de niños y adolescentes y las modalidades de los servicios de atención y las prácticas efectuadas, requieren prestar atención al impacto de la sociedad que habitan, el territorio y la cultura local en que desarrollan sus vidas y las políticas públicas locales que orientan los modos de atención.

Un valor central del libro es que establece un verdadero diálogo interior entre las diferentes investigaciones, que permite un trabajo de comparación entre particularidades sociales, culturales y políticas de cada territorio de vida y los principios y políticas públicas globales. El lector podrá construir un mapa global sobre la problemática de la niñez y adolescencia a la vez que visualizar la relación entre lo particular de la sociedad, la economía, la cultura, presente tanto en los servicios y los programas, como en el contexto de la existencia real de los modos de vida de niños y adolescentes y sus familias. La problemática del campo de la salud mental requiere siempre de esta doble presencia: de lo global (políticas públicas sobre niñez y adolescencia) y contextos singulares (económicos, sociales y culturales) en que se desarrolla la vida.

La producción social y cultural de la niñez tiene dos caras esenciales: la existencia singular del niño y la relación con la cultura, la sociedad y su comunidad en particular. Es necesario tener en cuenta que desde el punto de vista biológico el niño, su cuerpo y los órganos que lo constituyen, responden a una *evolución*; esto es, un desarrollo corporal que sigue normas genéticas y mecanismos biológicos presentes en todos los seres vivos; pero desde el punto de vista de la construcción de su subjetividad tiene una *historia*, en parte aleatoria, en la cual se dan interacciones, conflictos, desarrollos, relaciones de poder y dominación, en relación con su mundo de vida, don-

de están presentes el poder y la dominación. El desarrollo y crecimiento del niño tiene esta doble dimensión, mientras su cuerpo evoluciona la subjetividad irá construyendo una historia de relaciones, especialmente con los adultos de su entorno. Es importante distinguir la evolución biológica de la historia subjetiva: la primera responde a leyes genéticas y mecanismos biológicos, la segunda se rige por normas sociales, morales e imperativos culturales sobre la conducta. Ya Canguilhem había señalado claramente que la norma que rige los mecanismos biológicos es interna a los mismos mecanismos, mientras que la norma que rige el funcionamiento psíquico, el pensamiento y la conducta, responde a normas sociales y culturales, por lo tanto es externa al propio individuo. Resulta claro que las normas sociales e imperativos culturales determinan la construcción de su subjetividad, pero el niño no ofrece una “tabula rasa” en la cual se habrán de inscribir las normas sociales y los imperativos culturales, cada niño se diferencia como individuo a través de la interacción con las normas e imperativos sociales y culturales, y se pondrá en juego su imaginación y capacidad creativa. En la construcción subjetiva domina la diferencia, mientras que en la evolución domina la identidad, esto es, desde el punto de vista biológico el universo de los individuos poseen los mismos mecanismos biológicos y determinantes genéticos que producen la evolución de su cuerpo. Se puede afirmar que desde el punto de vista biológico domina la identidad, y el conjunto de los órganos de su cuerpo son universales, mientras que desde el punto de vista de la subjetividad domina la diferencia, cada individuo es diferente y la singularidad estará dada por su historia. La idea de un niño “normal” sólo se aplica a la evolución biológica, desde el punto de vista de su subjetividad no existe un niño normal, sólo existen formas complejas y diferentes de adaptación a su medio social, cultural y familiar en el cual se construye y desarrolla su historia. Por esto se hace necesario, en la investigación sobre la niñez, observar de manera conjunta al niño en su singularidad y su medio ambiente, geográfico, cultural y social, y la evolución y desarrollo de su cuerpo. Cuando hablamos de salud y salud mental debemos considerar siempre esta doble perspectiva. En el trabajo de Carla Villalta la autora enfatiza que la infancia ha sido, y de algún modo sigue siendo, pasible de ser tutelada, judicializada, encerrada, adaptada o apropiada. Los Estados han construido un aparato institucional bajo la idea de proteger la infancia vulnerable bajo dispositivos técnico burocráticos de protección de la infancia. Deja claro cómo los niños han sido tomados principalmente desde dos perspectivas: su comportamiento moral y la adaptación de su conducta a las normas disciplinarias de la sociedad. Aún persisten en las

instituciones del Estado, y más aún en las organizaciones de beneficencia dirigidas a los niños vulnerables (pobres, huérfanos, etcétera), las ideas de protección orientadas por la recuperación moral y la disciplina del comportamiento, que hacen visible la presencia del poder y la dominación. El niño tomado como “tabula rasa” es tratado como receptor pasivo de la moral “normal” y la conducta adaptada. Bajo estas concepciones se ignora que se trata siempre de una relación “entre” el niño y los adultos, en la cual el niño participa con tensión, conflicto, juegos de poder y dominación. Hace tiempo ya Foucault daba como ejemplo de las consecuencias de creer en un sujeto psíquicamente normal los conocidos test de inteligencia, en los cuales se evaluaba y medía los niveles de inteligencia. Si superaba los cien puntos su destino sería de intelectual, pero si medía por debajo de esa cifra su destino sería el de incapacidad o imbecilidad. La consecuencia fue la discriminación y estigmatización, pero peor aún, la construcción de un destino. El error epistemológico consiste en confundir la evolución biológica con la historia. Sobre esta confusión surgen especialistas diversos, expertos pedagogos, reeducadores, etcétera.

En línea con esta misma confusión, señala Beatriz Janin “Las múltiples determinaciones de la desatención, la hiperactividad y las conductas desafiantes de los niños devienen ‘trastornos opositoristas’, ‘desafiantes’, ‘el espectro autista’ o el ‘síndrome de Asperger’. Las consecuencias performativas de estos diagnósticos, que también generan destinos de los que se ocuparán nuevos especialistas, son evidentes. Observa esta autora cómo la ausencia de palabras en estos niños hiperactivos, desatentos o inquietos, en un contexto familiar y social que justamente desplaza las palabras y la conversación hacia la imagen (TV, teléfonos móviles, etcétera), rotas la relación entre estados emocionales o afectivos y su representación por la palabra.

La inclusión del eje de los derechos humanos en los diferentes trabajos, especialmente en el de Sandra Gerlero y Cecilia Augsburguer, valoran el reconocimiento por los Estados del niño como sujeto con derechos, al cual entienden como central para el cambio de las políticas tutelares de protección de la niñez. Señalan acertadamente cómo este giro de lo tutelar al reconocimiento de derechos permite reconocer a niños y adolescentes no sólo como individuos biológicos sino también reconocer un sujeto con derecho a la palabra propia, lo cual conlleva en su relación con los adultos, especialmente en la familia, a un cambio ético en los comportamientos hacia los niños y adolescentes. Es función de los Estados la protección del derecho a la salud, al mismo tiempo que extiende la protección a la

singularidad de todo niño en su vida psíquica. Las políticas neoliberales, o conservadoras, desarrollan diferentes estrategias culturales para integrar a los niños y niñas al mercado, esto es, a la economía y el consumo, política que debemos enfrentar en tanto se opone justamente a lo establecido por la Convención de Derechos del Niño de integrar al niño como sujeto de derechos a la sociedad. La medicalización de la infancia, ampliamente denunciada, forma parte de esta puja entre mercado y sociedad. Crecientemente la problemática de los derechos de los niños y adolescentes, las políticas públicas en salud y salud mental, están llevando a una reformulación de las instituciones tutelares, lo cual posibilita avanzar en la creación de dispositivos de atención en el contexto amplio y complejo de protección de la salud, integración social, y protección cultural, alumbrando una ética de respeto a la dignidad personal de cada niño y niña.

El libro, en el conjunto de los artículos e informes de investigación, abre el ingreso de la vida psíquica, biológica, social y cultural del niño a la investigación académica, su punto de partida consiste en situar la problemática de la niñez y la adolescencia en los contextos reales de la existencia. Fundamenta su enfoque desde una perspectiva crítica, revisando en cada capítulo la complejidad de la existencia del niño, analizando la percepción de la niñez y adolescencia en sus dimensiones psíquicas, biológicas, culturales y sociales. A esta perspectiva suma en algunos de los trabajos la situación jurídica de la niñez y adolescencia, las políticas que se implementan, los modos de cuidado y protección, sin descuidar los obstáculos que presenta la economía de mercado, bajo el intento de integrarlos a la cultura del consumo, especialmente la promovida por la industria farmacéutica.

Como señalé al comienzo, el estudio de la niñez y adolescencia tiene el valor adicional de abrir al análisis crítico de la reproducción social, por esa vía nos lleva a profundizar sobre los ejes de la transformación social; esto es, comprender esta nueva estrategia cultural de producir sujetos aptos para los objetivos de las políticas neoliberales de mercado. Entre las estrategias utilizadas para este objetivo dos son las más relevantes: actuar sobre la producción subjetiva, con fuerte respaldo de las nuevas tecnologías de la comunicación, a través del entretenimiento y a través de los psicotrópicos que afectan la conciencia. Los procesos de subjetivación requieren siempre un “entre” dos o más individuos, los niños interactuando con otros niños y la relación con los adultos de su entorno. El éxito de la política neoliberal y la globalización de la economía necesitan de la construcción de un nuevo sujeto, no autónomo sino aislado de lo social. El repetidamente llamado

“individualismo” consiste justamente en la producción de sujetos bajo la ilusión de autonomía y reemplazar los vínculos cuerpo a cuerpo y cara a cara por la intermediación de aparatos que nos conectan con los otros. Es frecuente observar a niños y niñas de pocos años utilizando teléfonos celulares para interactuar de manera virtual con otros niños o niñas, o utilizar estos aparatos para jugar también de manera virtual. Se sustituye la interacción real por la conexión virtual. Solamente moviendo los dedos puedo intercambiar palabras con los otros, o puedo jugar a hacer aparecer o eliminar a los otros en el videojuego. Estos cambios en la experiencia precoz de la alteridad tiene lógicamente consecuencias sobre la subjetividad del niño, la ausencia del cuerpo y el rostro del otro modifican las emociones y los afectos que surgen en la relación, y es observable cómo estos niños adictos a utilizar estos medios de relación puramente virtual suelen tener dificultades cuando deben entablar relaciones con otros, niños o adultos, con cuerpo presente y capacidad de responder con la palabra, los gestos, o la actividad. Claro, en los juegos e intercambios virtuales el otro no existe y, por lo tanto, como lo manejo yo mismo no debo temer o inquietarme por la presencia del otro, niño o adulto. Al no estar de cuerpo presente no podrá reaccionar a mis gestos o palabras.

La industria del entretenimiento y el comercio de psicotrópicos, legales o supuestamente ilegales, han conquistado los primeros lugares de la renta global. Este desvanecimiento del otro en la experiencia social es condición de los nuevos malestares y sus síntomas en la vida psíquica. El objetivo de la integración social como elemento central de la construcción de lo social en el niño, en la cual depositamos los mayores esfuerzos quienes trabajamos por el cuidado o la recuperación de la salud mental, se ven fuertemente obstaculizados. Mientras trabajamos por facilitar la integración social como condición para la salud mental, estas políticas trabajan para producir sujetos que, bajo la ilusión de autonomía y la creencia en el valor del mérito personal, encuentren en el consumo la gratificación, o la felicidad de jugar sólo consigo mismo.

La lectura del libro abre a variados interrogantes sobre la situación de la niñez y la adolescencia, uno de sus méritos centrales es justamente generar la inquietud por los nuevos parámetros en la producción de subjetividad y su correlato en la cultura.

Palabras de apertura

Pablo Vommaro

Pensar las palabras de apertura de un libro constituye siempre un desafío y una invitación. Compartir algunas líneas que, fieles al cometido que declaran desde el título, abran al pensamiento colectivo, interpelen, conviden, provoquen.

En este caso el desafío es doble ya que se trata de un libro que recoge las presentaciones y las investigaciones compartidas en el *Primer Encuentro de Investigaciones en Salud Mental y Derechos Humanos en las Infancias y Adolescencias*, del que participé. Agradezco a las compiladoras de este trabajo el hacer posible que esté presente en estas páginas, y a las autoras y autores de los capítulos por compartir sus investigaciones.

Abordar las relaciones entre salud mental, derechos humanos, infancias y adolescencias en la Argentina actual conlleva dar cuenta de múltiples procesos vinculados con las desigualdades sociales, las diversidades y las resistencias.

Según diversos indicadores, hoy América Latina es el subcontinente más desigual del mundo. Y estas desigualdades son cada vez más multidimensionales. No alcanza con abordar las vinculadas con aspectos socio-económicos, de ingresos, fiscales o de posición en la estructura social. Es necesario avanzar hacia la incorporación de las desigualdades de género, las vinculadas con sexualidades e identidades no hegemónicas, las de raza y grupo étnico, de religión, las territoriales, las generacionales, las relacionadas con las migraciones, la justicia, con la cultura, la educación, el trabajo. Esta multidimensionalidad de las desigualdades sociales nos acerca a un abordaje interseccional de las mismas, poniendo de relieve, además de la dimensión generacional, la de género y diversidades sexuales, la territorial y la de clase. En la trama de estas cuatro dimensiones se configuran gran parte de las condiciones de vida desiguales de las infancias, las adolescencias y las juventudes en la Argentina actual.

Pensar las desigualdades en esta multidimensionalidad implica también visibilizar una situación en la cual muchos indicadores mejoran, pero las desigualdades sociales persisten. Es decir, podemos analizar que en las últimas dos décadas se produjo un proceso de paulatina ampliación de derechos

y de creciente consideración de las diversidades sociales en la Argentina y en América Latina. Esta dinámica de incorporación de derechos y de reconocimiento de las diversidades involucró especialmente a las y los jóvenes, que muchas veces fueron las y los principales beneficiarios de estos nuevos derechos y también los protagonistas de las luchas para lograrlos. Así, las denominadas tercera y cuarta generación de derechos humanos se profundizaron y ampliaron en la región e incorporaron los de diversas minorías (étnicas y sexuales entre las principales) y algunos vinculados al medio ambiente y los recursos naturales, traduciendo movilizaciones y anhelos sociales en objetos de derecho y políticas públicas. Desde ya, este ensanchamiento en el campo de los derechos, de lo que es legítimo exigir y garantizar, dejó diversas dimensiones pendientes, siendo la de los derechos de las mujeres la más acuciante en el caso argentino.

Este doble proceso de ampliación de derechos y persistencia de las desigualdades fue interpretado por varios autores en clave de tendencias contrapuestas, paradójicas y ambivalencias. Nuestro acercamiento destaca además las dimensiones relacional y situada, fundamentales para pensar las desigualdades contemporáneas.

Las desigualdades múltiples configuran condiciones de vida precarizadas para las infancias, adolescencias y juventudes que las experimentan¹. Estas vidas degradadas se entraman con dispositivos sociales de estigmatización (desacreditación de modos de vida, aniquilamiento subjetivo e identitario), segregación (separación y confinamiento espacial, ciertos trayectos y recorridos consagrados y otros sancionados) y criminalización (que habilitan el aniquilamiento físico, el encierro y la persecución contra ciertas formas de existencia infantil y juvenil).

Enunciar las infancias, adolescencias y juventudes en plural implica incorporar la multiplicidad del término y asumir las diversidades como marca epocal, generacional. Es decir, pensar las diversidades en términos de producción de la diferencia, de potencia y capacidad, y no como fragmentación o vulnerabilidad.

¹ Según estadísticas públicas de 2018, en la Argentina un 48,1% de los niños, las niñas, las y los adolescentes pueden ser considerados pobres, porcentaje que se eleva al 54,2% en la provincia de Buenos Aires. De ellos, un 17,6% tiene problemas de alimentación y un 8,5% pasó hambre en algún momento de su vida. Asimismo, entre el decil más pobre de la población el 7,2% son mujeres y el 2,8% son varones, mientras que en el decil más rico, el 3,7% son mujeres y el 6,3% son varones.

Estas diversidades que configuran los modos de ser, estar y presentarse de infancias y juventudes, los modos de producir y producirse, son muchas veces negadas, invisibilizadas, censuradas o criminalizadas. Se abre así un camino de análisis que invita a profundizar en las dinámicas entre desigualdades y diversidades, entre igualdad y diferencia. ¿Es posible construir una igualdad que no sea unívoca ni homogeneizadora? ¿Una igualdad pensada desde la diferencia?

Parte de las respuestas a estos interrogantes se alimentan de las posibilidades de que el reconocimiento de las diversidades no legitime o naturalice las desigualdades; así como también de la posibilidad de desentrañar y contrarrestar las dinámicas de producción y reproducción de las desigualdades sociales.

En esta coyuntura de diversidades y desigualdades que signan las vidas de las infancias, adolescencias y juventudes argentinas y latinoamericanas en la actualidad se producen distintas experiencias de politización que, gestadas muchas veces en ámbitos cotidianos y articulando esferas culturales, artísticas, estéticas, comunicativas, políticas y sociales, ocupan espacios públicos y disputan territorios y sentidos. Estos procesos de resistencia expresan emergencias, innovaciones y creaciones protagonizados por niñas y niños (u organizaciones que trabajan con ellos) y por diversos colectivos y grupalidades juveniles.

Asimismo, expresan posibilidades políticas de establecimiento de relaciones generacionales e intergeneracionales, a la vez que tienden puentes entre las movilizaciones de estos grupos y las de otros movimientos y expresiones sociales colectivas más o menos instituidas. Así, sostenemos que estas movilizaciones superan ampliamente los límites sectoriales (y aun los generacionales) para convertirse en procesos que dinamizan diversas luchas sociales más amplias y expresan impugnaciones al sistema y las lógicas dominantes.

Parte de estas resistencias e innovaciones está signada por lo que podemos denominar las disputas por lo público. Es decir, un proceso de conflictividad que disputa el uso, la apropiación y la producción de lo público, tanto en lo relacionado a los espacios y territorios como a los sentidos de la educación pública, de la salud y de la puesta en producción de los recursos naturales.

Entonces, la ampliación de derechos empujada por los movimientos y asociaciones, la asunción de las diversidades como constitutivas de las juven-

tudes contemporáneas y una política que se configura generacionalmente en una situación atravesada por desigualdades multidimensionales, conforman una trama que define muchos de los rasgos de las vidas infantiles, adolescentes y juveniles en la Argentina de los últimos años.

Por último, y retomando las palabras iniciales de este texto, considero importante destacar algunos rasgos del encuentro *Salud Mental y Derechos Humanos en las Infancias y Adolescencias*, que da origen a este libro. En primer lugar, organizarlo desde la Universidad pública como una muestra de compromiso e incidencia, una apuesta a un espacio de conocimiento que se propone crear comunidad, reconocer los ámbitos colectivos de investigación y de intervención, trabajando con y desde los sujetos más que sobre ellos. En segundo término, mostrar que es posible hacer ciencia rigurosa, de calidad, que a la vez comprenda e interprete el mundo para transformarlo. Una ciencia vital, dinámica y desafiante. En tercer término, el Encuentro es una expresión de la ciencia pública y la ciencia abierta. Ciencia comprometida con lo público, con su ampliación y defensa. Un conocimiento que se propone abierto, democrático, colaborativo. Que reconoce saberes y se enuncia desde el diálogo y la participación. Que busca construir lo común desde la diversidad.

Las y los dejo con este libro entonces, seguro que los textos aquí incluidos nos interpelarán de modos diversos y singulares para seguir trabajando por más derechos, más igualdades, más espacios, más escuchas y mejores condiciones de vida para las infancias, las adolescencias y las juventudes de la Argentina y de América Latina.

Apartado I

Presentaciones en paneles centrales

Experiencias de investigación y producción de subjetividad. Perspectivas y desafíos en las infancias y adolescencias

Las presentaciones que tuvieron lugar en los Paneles Centrales abordaron diversas temáticas, como las complejas relaciones entre la investigación académica y la intervención política, la posibilidad de concebir a la infancia y sus modos de gestión como un analizador de lo político y lo estatal, los supuestos trastornos con que se cataloga a la población infantil y el proceso de medicalización que recae sobre la misma, y el diálogo entre el campo de los derechos humanos y el psicoanálisis.

Las investigaciones en infancia y algunos desafíos para la política y la intervención

Valeria Llobet

Quienes investigamos en temas vinculados con los derechos y las condiciones de vida de niños y jóvenes nos vemos frecuentemente en la necesidad de dar cuenta, de hacernos responsables, de nuestras posiciones teórico-políticas y éticas, y muchas veces esto se traduce en la necesidad de especificar cómo nuestras investigaciones serían útiles para la intervención social. Quisiera colocar, de partida, algunas preguntas sobre este primer aspecto de mi intervención, la producción y circulación de las investigaciones en infancia, para luego avanzar sobre otras cuestiones.

Claudia Fonseca instaló, a partir de su exploración de largo aliento en la Fundação Estadual para o Bem Estar do Menor, de Brasil, una reflexión sobre este punto, vinculada especialmente con las relaciones de poder-saber en el campo (Fonseca y Cardarello, 2005). Esto es, la producción de conocimiento sobre estos temas implica un debate político y ético sobre el conocimiento académico y el conocimiento práctico, sobre las formas diferenciadas en que ambos construyen su legitimidad y se reconstruyen uno a otro. Ya sea desde la supuesta “torre de marfil” del investigador o desde el “barro” de quienes trabajan en la intervención, las descalificaciones del saber académico por suponerlo “de escritorio”, las expectativas sobre una resolución técnica –y neutra– para problemas complejos, o las miradas desde cierto desprecio sobre el conocimiento práctico, son posiciones equívocas. Quiero entonces desestabilizar este punto de partida sobre las relaciones investigación académica-intervención/política que formula preguntas del tipo de ¿qué “traducciones” requiere el conocimiento académico para ser “útil” a la práctica? Esta idea, relativamente aceptada pero no necesariamente certera, coloca los conflictos en un lugar más vale errado. El contexto de emergencia de las críticas y de las demandas de “usabilidad inmediata”, de relevancia práctica, del conocimiento científico, se vincula con políticas y economías del conocimiento que dirigen el financiamiento científico, su monto y sus prioridades, y contribuyen a deslegitimar en general a la universidad y las instituciones públicas como inútiles rémoras de un pasado lejano.

Voy a señalar tres aspectos por los cuales creo que “el conflicto está en otra parte”. La primera, que las trayectorias de los que trabajamos en esta gran área, en la que se cruzan derechos, políticas, infancia y juventud, son trayectorias anfibia. La segunda, que no recuerdo programa o proyecto de inclusión juvenil o laboral que, por ejemplo, no haya hecho referencia, como marco conceptual, al trabajo de Robert Castel *Las metamorfosis de la cuestión social* (1995), o programa de tratamiento penal juvenil que no refiera a *Vigilar y castigar*, de Michel Foucault (2002). Y ninguno de estos trabajos puede pensarse como un informe técnico, para poner en el centro el tipo de “texto” que se supone apropiado para concretar el vínculo entre necesidades sociales y saber académico.

En tercer lugar, y creo que este sí es el nudo de la “política epistemológica”, para tomar de manera muy libre el planteo de Chandra Mohanty (1988), las formas en que construimos las preguntas y el saber académico tienen impacto político, porque son en sí mismas políticas. Esto es, las categorías que organizan el discurso académico, las preguntas que se formulan y las preguntas que se omiten, muchas veces sobre todo las que se omiten, llevan implícita una estructura de poder. El tipo de sujeto que damos por supuesto, el tipo de agencia que privilegiamos irreflexivamente, surgen del pensamiento hegemónico, del sentido común, y, por lo tanto, reproducen el orden social. Así, nuestros saberes, ya sea prácticos o académicos, que hagan parte de la intervención social o de la investigación social, más complejos y abstractos, o empíricos, no acarrearán posibilidades transformadoras. No contribuirán a la comprensión de las dinámicas más finas de producción del mundo social.

Incluso expresan una distribución geográfica de ese poder, entre centro/periferia, norte/sur, primer mundo/tercer mundo, que recorta los lugares de producción y reproducción del conocimiento. Así, por ejemplo, las particulares experiencias de niños y niñas del conurbano bonaerense, por poner un ejemplo, van a tener menos posibilidades de ser representadas como “lo infantil”, debido a las condiciones de producción del conocimiento sobre la infancia.

De modo que quisiera abordar cuatro cuestiones que me parece que deberíamos tener en mente al pensar la investigación en infancia, si nos preocupamos por esta dimensión política del “marco teórico”.

La primera cuestión a colocar es una problematización de la *infancia* o los *niños* como categorías naturales de investigación o intervención. Steven Mintz (2008) señaló que la edad es una categoría central en el ordenamiento burocrático, y por ello es también una herramienta de administración.

La edad es sobre todo apta para naturalizar una forma de distribución del poder. La arbitrariedad de este ordenamiento atado a la edad tiene ímpetus clasificatorios y de control social. Reproducir sin más en nuestras investigaciones las categorías normativas o institucionales, tendencia mucho más extendida de lo que quisiera admitir, es un grave problema.

Por su parte, la mirada sobre la infancia es una mirada que condensa afectos: pena, horror, conmiseración. Esos afectos, desde el punto de vista que quiero colocar aquí, transforman al niño espectacularizable, imagen del dolor puro y la inocencia mancillada, en un potencial operador afectivo de la despolitización: manipulamos con los afectos. El horror moral frente al sufrimiento infantil está muchas veces en lugar de la indignación por la injusticia social. A su vez, convoca al *altruismo filantrópico* como la más comprometida posición frente a los niños, y volvemos a fundar, más de cien años después, nuevas organizaciones de “salvemos a los niños”, con toda su carga mesiánica. En esta institucionalización moralista del sufrimiento infantil, la re-politización de los niños, su colocación como “objetos de intervención”, se hace al precio de minorizar a sus madres y padres.

Quisiera también señalar el riesgo del uso finalístico de la idea de infancia como construcción histórica, esa que afirma que el presente es el mejor momento para los niños. Lloyd de Mause (1974) se horrorizaba al mirar la historia de la infancia, a la que nombraba como “la larga pesadilla de la que comenzamos a despertar”. Ello significaría que vamos “progresando”. Las culturas y formas sociales “atrasadas” “van llegando”, “deberán llegar” a la idea moderna de infancia. Este uso finalístico contribuye a naturalizar “objetivos deseables”, privilegia un sentido moral y valida la idea del “desarrollo” sin más. Hemos logrado erradicar el positivismo de muchas áreas del saber, más no de la mirada hacia lo infantil.

Esto es: lo infantil es una zona fangosa, movilizadora de moralidades, afectos y sensibilidades de eficacia política. La administración de la infancia es un sitio crucial donde se juega la tensión entre reproducción y transformación social. Conjuga las dimensiones pedagógicas y represivas del Estado. En función de ello, deberíamos pensar qué de nuestras propias posiciones afectivas, morales y políticas operan como obstáculos epistemológicos. En especial, creo que este es un productivo lugar para el saber *psi*. Mucho más que como guía de la intervención sobre el sujeto, el saber *psi* puede ser profundamente crítico en la reflexividad y en la comprensión de la implicación del investigador o el trabajador.

La segunda cuestión a colocar es el tratamiento de las relaciones entre sujeto, condiciones materiales de vida y tiempo histórico. Considerar al *niño* como pre-existente a las relaciones sociales de edad, género, clase, raza, en las que la *infancia* es producida, extrae a los niños de sus condiciones de existencia, suspende la reflexión sobre la micro política de la vida cotidiana y traduce las condiciones materiales de vida como mero “contexto”. A la vez, produce una categoría universal, *la infancia*, frente a la cual las particularidades resultan o bien invisibilizadas o bien tratadas como problemáticas. De ese modo, las experiencias de niños de sectores populares o de minorías étnicas o de identidades sexuales no heteronormativas, son pensadas como menos infantiles que otras, que se ubican como las infancias normales, ideales, modélicas. Como sujetos “menos subjetivados”, como señalaba un famoso trabajo de dos investigadoras locales.

Es necesario, así, que en nuestras preguntas de investigación y en la formulación de nuestros objetos no demos por sentado al *niño*. Que la infancia sea una categoría social e histórica implica repensar los modos en que los “niños” son producidos. Ello incluye reflexionar sobre el papel de los saberes psi como un tipo de tecnología que produce “niños”. Requiere también de un análisis cuidadoso, local y políticamente enfocado que preste atención a las maneras en que las categorías de infancia se construyen en una variedad de contextos que frecuentemente existen de forma simultánea y yuxtapuesta (escuela, familia, barrio, etcétera).

La tercera cuestión tiene que ver con los desafíos que colocan los derechos de niños y niñas como marco ético y político para la investigación y la intervención. La preeminencia de la Convención de Derechos del Niño como discurso universal sobre la infancia, permitió enunciar demandas y politizar áreas de la vida que se consideraban como “neutras”, la más notable, la relación entre padres e hijos y la estructura familiar patriarcal. Pero también, a partir de sus modos de institucionalización –que reconducen su potencia al mero ordenamiento de la vida familiar– el marco de derechos permite reinscribir el control social a las mujeres de sectores populares a partir de establecer como clave de lectura del principio del “interés superior del niño”, una suerte de sospecha general sobre madres y padres. Esto es de lo que hay que proteger a niños y niñas, es de sus propios padres.

A su vez, construye las nociones de *voz*, *agencia*, *participación* de los niños como una especie de santo grial. Esto es, objetivos buscados y anhelados por la intervención, a la vez que elusivos. La voz puede reducirse a las

enunciaciones audibles por las intervenciones, y la agencia puede limitarse a aquellos comportamientos validados por las instituciones. En general, la relación entre voz, agencia y derechos de los niños plantea una serie de desafíos que tienen que ver con el reconocimiento de que la voz es necesariamente dialógica (Bajtín, 1982), es producida en el contexto de la intervención, y que la agencia implica un proyecto político que puede implicar el trastocamiento del orden institucional.

El cuarto punto, y en estrecha relación con lo anterior, quisiera colocar un debate sobre la representación de los intereses de los actores, vinculado con las nociones de visibilización y las necesidades infantiles. Por un lado, Nancy Fraser (1987) señaló que las necesidades son en realidad interpretaciones sobre necesidades, decisiones sobre lo que va a ser considerado un problema de orden social, sobre las maneras de resolverlo y sobre los marcos legítimos para demandar. Por ejemplo, ¿es el cuidado un problema de desarrollo de los niños o un problema de las mujeres trabajadoras?, ¿se resuelve con guarderías con horario extendido para que las mujeres trabajadoras puedan dejar en ellas a los niños?, ¿se resuelve con centros de desarrollo infantil que requieren de las madres que asistan a talleres donde aprendan a criar y estimular a sus hijos?

Por otro lado, Martin Woodhead (2015) señaló que las “necesidades infantiles” son un dispositivo de poder entre técnicos y familias, en particular madres. Basta ir una vez al pediatra para notarlo. Podemos ver un uso especialmente perverso de esto en la atribución de intencionalidad a los embriones y de representación de su voz y necesidades en el discurso antiderechos. En tercer lugar, sabemos que la crianza de los niños es un escenario central para disciplinar, moralizar, civilizar a sus madres, y en este punto, como mujeres trabajadoras, tenemos que revisar estos mismos procesos en nosotras, sobre todo considerando que la mayoría de las académicas trabajando en infancia somos mujeres.

En suma, por un lado, necesitamos revisar cuánto de estas aspiraciones de control se cuele en nuestras perspectivas, y hasta qué punto las aspiraciones emancipatorias no nos terminan colocando en el indeseable lugar de una nueva vanguardia iluminada y sensible que va a mostrar a “las gentes del pueblo” sus condiciones de subordinación. Esto es, tenemos el desafío de evitar cuidadosamente la espectacularización del dolor ajeno sin perder la relación sensible con la desigualdad y la dominación.

Bibliografía citada

- Bajtín, M. (1982). *Estética de la creación verbal*. México: Siglo XXI.
- Castel, R. (1995). *Las metamorfosis de la cuestión social. Una crónica del salariado*. Buenos Aires: Paidós.
- De Mause, L. (1991). *Historia de la infancia*. Madrid: Alianza.
- Fonseca, C. y A. Cardarello (2005). “Derechos de los más y menos humanos”, en S. Tiscornia y M. V. Pita (eds.) *Derechos humanos, tribunales y policías en Argentina y Brasil*. Estudios de Antropología Jurídica. Buenos Aires: Antropofagia.
- Foucault, M. (2002) *Vigilar y castigar: nacimiento de la prisión*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Fraser, N. (1987). “Women, Welfare and the politics of Need Interpretation”. *Hypatia*, 2, 1, 103-121.
- Mintz, S. (2008). “Reflections On Age As A Category Of Historical Analysis”. *Journal of the History of Childhood and Youth*, 1, 1, 91-94.
- Mohanty Ch. (1988). “Bajo los ojos de Occidente: academia feminista y discursos coloniales”. *Feminist Review*, 30, otoño.
- Woodhead, M. (2015). “Psychology and the cultural construction of children’s needs”, en A. James y A. Prout (eds) *Constructing and Reconstructing Childhood. Contemporary issues in the sociological study of childhood*. Londres: Routledge.

La administración de la infancia y sus familias: un analizador de lo político y lo estatal

Carla Villalta

En este artículo mi interés es describir y reflexionar sobre algunas de las características más salientes de la perspectiva analítica y del enfoque teórico-metodológico de las investigaciones que he realizado en el marco del Equipo de Antropología Política y Jurídica. Estas investigaciones, así como el diálogo e intercambio con las otras investigadoras que conforman el Equipo, me han llevado a desarrollar una línea de indagación específica relativa a los dispositivos jurídico-burocráticos diseñados para intervenir sobre un determinado sector de la infancia y sus familias. Esto es, sobre aquellos niños y niñas que fueron esencialmente definidos por la carencia, y que ya fuera en su doble faz de “infancia en peligro” o “infancia peligrosa”, tal como hace tiempo postulara Jacques Donzelot (1990), conformaron en consecuencia aquel sector de la infancia que fue y es pasible de ser tutelado, judicializado, encerrado, adoptado o apropiado.

Estos diversos dispositivos, sobre los que versan las investigaciones que hemos venido realizando (Villalta, 2010, 2012, 2013; Villalta y Martínez, 2016), se componen de figuras legales, artefactos jurídicos y específicos procedimientos que, entre otras cosas, son instrumentados para dotar de “responsables” a los niños y niñas, para asegurarles un medio de formación adecuado, o para inscribirlos en un linaje. Y en tanto tales, se conforman a partir de categorías, saberes prácticos y discursos científicos a través de los cuales se intentan delimitar y establecer tanto sus “necesidades” (Fraser, 1991; Llobet, 2011) como los “peligros” a los que esos niños y niñas se exponen o pueden exponerse (Grinberg, 2010; Douglas, 1973).

Estos peligros, actuales o potenciales, han sido englobados históricamente en categorías tales como *abandono*, *maltrato*, *negligencia* o simplemente *riesgo*, y se han convertido, así, en el quehacer institucional en potentes categorías clasificatorias (Bourdieu, 1999) y performáticas (Sahlins, 1997). Ello porque, como es posible observar en las dinámicas de intervención de las distintas instituciones, agentes y organismos que despliegan acciones sobre ese sector de la infancia, esas categorías han sido las que contribuyeron a crear un campo institucional que posee –pues lo ha construido

como tal— su propio objeto de intervención, y además han habilitado y habilitan la actuación de distintos agentes y organismos que extraen su legitimidad del compromiso moral de proteger a quienes no pueden hacerlo por sí solos (Vianna, 2010). De allí el fuerte componente tutelar en estas intervenciones. Un componente que no se refiere tan sólo al ejercicio de aplicación de una u otra normativa, ni que es sinónimo de “patronato” versus “protección integral” o “enfoque de derechos”, como habitual y marcadamente quedan expuestos los conflictos de interpretación en este campo institucional¹, sino que se refiere principalmente a un modo peculiar de ejercicio del poder que se despliega en el marco de relaciones asimétricas, basadas tanto en la edad, como también y fundamentalmente en la clase, en el clivaje étnico y en el género. Ello ha dado lugar a un modo de gestión de poblaciones y de sujetos que se basa en la creencia, o bien en el presupuesto, de que “el superior” —quien situacionalmente detenta esa posición social— siempre sabe lo que es bueno para el inferior (Da Matta, 1988). Por eso lo tutela, lo protege, y de algún modo “completa” lo que de “incompletud” tiene, suple su “falta de razón” y de capacidad. Por ello, es un modo de gestión que, en su mismo ejercicio, produce el sujeto sobre el que se aplicará. Y esta producción de un tipo de sujeto en tanto “desamparado”, “falto de asistencia”, “víctima”, con sus “derechos vulnerados”, o “adaptable” es condición para que ese tipo de poder pueda desplegarse.

De este modo, en este trabajo mi propósito es dar cuenta de este enfoque, así como de la perspectiva antropológica que ejercité en mis investigaciones. Una perspectiva que tiene como método por excelencia al *extrañamiento*; esto es, la capacidad de interrogar algo *como si* fuese extraño, para

¹ Las relaciones interinstitucionales, los debates, las críticas y cuestionamientos así como los proyectos y expectativas de reforma o transformación de las prácticas que se suceden en este campo institucional han estado, desde hace más de una veintena de años, atravesados por un esquema dicotómico y en buena medida maniqueo que opone dos doctrinas construidas como antagónicas. Por un lado, el “paradigma de la situación irregular” exponente del “patronato” en referencia a la antigua Ley 10.903, de 1919, que marcó la historia del tratamiento de la minoridad en nuestro país; y por otro, el “paradigma de la protección integral” representado por la Convención de los Derechos del Niño (aprobada por la Asamblea de Naciones Unidas en 1989). Esta forma de expresar y representar los conflictos ha revertido en una suerte de “lógica de persecución del culpable” —como he desarrollado en otros trabajos (Villalta, 2013)— así como en una visión reduccionista y homogeneizante que no ha permitido comprender cabalmente las condiciones sociales y materiales que hacen posible que muchas de las criticadas prácticas e intervenciones continúen reproduciéndose.

de esa forma examinarlo desde una perspectiva distinta a la acostumbrada y así dotarlo de una nueva inteligibilidad que permita comprender y explicar sus razones. De allí que lo que caracteriza al oficio es un doble movimiento: el de “cotidianizar lo exótico”, y el de “exotizar lo cotidiano” (Lins Ribeiro, 2004). Un método que, además, se nutre de la perspectiva etnográfica que fundamentalmente consiste en realizar análisis centrados estratégicamente en la perspectiva de los actores (Geertz, 1997). En otras palabras, se trata de realizar análisis que tomen seriamente las afirmaciones de los actores sobre sus propias acciones, pero que también vayan más allá de lo hablado para aprehender cómo las personas hacen lo que hacen, de manera de poder construir conocimiento que nos permita –antes que enjuiciar y valorar– explicar, entender y comprender. Así, las preguntas de investigación no están tanto orientadas por el “quién” o el “por qué”, lo que llevaría sólo a detectar responsables o identificar causas, sino que principalmente se dirigen a indagar el “cómo”. De este modo, haciendo un uso creativo de muchas de las precauciones de método foucaultianas (Foucault, 1992) el propósito que guía la indagación es analizar cómo se despliegan determinados ejercicios de poder, y en consecuencia cómo aquellos que son su blanco se organizan, demandan, protestan, consienten o bien impugnan las acciones que se despliegan sobre ellos. Estos interrogantes y este enfoque teórico-metodológico son los que conducen a dar cuenta de procesos de producción de categorías y de sujetos, y también de tramas de relaciones sociales situadas históricamente.

Para dar cuenta de esta perspectiva, este artículo se organiza en tres partes. En cada una de ellas presento algunas de las dimensiones que he construido para analizar esos diversos dispositivos jurídico-burocráticos de protección a la infancia, así como las decisiones teórico-metodológicas que fui tomando a fin lograr problematizar las acciones institucionales que se despliegan y se han desplegado sobre la infancia pobre y sus familias. Decisiones que fundamentalmente estuvieron animadas por el propósito de evitar reificar a ese objeto (la niñez pobre, desamparada o con sus derechos vulnerados) y de reproducir esquemas conceptuales maniqueos. De tal manera, en primer término, daré cuenta de las razones por las que es posible sostener que la infancia y sus modos de gestión pueden ser construidos como un analizador de lo político y lo estatal. En estrecha vinculación con ello en segundo lugar me referiré a la importancia analítica que tienen los análisis de largo aliento para comprender las modalidades de gestión propias de este campo. Y, en tercer lugar, descri-

biré sucintamente algunas de las principales características que tiene la administración de la infancia y sus familias.

La infancia como analizador de lo político y lo estatal

Si algo caracteriza a los discursos sobre la infancia, tal como certeramente ha señalado Sandra Carli (2002), es su fuerte registro metafórico, en tanto desbordan la cuestión del niño como sujeto y se proyectan sobre las transformaciones de la sociedad como totalidad. En efecto, hablar de niños y niñas en términos de futuro y considerarlos ante todo como individuos en potencial, establecer qué es lo mejor para su formación y desarrollo, estipular quiénes y cómo deberían encargarse de su cuidado y protección, es hablar de proyectos políticos en tanto esos discursos proyectados al porvenir se encuentran atravesados por específicas nociones de orden social, de Estado y de familia.

De hecho, al analizar las características de los dispositivos discursivos e institucionales –ideas, saberes, organismos, medidas, procedimientos, especialistas– ideados para tratar con los niños y niñas podemos observar que estos, antes que ser respuestas automáticas o bien mecánicas a determinados “problemas” o “necesidades”, son resultado de procesos –que no fueron lineales, unívocos, consensuados, ni completos– por los cuales la infancia devino un objeto de preocupación pública, al propio tiempo que “lo público” estaba siendo construido. Por ello, la cuestión de la infancia también nos posibilita analizar cómo diferentes actores, desde posiciones ideológicas diversas y sustentando distintos intereses prácticos, participaron y participan en la construcción de “lo público” en nuestro país, y han dirimido y disputado qué corresponde al dominio de lo privado o lo íntimo, y por lo tanto debe ser sustraído a la mirada pública, y cuáles otros temas –o bien qué tipo de comportamientos o grupos de personas– se consideran pasibles del escrutinio estatal y de la intervención experta. A su vez, es sabido que en los países de nuestra región el Estado jugó un destacado papel como creador de distintas categorías de niños y niñas que alimentaron procesos de diferenciación social (alumnos, menores, hijos legítimos e ilegítimos). De tal manera, el análisis de la institucionalidad estatal es central para indagar la significación, los alcances y el tratamiento de la infancia como institución social, ya que a partir de la construcción de sistemas de clasificación –que homogeneizan y ordenan a la población, pero a la vez producen distintas asimetrías– y del recorte de unas “necesidades” que van

a ser consideradas “legítimas” sobre otras, podremos apreciar los contornos que, en distintos momentos históricos, le fueron atribuidos a la infancia, y cuáles fueron en consecuencia las conductas esperables y esperadas asignadas a esa etapa de la vida.

Además de ello, analizar las maneras en que determinados temas relacionados con la infancia fueron construidos como “problemas” que en tanto tales necesitaban de la intervención pública, nos permite advertir que en lugar de hablar de un Estado cual si fuera un elemento putativo socio-estructural que por sí mismo explicara por qué en determinado momento histórico esos temas y no otros pudieron ganar una visibilidad inusitada, deberíamos orientar nuestra mirada a los diferentes grupos e individuos que, en diferentes momentos socio-históricos, hicieron prevalecer sus posiciones respecto de determinados temas sobre los cuales se arrogaron distintas facultades de intervención.

De tal manera, la historia de la institucionalización de la infancia y de las categorías asociadas a ella nos permite observar cómo distintas elites sociales, políticas e ideológicas compitieron y disputaron, a lo largo de cambiantes coyunturas, por la instauración de sus posiciones y proyectos ideológicos. Estas elites pueden ser definidas, como lo hace Darío Melossi, como “elites morales” en tanto están constituidas por “individuos y grupos que, dentro de pautas dadas, tienen éxito en expresar las posiciones morales que eventualmente se transformarán en hegemónicas” (Melossi, 1992: 43). Además, resulta importante tener en cuenta que los esfuerzos de las denominadas “elites morales” para establecer sus posiciones no deben comprenderse tanto como resultado directo de un cambio objetivo en el contexto social, sino como fruto de transformaciones en su “contexto de percepción” y de la “interpretación moral que son capaces de ofrecer relativa a la coyuntura y lo que ella requiere” (Melossi, 1992: 38). Este tipo de análisis posibilita examinar cómo los actores que contribuyen con esa “problematización” (Foucault, 1994), están a la vez construyendo –y dirimiendo– su legitimidad en tanto únicos responsables para ocuparse del “problema”.

Desde esta perspectiva también es posible comprender que las categorías normalmente asociadas a la infancia pobre, como las de *abandono*, *riesgo*, *malos tratos*, *negligencia*, pero también *cuidado*, *protección*, *tutela* e incluso *derechos de los niños* no son una creación repentina y azarosa, sino que al contrario deben ser vistas como el resultado de perdurables elaboraciones intelectuales tendientes a organizar el conjunto de la vida social. Elabora-

ciones en las que participaron diferentes saberes, especialistas, disciplinas y expertos. Y aunque muchas veces esas categorías se expresen en términos legales o en términos “científicos”, descansan en el terreno de la política y la moral. En otras palabras, se trata de categorías que han sido y son objeto de disputa política, y que están tramadas en determinados valores morales. Es decir, en valores que permiten clasificar lo bueno y lo malo, lo normal y lo anormal, y que tienen una doble cualidad, tal como planteaba Émile Durkheim (1993) respecto de las reglas morales: no sólo poseen la característica de la obligación, sino también tienen la propiedad de impulsar positivamente a los individuos a ajustarse a sus prescripciones.

En este sentido, tomar a la infancia como un analizador nos permite complejizar nuestra mirada respecto de los procesos por los cuales determinados temas se institucionalizaron como problemas sociales, y también desplazarnos de una visión estadocéntrica o maquinica del estado para ver cómo en esos mismos procesos en los que una diversidad de actores compiten para establecer sus posiciones, el Estado se constituye como tal.²

Ello nos permite entonces complejizar y deshomogeneizar la idea de Estado. El Estado no es una “cosa” homogénea, sino un conjunto de campos administrativos o burocráticos más o menos conectados, heterogéneos y contradictorios, con fronteras porosas; esto es, que no son nítidas ni precisas, ya que actúan en interrelación con otros actores, muchos de los cuales no tienen una cualidad propiamente estatal. Por eso, en lugar de partir de una definición preconstituida del Estado, es más fructífero pensar en un campo de lo estatal y conceptualizar al Estado como una o varias arenas de disputas en la que distintos agentes, grupos, organizaciones (gubernamentales y no gubernamentales) compiten, luchan por esa forma peculiar de autoridad. Un

2 En este sentido, Oscar Oszlak y Guillermo O’Donnell, en su estudio de las políticas estatales, sostienen que es posible comprender la dinámica de las transformaciones sociales siguiendo “la trayectoria de una cuestión a partir de su surgimiento, desarrollo y eventual resolución” (Oszlak y O’Donnell, 1982: 87). Este proceso social se vuelve, para los autores, un privilegiado objeto de análisis para profundizar más sobre el conocimiento del Estado y la sociedad latinoamericanos. La trayectoria de las cuestiones abarca desde la *problematización* hasta su *resolución* (que no remite necesariamente a que sea solucionada). Durante este proceso diversos actores involucrados, afectados positiva o negativamente, por la emergencia y el desarrollo de la cuestión toman posición frente a la misma, y estas acciones son las que “tienden a modificar el mapa de relaciones sociales y el universo de problemas que son objeto de consideración en la arena política de un momento determinado” (Oszlak y O’Donnell 1982: 88).

campo que, como tal, también está atravesado por asimetrías, jerarquías y estatus diferentes y diferenciados; esto es, por relaciones de fuerza y de poder en su interior. Ello permite dar cuenta de que el Estado tampoco permanece en su composición interna, alcances y orientaciones, idéntico a sí mismo a lo largo de la historia, sino que antes bien asume y ha asumido distintas formas que son derivaciones y resultantes de luchas sociales, del activismo de diversos actores, y que presenta diversas caras que pueden aparecer muy diferentemente dependiendo del lugar social desde el que se viven, en tanto si los sectores sociales más privilegiados suelen toparse con pocas caras del Estado habitualmente amistosas, los grupos subalternos y/o excluidos lo suelen hacer con sus caras más hostiles (O'Donnell, 2008).³

Recapitulando, entonces, la cuestión de la infancia y de los debates en torno a ella, tanto pueden ser un analizador de la cultura política, como de la institucionalidad estatal que a partir de producir específicas formas de nominar, clasificar y definir, “crea” sujetos inteligibles. Ahora bien, para ello y para comprender el carácter productivo de esos dispositivos jurídico-burocráticos es preciso inscribirlos en su historicidad.

La perdurabilidad de esquemas de interpretación

La infancia y su protección, es sabido, han sido categorías indisolublemente ligadas desde el mismo momento en que la primera fuera “descubierta” (Ariès, 1987; Gélis, 2001). Afirmar la larga duración de estas categorías no implica, sin embargo, sostener que se hayan mantenido iguales a sí mismas durante el transcurso de los siglos, muy por el contrario, invita a pensar en las formas en que una y otra han sido dotadas de diferentes significados en tan distintos momentos históricos. En otras palabras, esta cuestión nos conduce a tener en cuenta que tanto la *infancia* como su *protección* son construcciones sociales, dinámicas y variables culturalmente. Además, son categorías eminentemente políticas en tanto remiten, por una parte, a sistemas clasificatorios de edades, a partir de los cuales se imponen divisiones del mundo social; y por otro, remiten a valores en torno a qué es concebible y/o adecuado para quienes integran esa categoría y para quienes son imaginados como los responsables de su cuidado y educación (Colangelo, 2005).

3 Por ello, O'Donnell (2008) plantea que no sólo deberíamos preguntarnos qué es el Estado sino también para qué y para quiénes lo es o debería serlo.

Entonces, si la protección de la infancia es un tópico al que se ha aludido desde el momento mismo de su “invención”, es preciso tener en cuenta que las formas de intervención social a las que dio lugar esa noción se han visto frecuentemente atravesadas por distintas disputas en torno a su legitimidad, a las formas que asumiría esa protección, así como respecto de quiénes serían los agentes privilegiados para hacerla efectiva.

Ello condujo a la instrumentación de distintos dispositivos y mecanismos que –preciso es recordarlo– al menos desde principios del siglo XX estuvieron guiados por el lema del “bienestar de la infancia”. Bajo este lema, se crearon diferentes instituciones y organismos –tales como juzgados de menores, defensorías, institutos y hogares, políticas y arreglos de provisión social–, se idearon e implementaron diferentes medidas y tratamientos, se expandieron y consolidaron una serie de saberes sobre el niño, y surgieron especialistas y expertos, a la vez que nuevos y distintos “problemas” fueron contruidos. A partir de estos saberes se instauraron también una serie de límites conceptuales, y se fue naturalizando una determinada idea de niño. Naturalización de una concepción de niño (y de niña) que trajo aparejada, o mejor dicho, que se fue afianzando junto con una determinada idea de familia o bien un modelo familiar para albergarlo, contenerlo, educarlo.

Así entonces, al analizar estos temas desde la perspectiva de la larga duración es posible advertir que, más allá de los cambios y variaciones contextuales, existe una marcada perdurabilidad de nociones y de arraigados esquemas interpretativos que aun a pesar de las variantes informaron las modalidades de gestión de la infancia y de sus familias. Y ello porque en gran medida, como sabemos, la protección de la infancia –la interpretación acerca de lo que ella implicaba y de los alcances que tendría– se tradujo en una intervención sobre las familias pobres, “desorganizadas”, que no asumían adecuadamente los roles establecidos respecto de la buena maternidad y paternidad, o que se encontraban “incapacitadas” para hacerlo, según la evaluación de distintos profesionales y funcionarios. De allí la importancia de analizar conjuntamente las políticas destinadas a la infancia y las prescripciones sobre el ideal familiar. Y ello, entre otras cosas, porque entiendo que esta forma de concebir e interpretar la protección de la infancia introduce en una tensión que hoy por hoy también se observa en el diseño de las políticas de infancia, a saber: en qué medida las intervenciones sobre la niñez –en pos de garantizar los derechos que tienen vulnerados– suponen una intervención en las configuraciones familiares y/o unidades domésticas de los niños que, por una u otra razón, no les

garantizan esos derechos. En tanto, como es posible escuchar muy asiduamente en este campo institucional, las principales y primeras vulneradoras de derechos de los niños son sus madres. Mujeres que, como también es posible escuchar de parte de los agentes institucionales que están investidos de autoridad para evaluar y decidir sobre la vida de esos otros que son construidos como destinatarios de las políticas y/o como objeto de intervención de esos dispositivos jurídico-burocráticos, “no saben ser madres” porque tampoco han sido hijas.

Esas prescripciones se anudan a imágenes modélicas, esto es, a modelos culturales que si bien ni actualmente ni en el pasado encontramos plasmados en su forma pura –antes bien, lo que abunda es la variabilidad y diversidad de experiencias familiares– son perdurables, en la medida en que se asocian a nociones de respetabilidad y honorabilidad.

A su vez, esos perdurables esquemas interpretativos en los que se asientan los juicios que “incapacitan” a esos otros/as que no se ajustan a un determinado ideal, reposan en un ejercicio de “minorización” de aquellos sobre quienes se despliegan (Vianna, 2010). De esta manera, ser “menor” no es tan sólo una cuestión etaria; es decir, no es una derivación automática de la edad de los sujetos, sino principalmente es resultante de otras variables –de clase, de género, étnicas, etcétera– que se imbrican y combinan contradictoriamente. Estos procesos de minorización se dirigen también a las familias de los niños y niñas que, al ser clasificados como en situación de “peligro”, “riesgo” o con sus “derechos vulnerados”, ingresan en este campo institucional, y en ellos se puede apreciar que participa toda una “economía moral” (Fassin, 2015) que les da forma y sustento.

La administración de la infancia y sus familias

Las diversas acciones desplegadas tanto por organismos de protección de derechos, juzgados de familia o de menores, defensorías, asesorías, y distintos tipos de organizaciones sociales que buscan de una forma u otra “proteger” o “restituir” los derechos que los niños y niñas tienen vulnerados pueden ser conceptualizadas como modalidades de administración de la infancia y su familia. Conceptualizar de esta forma a esas diversas acciones, y no tan sólo como intervenciones, políticas de infancia o prácticas judiciales, permite ilustrar una cualidad muy marcada de esos dispositivos, la de ser una sucesión de acciones en la que predominan los procedimientos

orientados a mantener a raya determinados comportamientos, o bien más acá de un determinado umbral de tolerancia. De esta manera, retomando una formulación de Antonio Carlos de Souza Lima (2002) en relación al “poder tutelar” desplegado por el estado brasileño en relación con los indígenas, se podría decir que son operaciones destinadas a la “pacificación”, que actúan sobre segmentos de poblaciones que han sido constituidos en tanto carentes de capacidades plenas para la vida cívica. Segmentos de la población que aun siendo así definidos confrontan con esas clasificaciones y les oponen otros sentidos, aun cuando esas formas de confrontación sean leídas por aquellos cuya mirada está informada por esas mismas clasificaciones, como desinterés, apatía o indiferencia.

Es además una administración de conflictos, de comportamientos y de sujetos en un contexto de escasez de recursos, y actualmente también de restricción del Estado en la protección social, pero también y fundamentalmente de una vacancia muy marcada en términos de variedad y diversificación de recursos que no sea derivar a psicoterapia o abordar de manera individualizada y muchas veces en clave moralizante los problemas de determinados niños, niñas y adolescentes. De esta manera, los servicios de protección de derechos de niños, niñas y adolescentes, como también en buena medida los juzgados de familia e incluso los juzgados del fuero de menores o penal juvenil, desarrollan acciones que se orientan ante todo a modificar conductas y relaciones, a encauzar, a enseñar a ser y a hacer. Por eso las formas de despliegue portan un tono moralizante y pedagógico a la vez, se cargan de admoniciones y amenazas, pero también de la promesa de ser merecedor y de la reproducción de criterios de demarcación y de diferenciación (para no quedar del lugar de la mala madre, de quien obtiene algo que no merece).

Por ello, en lugar de la espectacularización del dominio o de la imposición lisa y llana, la administración de la infancia y las familias se basa en el despliegue de “técnicas de gestión”, que lejos de ser una aplicación mecánica de lo estipulado por la normativa son puestas en práctica a través de complejos procesos que incluyen disputas de sentidos y estrategias de negociación, convencimiento y persuasión, que se expresan en términos de un lenguaje moral.

Por lo tanto, mi interés y la perspectiva que he construido se orientó a analizar las diversas formas que asume la acción de la administración estatal sobre la infancia, pero no a partir de una formulación abstracta en términos de derechos de los niños, que sólo conduciría a evaluar si esas acciones se ajustan o no a lo planteado por la normativa. Tampoco a partir

de esquemas conceptuales o a priori teóricos que, en tanto anteponen una actitud de denuncia, imposibilitan en muchos casos comprender por qué y cómo esos ejercicios de poder son desplegados y traducen también un paradigma normativo en el abordaje de procesos sociales. Mi objetivo en lugar de eso fue identificar los supuestos y esquemas interpretativos sobre los que se asientan las prácticas concretas.

Ahora bien, al analizar esas prácticas concretas lo que se observa en este ámbito institucional es un esfuerzo, o mejor dicho múltiples esfuerzos, para normalizar situaciones familiares, para situarlas dentro de determinados marcos, para eventualmente transformarlas. Sin embargo, esto no implica una normalización en términos stricto sensu foucaultianos, ni se ajusta por entero a una “policía de las familias”, según la célebre y a veces banalizada obra de Jacques Donzelot (1990). Tampoco se trata de intervenciones que puedan ser reducidas sin más a la acción unilateral de un aparato jurídico-estatal sobre sujetos pasivos que sólo sufren las acciones que otros despliegan. Normalizar, en nuestro contexto local, pareciera ser volver medianamente aceptable, transformar en tolerable. En este sentido, volver aceptable implicará, en tanto se trata de niños y adolescentes, de “menores”, encontrar a alguien que los represente, que pueda hacerse responsable y que así sea evaluado y legitimado; supone insertarlos en un “orden familiar” de modo de ejercer protección y control sobre ellos. Y así, se intentará la “revinculación familiar”, “la no separación de los niños de su familia de origen”; cuestiones que, construidas como “derechos de los niños” y siendo parte de las narrativas hegemónicas actuales (Fonseca, Allebrandt y Ahlert, 2009) en este ámbito, constituyen verdaderos valores morales, y como tales son connotados positivamente por muchos agentes.

Sin embargo, para ello los comportamientos no deberán traspasar determinados límites de tolerancia. Límites que, en algunos casos y dependiendo de los agentes intervinientes, sus posturas ideológicas, inserción y trayectoria profesional, pueden ser en alguna medida móviles, pero que existen y se hacen sentir cuando aquellos comportamientos son decodificados como disruptivos: cuando los niños “en peligro” pasan a convertirse en una “infancia peligrosa”, cuando los adultos que deberían hacerse cargo de ellos no entran en razones o no se ajustan a los parámetros de “la racionalidad”, a pesar de la ayuda, los tratamientos, el convencimiento o de las amenazas.

Así los diferentes agentes que participan en el diseño de soluciones posibles, intentan también negociar, establecer alianzas, componer y apuntalar

a través no sólo de soluciones jurídicas, sino también de subsidios, recursos, y de otra clase de bienes. No obstante, estas negociaciones y alianzas, al tener como trasfondo relaciones de desigualdad, resultan muchas veces en la “confrontación de mundos simbólicos” diferentes (Fonseca, 1998), y se resuelven en la coerción explícita.

Consideraciones finales

Abordar desde una perspectiva antropológica las acciones que desde diferentes dispositivos jurídico-burocráticos se despliegan en torno a la infancia pobre y sus familias implica, antes que juzgar y valorar, contextualizar y comprender las razones y fundamentos de quienes las desarrollan y participan en ellas. De esta manera, en lugar de considerar a los agentes institucionales como una suerte de autómatas de la institución total o como representantes de las “fuerzas del mal”, tal como han advertido hace tiempo ya Claudia Fonseca y Andrea Cardarello (2005), los antropólogos y las antropólogas que desarrollamos nuestros trabajos de campo en este ámbito institucional interactuamos, de maneras diversas y en muchas ocasiones, con agentes reflexivos de sus propias prácticas y comprometidos con la defensa y promoción de los derechos de niños y niñas. Analizar entonces desde una perspectiva antropológica esos dispositivos nos conduce a tener en cuenta los sentidos con los que esos agentes dotan a sus acciones, pero también las condiciones sociales y materiales a partir de las que desarrollan sus prácticas. Condiciones que ciertamente habilitarán y propiciarán, o bien constreñirán y restringirán acciones, ya que a partir de ellas se establecen determinados límites conceptuales y prácticos dentro de los cuales se construyen singulares repertorios técnicos y emocionales.

Por ello, estas condiciones no sólo son el escenario en el que los actores se mueven, sino que antes bien son constitutivas de sus prácticas, las modelan y les dan forma. Sin embargo, lejos de ser inmutables o estáticas, pueden ser visibilizadas, problematizadas y transformadas. Reflexionar sobre ello, rotar la perspectiva desde la cual acostumbramos a observarlas y a teorizar sobre ellas, e incorporar en nuestros análisis una mirada atenta a las estrategias, tácticas y usos que los destinatarios de esas modalidades de administración realizan de las mismas, es lo que entiendo permite complejizar el abordaje de los dispositivos jurídico-burocráticos destinados a la protección de la infancia y la regulación de las relaciones familiares. Una complejización que, entiendo, puede contribuir a visibilizar las tramas de relaciones sociales y de poder en

las que se asientan esas formas de administración, y también las moralidades y emociones que desde la particular retórica de la ayuda desinteresada, el humanitarismo y más recientemente el “interés superior del niño”, contribuyen a reproducir jerarquías y desigualdades.

Bibliografía citada

- Ariès, Ph. (1987). *El niño y la vida familiar en el Antiguo Régimen*. Madrid: Taurus.
- Bourdieu, P. (1999). *Meditaciones pascalianas*. Barcelona: Anagrama.
- Carli, S. (2002). *Niñez, pedagogía y política. Transformaciones de los discursos acerca de la infancia en la historia de la educación argentina entre 1880 y 1955*. Buenos Aires: Miño y Dávila.
- Colangelo, A. (2005). “La mirada antropológica sobre la infancia. Reflexiones y perspectivas de abordaje”, Serie Encuentros y Seminarios.
- Da Matta, R. (1988). “A propósito de microescenas y macrodramas: notas sobre el problema del espacio y del poder en Brasil”, en *Revista Nueva Sociedad*, Caracas.
- Douglas, M. (1973). *Pureza y peligro. Un análisis de los conceptos de contaminación y tabú*. Madrid: Siglo XXI.
- Donzelot, J. (1990). *La policía de las familias*. Valencia: Pre-textos.
- Durkheim, É. (1993). *Escritos selectos*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Fassin, D. (2015). “La economía moral del asilo. Reflexiones críticas sobre la ‘crisis de los refugiados’ de 2015 en Europa”, *Revista de Dialectología y Tradiciones Populares*, LXX, 2, julio-diciembre, 277-290.
- Fonseca, C. (1998). *Caminos de adopción*. Buenos Aires: Eudeba.
- Fonseca, C y A. Cardarello (2005). “Derechos de los más y menos humanos”, en S. Tiscornia y M.V. Pita (eds.) *Derechos humanos, tribunales y policías en Argentina y Brasil*, Buenos Aires: Antropofagia.
- Fonseca, C., D. Allebrandt y M. Ahlert (2009). “Pensando políticas para una realidade que nao deveria existir: ‘egressos’ do sistema de abrigos”, en: C. Fonseca y P. Schuch (org.), *Políticas de proteção à infância. Um olhar antropológico*. Porto Alegre: UFRGS.

- Foucault, M. (1992). *Microfísica del poder*. Madrid: La Piqueta.
- Foucault, M. (1994). *Dit et écrits, 1954-1988*, vol. IV. París: Gallimard.
- Foucault, M. (1996). *La vida de los hombres infames*. Buenos Aires: Caronte.
- Foucault, M. (2001). “El sujeto y el poder”, en H. L. Dreyfus y P. Rabinow (orgs.) *Michel Foucault: más allá del estructuralismo y la hermenéutica*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Foucault, M. (2007). “La ‘gubernamentalidad’”, en G. Giorgi y F. Rodríguez (comps.). *Ensayos sobre biopolítica. Excesos de vida*. Buenos Aires: Paidós.
- Fraser, N. (1991). “La lucha por las necesidades. Esbozo de una crítica socialista-feminista de la cultura política del capitalismo tardío”. *Revista Debate Feminista*, 2, 3, 3-40.
- Geertz, C. (1997). *La interpretación de las culturas*. México: Gedisa.
- Gélis, J. (2001). “La individualización del niño”, en P. Ariès y G. Duby (dir.). *Historia de la vida privada*, t. III, *Del Renacimiento a la Ilustración*. Madrid: Taurus.
- Grinberg, J. (2010). “De ‘malos tratos’, ‘abusos sexuales’ y ‘negligencia’. Reflexiones en torno al tratamiento estatal de las violencias hacia los niños en la Ciudad de Buenos Aires”, en C. Villalta (comp.) *Infancia, justicia y derechos humanos*. Bernal: Editorial de la Universidad Nacional de Quilmes.
- Lins Ribeiro, G. (2004). “Descotidianizar. Extrañamiento y conciencia práctica, un ensayo sobre la perspectiva antropológica”, en M. Boivin, V. Arribas y A. Rosato (eds.) *Constructores de otredad. Una introducción a la Antropología Social y Cultural*. Buenos Aires: Antropofagia.
- Llobet, V. (2011). “Las políticas para la infancia y el enfoque de derechos en América Latina. Algunas reflexiones sobre su abordaje teórico”. Presentación, XXVIII Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología, Recife.
- Melossi, D. (1992). *El estado del control social*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- O’Donnell, G. (2008). “Algunas reflexiones sobre la democracia y sus múltiples caras”. *Revista CLAD, Reforma y Democracia*, 42, Caracas.

- Oszlack, O. y G. O'Donnell (1982). "Estado y políticas estatales en América Latina: hacia una estrategia de investigación". Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES), Buenos Aires, Documento G.E. CLACSO/Nº4,
- Sahlins, M. (1997). *Islas de historia. La muerte del Capitán Cook. Metáfora, antropología e historia*. Barcelona: Gedisa.
- Souza Lima, A.C. (2002). "Sobre gestar e gerir a desigualdade: pontos de investigação e diálogo", en A.C. Souza Lima (org.), *Gestar e gerir. Estudos para uma antropologia da administração pública no Brasil*. Río de Janeiro: Relume-Dumará.
- Vianna, A. (2010). "Derechos moralidades y desigualdades: consideraciones a partir de procesos de guarda de niños", en C. Villalta (comp.) *Infancia, justicia y derechos humanos*. Bernal: Editorial de la Universidad Nacional de Quilmes.
- Villalta, C. (comp.) (2010). *Infancia, justicia y derechos humanos*. Bernal: Editorial de la Universidad Nacional de Quilmes.
- Villalta, C. (2012). *Entregas y secuestros. El rol del Estado en la apropiación de niños*. Buenos Aires: Del Puerto.
- Villalta, C. (2013). "Un campo de investigación: las técnicas de gestión y los dispositivos jurídico-burocráticos destinados a la infancia pobre en la Argentina". *Civitas*, PUC-RS, 13, 2, 245-268.
- Villalta, C. (2015). "Ampliando derechos para los niños y las niñas, agilizando procedimientos para los 'menores'", *Revista Mora*, 21, 1, junio. ISSN 1853-001X.
- Villalta, C. y V. Llobet (2015). "Resignificando la protección. Nuevas normativas y circuitos en el campo de las políticas y los dispositivos jurídico-burocráticos destinados a la infancia en Argentina", *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 13, 1, 167-180. ISSN 1692-715X.
- Villalta, C. y M. J. Martínez (2016). "Cuando lo privado se hace público: el abogado del niño en la justicia de familia". *Revista de Estudos e Pesquisas sobre as Américas*, 10, 1, 8-34.

Las múltiples determinaciones de la desatención, la hiperactividad y las conductas desafiantes en los niños

Beatriz Janin

Voy a contar algunas cuestiones que vengo pensando a partir de la experiencia que venimos desarrollando en las carreras de especialización en Psicología clínica infantil y en Psicoanálisis con adolescentes de la Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales, en relación a diferentes problemáticas tanto en niños como en adolescentes.

Estamos frente a una dificultad importante en estas épocas: muchos niños son catalogados tempranamente de un modo que toma sólo en cuenta las conductas, y no sólo eso, sino que los encierra siendo muy pequeños en diagnósticos que son invalidantes. Es decir, los deja atrapados en un “ser” que no da posibilidades de modificación ni tiene en cuenta las transformaciones propias de la infancia, la niñez y la adolescencia.

Uno de los primeros temas con el que iniciamos el terreno de la investigación fue el tema de las dificultades de desatención con o sin hiperactividad. Después, fuimos abarcando más temas. Nos fuimos abocando a la investigación psicoanalítica de diferentes modos de patologización de la infancia.

Así, venimos trabajando con otros colegas ya no sólo el tema del trastorno por déficit de atención sino el supuesto trastorno opositor desafiante, y el trastorno de espectro autista, el síndrome de Asperger, así como las llamadas “depresiones infantiles”. Entendemos que son todos supuestos trastornos, en tanto engloban multiplicidad de funcionamientos psíquicos y cantidad de determinaciones muy diferentes.

Quisiera hacer una reseña de los avances que venimos teniendo en estos terrenos. Conociendo que la investigación psicoanalítica se da de modos poco cuantitativos, sino que privilegia el caso a caso, voy a enumerar algunas determinaciones que venimos encontrando en el trabajo con niños diagnosticados de cada una de estas formas.

El llamado trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad (TDA y TDAH; en inglés *Attention Deficit Disorder* [ADD] y *Attention Deficit Hyperactivity Disorder* [ADHD]), es el diagnóstico más extendido en esta

época en niños de edad escolar y nos permite ubicar el modo en que una diversidad de funcionamientos quedan agrupados en una sigla-diagnóstico, lo que deriva en tratamiento farmacológico.

La finalidad de esta investigación es detectar la multiplicidad de conflictivas psíquicas que quedan habitualmente englobadas bajo el título de TDA y TDAH y los diferentes modos de atención e hiperactividad que se presentan en cada una de ellas.

Se considera que precisar los diferentes tipos de desatención e hiperactividad, así como las múltiples determinaciones psíquicas en juego, posibilitará encontrar formas más específicas de trabajar con estos niños.

Se viene trabajando con niños de entre 5 y 10 años, que han sido diagnosticados como TDAH por otros profesionales.

Consideramos que el problema fundamental es que se confunde una dificultad con una enfermedad de por vida, se biologiza el problema y se supone que se tienen todas las respuestas mucho antes de comenzar a hacerse preguntas. De ese modo, la dificultad con la que nos encontramos es que el orden de las determinaciones se invierte. Ya no es que un niño tiene tales manifestaciones y hay que descubrir qué nos está diciendo, sino que sus conductas suponen una identidad que se vuelve causa de todo lo que le ocurre dejándolo encerrado en un sin salida. Una categoría descriptiva pasa a ser explicativa. Ya no es “No atiende en clase. Se mueve mucho y desordenadamente. Es exageradamente inquieto e impulsivo, ¿por qué será?”, pregunta que implica posibilidad de cambio, idea de transitoriedad, sino: “Es TDA, por eso no atiende en clase, se mueve mucho y desordenadamente. Es inquieto e impulsivo”. Ya no hay preguntas. Se eluden todas las determinaciones intra e intersubjetivas, como si los síntomas se dieran en un sujeto sin conflictos internos, y aislado de un contexto. Y el cartel queda puesto para siempre.

A la vez, estos niños pueden sentir que quedan incluidos en el mundo de un modo muy especial. Un niño que afirma “soy TDA”, puede sentir que esa denominación le otorga un lugar distinto al de los demás, que es mejor que no tener ninguno. Un lugar de enfermo para tapan el déficit de identidad o de narcisización. El niño que se nombra a sí mismo identificándose con una entidad psicopatológica, se supone siendo en un rasgo que lo borra como sujeto pero que, a la vez, lo ubica como algo, diferente a la nada.

Es por todo esto que venimos trabajando en la delimitación y precisión de las dificultades de atención e hiperactividad en la infancia.

Tomamos para esto una muestra amplia de niños entre 5 y 10 años de edad diagnosticados por otros profesionales (generalmente neurólogos) como portadores de TDAH.

En el contexto del encuadre psicoanalítico, son registradas y analizadas las entrevistas con los padres y con los niños. Daremos algunos ejemplos.

Consultan por un niño de siete años. Muy buen alumno en cuanto al rendimiento, tiene dificultades para tolerar normas, es contestador y suele molestar en clase, sobre todo por sus actitudes de oposición y cuestionamiento a la autoridad. La psicopedagoga de la escuela lo deriva al neurólogo, que diagnostica TDAH y aconseja medicación. Ya en las primeras entrevistas con la psicoanalista y través de sus juegos, va relatando escenas de violencia familiar y termina diciendo que quiere vengarse de su padre, que lo golpea con frecuencia.

Un niño de seis años tiene dificultades para organizarse en sus tareas, para aprender y para quedarse quieto. Va a primer grado y la directora de la escuela dice que “no produce”. Es diagnosticado inmediatamente como TDAH y medicado. Frena la actividad pero comienza a sentir terrores, como si estuviera paralizado y todo objeto que se moviese le produjese un pánico incontrolable. Se desconecta del grupo, se aferra a la maestra, tiene la mirada perdida... Cuando se le saca la medicación estos síntomas desaparecen, pero no puede quedarse quieto y se muestra muy angustiado. A lo largo del tratamiento psicoanalítico se van trabajando las conflictivas que lo llevan a angustiarse tanto, con juegos y dibujos y la ansiedad va cediendo.

Un niño de nueve años no copia las tareas, se “hace el payaso” en clase, tiene dificultades en la escritura. Es derivado por la escuela a un neurólogo que diagnostica TDAH y medica. Entra al consultorio de la psicóloga haciendo morisquetas, aunque rápidamente pasa a contar sus dificultades con evidente tristeza. Allí se refiere a dificultades familiares, no escolares. Su supuesta distracción, su “hacerse el payaso” en clase, tiene que ver con una búsqueda de amor por parte de sus compañeros, frente a las carencias afectivas que siente en su familia.

Consultan por un niño de 9 años que ha sido medicado desde los 6 con metilfenidato. A pesar de eso, ha repetido tercer grado, lo que lleva a los padres a repensar el tratamiento. En la consulta psicológica vamos viendo

que las dificultades del niño no tienen nada que ver con una supuesta desatención sino con lo complicado que le resulta comprender algunos conceptos y con su inseguridad en relación a sus propios pensamientos, lo que le impide seguir un razonamiento.

Esto es simplemente una muestra que permite plantear que lo que se diagnostica habitualmente como TDA y TDAH incluye patologías muy diferentes.

Si tomamos la teoría freudiana de la estructuración psíquica, la capacidad de atender selectivamente no es un efecto simple. Por el contrario, es consecuencia de un proceso complejo que puede tener contratiempos. Lo mismo puede decirse en relación al dominio de la motricidad y al control de los impulsos. En ese sentido, nos venimos encontrando con niños que son calificados de “desatentos” y que nosotros podemos reunir en algunos grupos:

- Los que están conectados con sensaciones corporales (frío, calor, hambre, etcétera).
- Los que juegan en clase, inmersos en un mundo de fantasías y lejanos a lo que se dice.
- Los que están pendientes de la mirada del docente, esperando ser el centro de su atención. Son niños que reclaman ser atendidos, en los que predomina el exhibicionismo y no pueden centrar su mirada en el otro.
- Los que atienden sólo a lo que les resulta fácil, porque enfrentarse con la dificultad implica una herida narcisista insoportable.
- Los que están atentos a los movimientos afectivos de los otros. Son niños que esperan ser amados, tienen un déficit narcisista importante y están pendientes del amor del docente y/o de sus compañeros.

Sabemos que, en muchos casos, los trastornos de atención están acompañados por hiperactividad e impulsividad. Estos tres síntomas están ligados a la dificultad para inhibir procesos psíquicos primarios (dificultad que puede producirse por diferentes motivos) así como a fallas en la constitución narcisista.

Analizando las entrevistas nos hemos encontrado que venían diagnosticados como hiperactivos niños con problemáticas muy diferentes. Agrupándolos de acuerdo a las determinaciones prevalentes encontradas en relación a la hiperactividad, podríamos decir que hay:

- Niños que presentan trastornos graves en la estructuración psíquica (fundamentalmente con dificultades en el armado de pensamiento secundario) y cuyo síntoma es la hiperactividad, en tanto el pensamiento no frena en ellos la impulsividad. Por consiguiente, se mueven todo el tiempo sin objetivos claros en tanto no pueden terminar de armar cadenas representacionales preconscientes que modulen el devenir de la pulsión.
- Niños deprimidos que apelan a un funcionamiento maníaco.
- Niños que tratan de alegrar o despertar a un adulto deprimido o retraído. Les funcionan como despertador, como exigencia vital que les permite funcionar en el mundo.
- Niños que están en estado de alerta permanente. Algunos han sufrido situaciones de violencia, otros las han fantaseado en momentos en que no podían diferenciar fantasía y realidad. Se mueven para defenderse de un supuesto ataque que podría llegar desde cualquier lugar. El mundo es un lugar inseguro y están atentos a los más pequeños detalles (por consiguiente no pueden seguir el discurso del docente).
- Niños que tratan de sostener la actividad frente a lo que viven como una irrupción pasivizante de otro. El predominio de varones en estos diagnósticos muestra la mayor necesidad de los niños de sostenerse como activos en tanto la pasividad los remite a la castración.
- Niños que tienden a buscar la aprobación y el amor permanentemente, como modo de sostener el narcisismo.
- Niños que, cuando el objeto “falla” (en tanto no puede satisfacer ni en el momento ni en el modo exactos lo que él desea), la retirada de la investidura objetal no va al yo sino a la nada, al vacío. Es decir, en lugar de tratar de satisfacerse a sí mismo, o de apelar a la fantasía (y privilegiadamente al juego), el niño puede sentir que el fracaso es absoluto, que él está vacío y el mundo no le ofrece nada placentero. Así, la búsqueda puede ser alocada, imparabile, sin metas claras. Una búsqueda caótica, en la que no se pueden filtrar ni seleccionar estímulos ni organizar la acción.

Algunos niños “hiperactivos” realizan movimientos como descargas que son pura evacuación de angustia, lucha contra la pasividad. Esto ocurre sobre todo en los varones, que temen quedar apresados en un lugar pasivo.

A la vez, es llamativa la recurrencia, en los padres, de un estado ansioso, regido por la urgencia y por una especie de “hiperactividad” en relación al hijo. Se repite la inestabilidad emocional del contexto.

La gran mayoría de los niños que hemos observado fueron “diagnosticados” por los docentes que, al detectar dificultades para su inclusión en la escuela, formularon el “diagnóstico” a los padres y derivaron al niño al neurólogo. A la vez, los neurólogos se basaron (en su mayoría) en los informes de padres y maestros para decidir el tratamiento.

En relación al TDA, podemos decir que todos los niños atienden a algo pero que podemos diferenciar cuándo atienden a los gestos, a los estados afectivos, a los tonos de voz, a las sensaciones, cuando no pueden mirar porque están pendientes de ser mirados... y también en relación a la hiperactividad es notorio cómo hay niños que necesitan sentirse vivos a través del movimiento, mientras que otros suponen que tienen que despertar a adultos deprimidos. También se mueven sin rumbo los que están muy angustiados, los que no pueden diferenciar el adentro-afuera, los que buscan ser mirados, los que se sienten excluidos y expulsados de los vínculos cercanos, los que suponen que la madre se ha apropiado de su cuerpo y quieren diferenciarse, los que no han podido armar proceso secundario y por ende quedan a merced de sus pulsiones...

Hay niños que dicen con el movimiento lo que no pueden expresar con palabras y están los que no pueden interponer pensamientos a la descarga pulsional y actúan por ende impulsivamente. Hay muchas posibilidades que habrá que ir viendo en cada uno, pero lo que es claro es que con el nombre de TDA o TDAH se engloban problemáticas tan diferentes que sería absurdo ubicarlas en una única patología.

En relación al trastorno oposicionista desafiante, mucho menos estudiado, nos encontramos con diferentes posibilidades: muchos niños sienten que las reglas son arbitrarias, impuestas por un adulto-tirano a su gusto, y tienen que rebelarse frente a ellas para no convertirse en esclavos de la voluntad de un otro omnipotente; otros son ubicados como sostén narcisista de los adultos y desde ese lugar pasan a tener un poder enorme, difícil después de recortar; están los que actúan los deseos transgresores de sus padres y están los que luchan contra la dependencia infantil mostrándose todopoderosos aunque estén muy asustados. También hay niños que no pueden, como dijimos en relación a la hiperactividad, interponer pensamientos pero sobre todo frente a los deseos hostiles, y por ende actúan la

agresión sin freno. A veces, como único modo de defensa, suponiendo un mundo peligroso. Por ejemplo, los niños que en los jardines de infantes no lloran y no se les hace adaptación y al mes de clases comienzan a desafiar a los adultos y a pegar a los otros niños. Esto está muchas veces generado por adultos que viven el mundo como peligroso y suponen que hay que salir a atacar porque en caso contrario uno será atacado, pero no pueden proteger a sus hijos de sus propios temores. Es cada vez más habitual que los adultos supongan que los niños son todopoderosos, reforzando así la fantasía de omnipotencia que tiene todo niño pequeño. Y esto los puede llevar a conductas desafiantes y a transgredir toda norma.

De nuevo... múltiples determinaciones para conductas que en sí mismas no nos dicen nada.

La carencia de juegos y cuentos que se da en este momento tiene consecuencias claras en relación a la patologización de la infancia. Niños que no hablan, que se mueven sin rumbo, que no atienden en clase, son con frecuencia la manifestación de un modo de funcionamiento en el que lo social tiene mucho que ver. Un "social" ligado al individualismo, a la ausencia de historia, a las exigencias de rendimiento desmedido, a la equiparación niño-adulto, borramiento de diferencias que deja a los niños desprotegidos.

Es imposible separar lo individual y lo social en tanto nuestra historia se constituye en una sociedad determinada, marcada por la historia familiar, personal y la historia de la sociedad en la que vivimos. Todo esto es transmitido, con o sin palabras.

Hemos podido constatar que en épocas de crisis social, y sobre todo cuando los padres se sienten vulnerables por situaciones económico-sociales, los niños manifiestan mayores dificultades y suelen ser por ende diagnosticados sin tener en cuenta el contexto.

Considero que este tipo de investigación es necesaria para desarmar esta lógica imperante de catalogar a los niños, sin atender a su singularidad ni a su sufrimiento. Tener en cuenta sus propias determinaciones será clave a la hora de pensar un abordaje que lo incluya como sujeto que nos está diciendo algo que no puede poner en palabras y que nosotros deberemos ayudar a desplegar. Investigaciones que se van ramificando y articulando y que suponen un trabajo colectivo.

Bibliografía consultada

- Cannellotto, A.; Luchtenberg, E. (coordinadores); Epele, M.; Janin, B.; Laplacette, G.; Natella, G.; Ramacciotti, K., Vignau, L. (2010). *Medicalización y sociedad. Lecturas críticas sobre la construcción social de enfermedades*. Buenos Aires: Universidad de San Martín.
- Janin, B. (2011). *El sufrimiento psíquico en los niños*. Buenos Aires: Noveduc.
- Janin, B.; Frizzera, O.; Heuser, C.; Rojas, M.C.; Tallis, J.; Untoiglich, G. (2004). *Niños desatentos e hiperactivos*. Buenos Aires: Noveduc.
- Konichekis, A.; Korff Sausse, S. (comp.); Acosta, P; Boutinaud, J; Carels, N, Guerra, V; Janin, B; Stochilic, J, Missonnier, S; Pérez de Pla, E; Rodriguez, M; Siksou, J; Vamos, J (2015). *Le mouvement. Entre psychopathologie et créativité*. París: Éditions in Press.
- Misès, R. (2008). “Instabilité et pathologies limites”, en *L’Enfant hyperactif*. Neuilly-Plaisance: Papyrus.
- Valentin, E. (1996). “Somatizer, agir, représenter”. *Revue Française de Psychosomatique*. Presses Universitaires de France.
- Vertzner Marucco, A.; Bleichmar, H.; Canteros, J.; Clerc, D.; Ferro, An.; Gampel, Y.; Horovitz, M.; Janin, B.; Lerner, H.; Rapport de Aisemberg, E.; Rivas, M. F.; Tesone, J. E.; Tort, M.; Viñoly Beceiro, A. M. (2016). *De pánicos y furias. La clínica del desborde*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Whittaker, R. (2011). *Anatomía de una epidemia*. Salamanca: Capitán Swing.
- Winnicott, D.W. (1971). *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador*. Buenos Aires: Hormé.

Acerca de la identidad y la verdad

Juan Carlos Volnovich

Debo a la generosidad de Alejandra Barcala y de Gerardo Prol el gusto enorme de participar en este panel.

Y ya que de subjetividad e infancias se trata voy a referirme al derecho que tienen los pibes a saber sobre su identidad, a conocer su origen. Para eso, voy a aludir a las Abuelas de Plaza de Mayo, y con ellas al derecho a la identidad de los niños y las niñas que fueron apropiados durante la dictadura cívico militar; y, también, voy a hablar del derecho a la identidad de quienes fueron víctimas de adopciones falsas, de quienes vieron conculcados sus derechos por las mafias que administran la trata de personas, de quienes son abandonados en el marco de un Estado de Derecho.

La gesta de las Abuelas de Plaza de Mayo a partir de 1977 contra los estragos del terrorismo de Estado impactó definitivamente en la práctica psicoanalítica de la Argentina, no sólo en aquellos profesionales que conscientemente hemos asumido una actitud más próxima a los Equipos Asistenciales de los Organismos de Derechos Humanos, sino en el conjunto de la comunidad científica. La gesta de las Abuelas sirvió para descolocarnos del lugar neutral al que nos tenía habituados la ciencia pura. La gesta de las Abuelas rompió la ilusión de esa “ciencia pura” que el positivismo lógico nos ofrecía como refugio inmejorable para perpetuar nuestra inocencia y mantener la complicidad del reconocimiento del horror... la complicidad del desconocimiento del horror dentro de los límites impuestos. Era esa “ciencia pura” la que, desde su pretendido lugar de “saber”, tornaba indiferente y volvía equiparable, por ejemplo, los efectos psicológicos de la violencia ejercida *en* un Estado de Derecho y los efectos psicológicos de la violencia sostenida *por* un Estado que administraba el terror. “Ciencia pura” que en su momento intentó asimilar la adopción de niños a la apropiación de niños; “ciencia pura” que pretendió homologar –bajo el dudoso término de “sentimientos reparatorios”– el amor de los padres adoptantes por sus hijos, con el deseo de anulación y posesión de los apropiadores por sus víctimas.

De modo tal que quedó claro para siempre que un abismo infranqueable separa la apropiación de niños como ejercicio de un Estado terrorista, de cualquier hecho similar que suceda dentro de los límites de un Estado de

Derecho; simplemente porque en el Estado de Derecho existe un tercero de apelación. En cambio, la apropiación de niños por un Estado terrorista no tiene posibilidad alguna de ser conceptualizado por una “ciencia neutral”. No es posible sencillamente porque no existe un saber utópico, un saber que no sea un saber situado.

Sostener teóricamente la necesidad y la pertinencia de las restituciones de las identidades biológicas que fueron amputadas durante la dictadura, nada nos dice acerca de las identidades biológicas que se han perdido por fallas o faltas del Estado de Derecho. Si se pretendiera utilizar la experiencia atesorada por Abuelas para acceder a la verdad acerca de la identidad biológica; si se intentara vaciar de sentido a la institución Abuelas diluyendo en el océano de delitos comunes todo el trabajo realizado a lo largo de más de cuarenta años, no sólo estaríamos ante el triunfo de una ética dudosa sino que deberíamos enfrentarnos a la condición siniestra de una estrategia política que, travestida de causa justa, alienta lo peor. Digo esto para salirle al paso a esa corriente reaccionaria que intenta desapropiar a las Abuelas de Plaza de Mayo del Banco de Datos Genéticos para destinarlo a la población de hijos adoptados que buscan a sus padres biológicos.

Habiendo aclarado esto, voy a referirme, entonces, a solo dos puntos: la identidad y la verdad.

Acerca de la identidad

¡Nacer no sólo es salir del vientre materno! Cortado y anudado el cordón umbilical, el niño es separado de su placenta; es separado de una parte de sí mismo. Reconocido varón o niña, recibe un nombre de pila; su nacimiento es declarado por un adulto, generalmente su padre, en el Registro Civil que le corresponde: un funcionario lo inscribe en el Estado. Su existencia depende legalmente de esa declaración. Sólo a partir de esta primera inscripción podrán los funcionarios del Estado expedir lo que se llama “acta de nacimiento”. Y la niña o el niño tendrán, así, el apellido del padre aun cuando lleve el apellido de la madre que es, por supuesto, el del padre de la madre.

De modo tal que tener identidad es tener un nombre. Que un nombre –no importa cuál fuere– designe a una persona determinada, en eso consiste, exactamente, el pasaje al estado humano.

Pero con eso no basta, no alcanzan los sonidos específicos de ese nombre: el nombre tiene que constar por escrito. Desde que apareció la escritura dependemos de ella para ser quienes somos. De modo tal que sin un nombre por escrito... somos nadie. De modo tal que tener identidad es tener un nombre y tener un sexo: masculino o femenino. Si acaso trans. Morfológicamente masculino o femenino. Sin pene o sin vagina... somos nadie.

La identidad depende menos de nuestras pretensiones y anhelos que del reconocimiento de los demás. En términos del diccionario, identidad significa “dar los datos personales para ser reconocidos”. Pero ocurre que buena parte de los seres humanos descubrimos –mal que nos pese– que nuestro nombre propio no es exclusivo. El elemento central de nuestra identidad resulta que también identifica a montones de fulanos que se llaman igual. Las modas, ya se sabe, imponen ciertos nombres a generaciones enteras. Yo, por ejemplo, comparto el mío hasta con un Rey de España y cuando era joven, estuve en un grupo de estudio con cinco Silvias (el grupo era de seis). Los apellidos pudieran rescatarnos del anonimato absoluto, pero ellos no definen nuestra individualidad: nos convierten en una rama de un árbol genealógico. Basta y sobra con hojear una guía telefónica para constatar el número finito de apellidos posibles y la enorme cantidad de personas que comparten los más comunes. ¿Quién inventó este sistema de recursos limitados para nombrarnos? ¿De dónde salió el primer Martínez y el primer Jiménez? ¿De qué privilegios gozó un tal García o un tal Fernández para imponerle su apellido a semejante cantidad de gente?

La identidad depende de tener un nombre escrito; un nombre propio. Pero no nos conformamos con eso: también aspiramos a saber quién nos ha engendrado. Françoise Dolto (que fue la más importante analista de niños de Francia lo que quiere decir la más importante analista del mundo) lo dice así: “[...] espero que quede bien aclarada la importancia de decir la verdad, esa verdad que los adultos comunican a los niños, quienes no solamente la desean en forma inconsciente, sino que la necesitan y tienen derecho a conocerla. La verdad puede ser dolorosa a menudo, pero, si se dice, permite al sujeto reconstruirse y humanizarse” (Dolto, 1990). Así que... ya se sabe... a decir la verdad... sólo que a estar muy atentos acerca de la creencia que con el saber de la identidad biológica se consigue la verdad, al estilo de “tu padre biológico es tal o cuál”. Para los niños abandonados por sus padres en un Estado de Derecho esa es una verdad a medias, una verdad que clausura la verdad desde que nada dice acerca de las causas que produjeron el abandono. Para empezar, porque nombra como padre biológico a quién,

tal vez, sólo fue un genitor. En cambio, para los niños apropiados durante los años de la dictadura el saber de la genética fue fundamental. Pero fue fundamental como medio para un fin: para saber no sólo quiénes fueron las mujeres y los varones que los engendraron sino, también, para saber que esas mujeres no cedieron a esos niños; para saber que esas mujeres fueron asesinadas por funcionarios del Estado para arrancarles a sus hijos.

Decía, entonces, que la identidad depende de tener un nombre escrito; un nombre propio.

Pues bien: algunos tiene nombres tan comunes que los vuelven anónimos y otros son anónimos sin piedad. En la Argentina, se calcula que suman medio millón los N.N. Son medio millón los que en una década nacen, viven y mueren, sin haber existido.

Decía que nacer no sólo es salir del vientre materno, que es el padre quién lo inscribe en el Registro Civil. Padre es, entonces, el que, al nombrarnos, nos humaniza.

¿Qué puede definir, positivamente, al padre?

Tradicionalmente podríamos decir que las tres o, al menos, una de estas tres condiciones: haberlo engendrado (haber puesto un espermatozoide); darle el apellido; convivir con el niño (haber participado en la crianza).

Voy a un caso clínico.

Me consulta un señor por Luciano, su hijo de cinco años. El niño tiene un síntoma que le preocupa y motiva la consulta: Luciano se orina de noche en la cama. Desde los tres años había logrado el control de esfínteres; desde que cumplió los cinco, lo perdió. El señor de unos 40 años, saco y camisa cool, barbita hipster muy a lo Messi, me aclara que su esposa está en un Congreso en el exterior, por eso no pudo venir... pero que vendrá a la próxima entrevista. Ocurre, también, que el niño además de orinarse de noche en la cama lo llama mamá y eso es porque, antes de ser Roberto, el señor que hoy en día es Roberto era Valeria, la mamá de Luciano. ¿Cuál es la verdad sobre la identidad biológica?

El niño nombra a la mamá. Roberto es la mamá. Claro está que con la operación a la que se sometió Roberto no sólo adquirió un pene, bolsa escrotal y testículos, sino que perdió mamas, útero, trompa, ovarios y vagina. Esa mamá a la que alude Luciano no está; es una mamá insustancial; en su lugar hay un otro humano.

Esto pone en cuestión la identidad biológica. Pone en cuestión aquella certeza de que madre hay una sola, que una madre es una madre y pone en cuestión el principio de identidad. Me refiero, claro está, al principio de identidad en la fórmula usual que lo enunciaba Martin Heidegger en esa conferencia tan citada del 27 de junio de 1957: $a = a$. Si reemplazamos “a” por madre y le damos cierta entonación diremos: “una madre es una madre” (Heidegger, 1966).

Pero el principio de identidad para el psicoanálisis es distinto que el principio de identidad para la ciencia y del principio de identidad de Heidegger. Con lo cual afirmo que el psicoanálisis no es una ciencia o, por lo menos, no es una ciencia positiva. Si acaso, una ciencia conjetural. Para la ciencia, el principio de identidad es fundamental. Sería imposible investigar científicamente si no se pensara en la identidad de los objetos consigo mismos. En cambio, para el psicoanálisis el objeto nunca es igual a sí mismo y nunca un caso es igual a otro caso. Para la ciencia $a = a$. Una madre es una madre. Tautología pura. Para Roberto esa frase “una madre es una madre” puede tener el peso de una tonelada de plomo.

Acerca de la verdad

En el inicio me pregunté. Para un niño, ¿cuál es la peor de las violencias? ¿Cuál, el fantasma más temido?

Y así llegué a la conclusión de que la peor de las violencias no es el castigo corporal, ni siquiera el abuso sexual, la peor de las violencias es el abandono liso y llano. Y ese abandono —cuando un niño o una niña se saben destinatarios de un proyecto de exterminio, cuando se saben destinados a desaparecer— tiene tal efecto traumático, tal efecto desubjetivante, que arrasa todo el aparato psíquico.

Es sobre ese arrasamiento... es acerca de esa experiencia que no tiene nombre, sobre la que voy a intentar decir algo.

El abandono. Aun para los niños adoptados, la pregunta imposible de ser respondida de “¿por qué no me quisieron mis padres biológicos?” es causa de un dolor infinito que no tiene consuelo pero que sí tiene palabras gracias, justamente, a sus padres adoptantes. De ahí que, a raíz de la presencia pública que tuvieron las Abuelas de Plaza de Mayo, muchos niños legalmente adoptados se ilusionaron con la posibilidad de ser niños apropiados.

La razón es muy simple. Los niños apropiados tuvieron padres biológicos que los amaron y que los desearon; padres que les permitieron armar un mito del origen. Los niños adoptados, no. Los niños adoptados sólo pudieron ponerle palabras a su desconsuelo.

El abandono. Por supuesto que están las otras violencias. Por supuesto que a lo largo de las últimas tres décadas hemos asistido a un creciente proceso de visibilización, denuncia y producción teórica sobre los malos tratos, los castigos corporales, el incesto paterno-filial, pero aun así el abandono, la ausencia de un adulto o de un Estado que desee que ese niño, que esa niña exista, se postula como la peor de las violencias.

Estoy pensando en el impacto psíquico del abandono.

¿Qué se puede decir sobre aquello que por su propia naturaleza carece de nombre, que no puede nombrarse; cómo representar el naufragio de la representación?

¿Cómo imaginar lo inimaginable; cómo oír ese testimonio sabiendo que toda palabra es inadecuada e incompleta? Y, sin embargo, se impone escuchar ese interrogante de “¿quién soy?”, “¿cómo me llamo?”; “salvar” esas palabras, “salvar” esos testimonios y esas representaciones en su dimensión individual y política porque en esa acción se juega la resistencia última a quedar definitivamente arrasados cumpliendo de manera sumisa y cómplice el objetivo final del poder abusador de un capitalismo que ha encontrado en la república democrática la mejor manera de revestirse. Se impone escuchar ese interrogante de “¿quién soy?”, porque en esa acción, en el intento de respuesta, se juega la resistencia última a que se cometa un crimen sin resto y sin memoria.

De modo tal que el abandono de esos niños por parte del Estado, el abandono de quienes no tienen nombre ni nunca lo tendrán, nos enfrenta a la evidencia de lo inefable, de lo inaudito; esa violencia lleva implícita el fracaso de cualquier iniciativa que pretenda saber cuál fue la huella que dejó en ese niño, en esa niña.

Por mi parte, presumo que todo lo que pueda pensarse acerca del impacto que la violencia extrema del abandono produce es inadecuada, incompleta e imposible; presumo que forzar lo infigurable, intentar representar lo irrepresentable, hacer visible el horror al tiempo que se ocultan las causas del horror, corre el riesgo de inscribirse como práctica obscena, como po-

sición tributaria de una ética equívoca. Pero aun así... la narrativa oral, los testimonios fragmentarios, el relato lúdico; aun así... hacen un poco más difícil que el abandono quede definitivamente silenciado.

Entonces, si comencé afirmando que el abandono, la ausencia de un adulto o de un Estado que desee que ese niño, que esa niña exista, se postula como la peor de las violencias, terminaré insistiendo en que es obligación, es deber del Estado acompañar a quienes aspiran a saber cómo se llaman y pretenden saber la verdad sobre su origen, pero teniendo muy en cuenta que esa verdad deberá, siempre, venir acompañada del saber sobre las causas que originaron esa orfandad.

Bibliografía citada

Dolto, F. (1990). *Los niños y su derecho a la verdad*. Buenos Aires: Atlántida.

Heidegger, M. (1966). "Identidad y diferencia". *Revista de Filosofía*, Sociedad Chilena de Filosofía y Universidad de Chile, XIII, 1, diciembre, 81-93. Disponible en <https://revistas.uchile.cl/index.php/RDF/article/download/44529/46555/0> [consulta, abril de 2019].

Apartado II

Investigaciones sobre líneas de trabajo

II-A. Medicalización, biomedicalización y políticas de la vida

En esta línea de investigación se propuso la presentación de trabajos que tomaran como referencia teórico-metodológica las perspectivas de la medicalización, la biomedicalización y las políticas de la vida, para analizar las problemáticas relacionadas con la salud mental, la niñez y los derechos humanos.

Si bien estas perspectivas tienen algunas diferencias de calibre en sus enfoques, comparten el interés destacado por la niñez como un sector de la población cuya salud mental y sus derechos congregan el accionar de diferentes saberes, discursos, prácticas, valores, normativas, dispositivos, tecnologías, instituciones y poderes.

En consonancia con las demás líneas de investigación del Encuentro realizado, se convocaron a investigaciones que relevaran, analizaran y problematizaran fenómenos en los que la salud mental, la niñez y los derechos humanos convergieran, junto con otros actores y fuerzas sociales, en torno a procesos de medicalización, biomedicalización y políticas de la vida.

Debates sobre el derecho a la salud mental: la indicación y prescripción de psicofármacos en población infanto-juvenil en la estrategia de Atención Primaria de la Salud (Rosario, Santa Fe)

Sandra Silvana Gerlero y Ana Cecilia Augsburger

Introducción

La Ley Nacional de Salud Mental (N°26.657/2010) y su Decreto Reglamentario (603/2013), promueven la efectiva protección de los derechos de las personas con padecimiento psíquico e impulsan cambios y adecuaciones de las prácticas y los modelos de intervención destinados al cuidado de la salud mental. Su entrecruzamiento con la Ley de Protección Integral delos Niños, Niñas y Adolescentes (N°26.061/2005), consolida una transformación de paradigmas que atañe al campo de la niñez, y que implica el pasaje de la infancia como objeto, a la infancia como sujeto de pleno derecho. La ruptura con el paradigma tutelar y la consolidación de un paradigma de protección integral permitió avanzar en el establecimiento de políticas sociales y sanitarias de la niñez basadas en la garantía de derechos.

Sin embargo, vale señalar que el enfoque de derechos propuestos mantiene una fuerte tensión en los contextos y espacios sociales concretos, ya que no sólo implica transformaciones jurídicas sino también, y al mismo tiempo, profundos cambios en la cultura social e institucional.

De manera que, de la mano de esta dupla legislativa se configura un escenario privilegiado para analizar las políticas de salud mental en la infancia y su correspondencia con las prácticas de cuidado que consideren efectivamente a niños, niñas y adolescentes como sujetos de derechos.

La creciente complejidad social y sanitaria ha generado nuevas y mayores demandas a los servicios de salud mental, cuyo compromiso no sólo se liga a problemas históricos de la infancia, sino a situaciones vinculadas con problemáticas familiares y territoriales difíciles de abordar sólo desde el sector salud, y muy diversas en sus expresiones concretas. No siempre los requerimientos a los que se ven sujetas las instituciones permiten elaborar respuestas acordes y coherentes a las exigencias de los recientes principios instituidos.

Aun cuando durante los últimos años diversos documentos internacionales, nacionales y regionales incentivan la búsqueda de adecuación entre los principios jurídicos, las políticas, los programas y las acciones de los sujetos implicados, se hace evidente que operan múltiples obstáculos para lograr efectiva coherencia (Barcala, 2015). Son numerosos los autores que coinciden en señalar que al momento actual y en el campo de la infancia, el reconocimiento jurídico de los niños y niñas como sujetos de derechos no garantiza su cumplimiento efectivo en todas las circunstancias y espacios concretos (Bustelo, 2007; Luciani, 2010).

Conforme lo expuesto, resulta esencial investigar y relevar el quehacer de las políticas públicas en salud mental, en especial aquellas que atañen a la niñez, en la medida que constituyen un esfuerzo del Estado que tiene por destino apuntalar los mecanismos de protección. Al mismo tiempo, es oportuno interrogar las respuestas brindadas por los servicios y los profesionales de salud que operan como productores e intermediarios institucionales en el cumplimiento efectivo de los derechos (Luciani, 2010).

Atendiendo al plano normativo de los cuidados en salud mental, la legislación instituida y el Plan Nacional de Salud Mental que se formuló en 2013, se estableció que las modalidades de abordaje para los problemas de salud mental privilegiaran el acceso a la atención de las personas con padecimiento psíquico fuera del ámbito de internación, el desarrollo de los servicios de carácter comunitarios basados en los principios de la atención primaria de la salud, y las prácticas interdisciplinarias e intersectoriales.

Asimismo, se fijaron pautas claras para los procesos terapéuticos que requieren tratamiento psicofarmacológico estableciendo criterios para la prescripción de medicación, así como sustentando el derecho a contar con información adecuada a disponer de autonomía en las decisiones y a garantizar el consentimiento de la persona que lo recibe.

Sin embargo, como se ha señalado en un trabajo previo, el debate instalado a partir del nuevo paradigma no puede permanecer ajeno a las situaciones paradójicas que se establecen en el ejercicio cierto del derecho a la salud. Se destaca en particular que las posibilidades reales de acceso a los psicofármacos, como logro y expansión de los cuidados de salud mental integrados en la estrategia de atención primaria, presenta aristas contradictorias en el marco del proceso social creciente, y cada vez más aumentado, de intervenir medicalizando la vida cotidiana de las personas. Como señalan diversos estudios en Latinoamérica, se trata de reflexionar sobre la características y

el compromiso de los servicios de salud en torno de las respuestas que se elaboran sobre los procesos vitales como la sexualidad, el nacimiento, el dolor y la muerte, y las circunstancias sociales y políticas vinculadas a la escuela, violencia, la incertidumbre, el trabajo, etcétera, todos ellos ámbitos donde se produce sufrimiento (Augsburger y Gerlero, 2017).

Conforme los elementos expuestos, y atendiendo al debate que supone la garantía del derecho a la salud en un proceso socio-sanitario complejo, que se tensiona al plasmar políticas sanitarias que garanticen la equidad y el acceso a los servicios de salud mental, no habría que soslayar, como señala Alicia Stolkiner (2010), que el derecho a la salud incluye también el derecho a la no medicalización. Y que la posibilidad de disponer de medicamentos psicofarmacológicos en el primer nivel de atención es indivisible de prácticas asistenciales integrales, así como de la disponibilidad de los múltiples y variados recursos terapéuticos que no se reducen a la prescripción y consumo de medicamentos.

El concepto de medicalización social, trabajado ampliamente en las ciencias sociales por Iván Illich (1975), Peter Conrad (1982), Michel Foucault (1996) y Eduardo Menéndez (1990), entre otros, es utilizado en investigaciones recientes que coinciden en señalar que la utilización de psicofármacos se ha acrecentado en las últimas décadas, y que la población infantil constituye un nuevo grupo poblacional en el que se ha incentivado el consumo (Faraone, 2008; Faraone *et al.*, 2009a; Bustelo, 2005; Untoiglich, 2014; Bianchi *et al.*, 2016). La medicalización implica un proceso continuo de expansión de las categorías e intervenciones de la medicina hacia nuevos ámbitos de la vida, los comportamientos y las relaciones sociales. Esta compromete una redefinición de eventos vitales en términos médicos. Y en referencia a la niñez significa que el cuidado, la socialización y la formación en la infancia se tornan objeto de la incumbencia médica (Brzozowski y Cucurullo, 2013; Colangelo, 2017).

En consonancia con esta perspectiva, el uso de psicofármacos en ese grupo etario puede analizarse desde la noción de *patologización*. Son valiosos los aportes que la definen como un proceso que transforma y traslada características o rasgos del sujeto en patologías. Diversos autores afirman que en la actualidad existen una serie de prácticas que llevan a patologizar la conducta y comportamiento de los niños y niñas de diferentes formas, cuando el proceso de desarrollo infantil se encuentra “fuera de la norma”, y a inaugurar el comienzo del uso de psicofármacos (Untoiglich, 2014; Janin, 2013).

De manera que se halla un conjunto de autores que adoptan una visión reflexiva y crítica sobre el consumo de psicofármacos en la población infantil, como respuesta a los problemas de los procesos vitales y la vida cotidiana propios de este grupo etario (Faraone *et al.*, 2009b; Iriart e Iglesias Ríos, 2012; Freitas y Amarante, 2015; Miguez, 2015).

Complementando esa línea de indagación, que vincula los procesos de medicalización social con el consumo de psicofármacos, otras investigaciones interrogan el proceso de prescripción de esos medicamentos al interior de la red de servicios de salud, ponderando las estrategias de gestión y actuación de los servicios y los profesionales de salud mental conforme las prácticas que desarrollan. Focalizando en la variedad de potenciales respuestas terapéuticas para abordar los problemas de salud mental se hallan estudios que analizan la trayectoria de atención y el recorrido que transita la población previa y posteriormente a la indicación de los medicamentos, así como la banalización de la prescripción de psicofármacos en los servicios de salud (Andrade Ferrazza *et al.*, 2010).

La medicación psicofarmacológica también ha sido objeto de trabajos que examinan los criterios de su prescripción y uso racional, la adecuación de su indicación conforme diagnósticos, y el cumplimiento de las pautas legales que rigen su indicación (Falcão *et al.*, 2007; López Peig *et al.*, 2006; Andrade *et al.*, 2004).

De modo que el consumo de psicofármacos, tanto en la población adulta como de niños, niñas y jóvenes, da cuenta de un fenómeno complejo y una temática que ha adquirido mayor relevancia en las últimas dos décadas en forma de debates académicos, políticos y de investigación. Pese a ello, son escasos en el contexto nacional y local los estudios con enfoque epidemiológico, sobre la indicación y utilización de psicofármacos, y más aún aquellos que denotan la situación actual de la provisión de tratamientos en la población que accede a los centros de salud de atención primaria y en particular de la población infantil.

Este trabajo se detiene particularmente sobre la prescripción de psicofármacos en el grupo infanto-juvenil como modalidad de cuidado y de respuesta profesional e institucional ofrecida por la red sanitaria de atención primaria en el municipio de Rosario. Para elaboración del problema y las hipótesis que lo guían se retomaron resultados obtenidos en investigaciones previas, así como el conocimiento disponible de referentes nacionales, regionales y locales en la problemática.

Una primera línea de indagación, que antecedió a la temática que se presenta, buscó evaluar el estado de situación de las políticas en salud mental, la legislación específica y las organizaciones de los servicios de salud mental en provincias seleccionadas del país. Uno de los hallazgos más sustantivos de ese diagnóstico inicial alertó sobre el insuficiente desarrollo de servicios y dispositivos dedicados al cuidado de la atención de la salud mental infantil en el país, así como la notoria ausencia de información sanitaria y epidemiológica sobre sus problemas prevalentes (Gerlero y Augsburger, 2012).

Dando continuidad a ese estudio, en segundo lugar, se analizó el avance y el grado de inclusión de los cuidados de salud mental en la estrategia de atención primaria de salud en algunos centros urbanos del país como un eje privilegiado de los procesos de reforma del sector (Gerlero *et al.*, 2011). Problematicando las condiciones de accesibilidad a los servicios frente a los problemas de salud mental, se destacaron la expansión y distribución territorial de los servicios del primer nivel de atención que bregan por garantizar, con modalidades heterogéneas, la continuidad de los cuidados e integralidad de las respuestas en la red de atención. Conforme los resultados hallados, se destacó la experiencia en la política sanitaria del municipio de Rosario, que ha sostenido un proceso de descentralización de la atención de los problemas de salud mental y garantizado la continuidad de los tratamientos en servicios territorialmente localizados.

Posteriormente, como continuación de la línea de investigación propuesta, se colocó la problemática de la accesibilidad y la prescripción de psicofármacos como un componente nuclear de la capacidad resolutoria de los servicios y del acceso equitativo a los cuidados de salud. En un primer estudio sobre la temática, realizado entre 2015 y 2016, los hallazgos señalaron que la cobertura de los medicamentos esenciales en salud mental en la población de Rosario era muy amplia y que esto podría ubicarse como un logro de los años de expansión y de consolidación de la atención primaria a nivel local. Además se mostró la existencia de dispositivos y normas institucionales que favorecen la accesibilidad a los psicofármacos; lo cual, y conforme un parámetro de equidad, revela una garantía de acceso para disponer de estos medicamentos.

Los hallazgos describieron la magnitud y la frecuencia de medicamentos psicofarmacológicos prescritos en el conjunto de los centros de salud y los principales grupos de fármacos indicados, identificando las especialidades de los médicos que operaban como prescriptores. Se reconoció la prescrip-

ción de medicamentos ansiolíticos y antipsicóticos en niñas y niños por parte de pediatras, psiquiatras y médicos generales de atención primaria.

El conjunto de estos resultados apuntaló la necesidad de debatir algunas controversias y contradicciones que el acceso y la disponibilidad de obtención de la medicación supone para los servicios de salud y para la situación de salud de la población infantil. En particular, es relevante centrar la reflexión sobre la calidad de los procesos de cuidado y de las decisiones terapéuticas referidas a la indicación de psicofármacos, así como interrogar las modalidades de las estrategias terapéuticas con las que se responde a las demandas generadas por la población infantil.

Al mismo tiempo, no puede eludirse el conflicto entre la expansión de los cuidados en salud y el proceso de medicalización de la vida diaria de las personas. Resulta paradójica la situación que deviene de los logros de la expansión de los cuidados en atención primaria y la accesibilidad al tratamiento con relación a los procesos de medicalización y patologización de la infancia. Estos últimos representan hoy, sin duda, una señal de alarma para la implementación de la política sanitaria, la gestión de los servicios de salud y las respuestas que los equipos profesionales brindan a los padecimientos psíquicos.

Atendiendo a lo expuesto, la exposición que se comparte sintetiza un recorte de una investigación que persigue el objetivo de elaborar el padrón epidemiológico de la población de niños, niñas y jóvenes con tratamiento psicofarmacológico dispensado en Centros de Salud del municipio de Rosario.

Enfoque metodológico

Asumiendo un enfoque epidemiológico, se sistematizó y analizó la información de los medicamentos psicofarmacológicos prescritos en Atención Primaria. Se identificó la población infantil en tratamiento con psicofármacos en los centros de salud del municipio de Rosario.

El estudio comprendió un total de 42 centros de salud dependientes de la Dirección General de Centros de Salud de la Secretaría de Salud Pública municipal. Representan la mayoría de los centros de salud (42 sobre un total de 54), seleccionados según disponibilidad de profesionales especializados, recursos organizativos de farmacia para la provisión y dispensación de los psicofármacos. Estas organizaciones sanitarias se distribuyen estratégica

y territorialmente en los seis distritos de la ciudad de Rosario y cuentan con equipos de profesionales multidisciplinarios (médicos/as clínicos/as y/o generales, pediatras, enfermeros/as, psicólogos/as, trabajadores/as sociales, farmacéuticos/as entre otros). También hay profesionales de otras especialidades médicas, entre los que se halla un grupo de psiquiatras, que actúan bajo una modalidad organizativa y funcional de “soporte matricial de referencia territorial” para brindar mayor capacidad resolutive a los equipos de atención primaria.

Los datos se obtuvieron de fuentes secundarias de Auditoría Central de Farmacia y Servicios de Salud correspondientes a un semestre del año 2016.

La clasificación de los psicofármacos se elaboró en base a la taxonomía que señala la Organización Mundial de la Salud, que establece grupos de fármacos conforme a los trastornos mentales según la décima edición de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10)(Cuadro 1). La totalidad de los datos recabados se procesaron con Software Estadístico SPSS (versión 11.5/ Windows XP); y el análisis contempló el uso de herramientas de estadística descriptiva.

Cuadro 1. Clasificación de drogas psicofarmacológicas según diagnóstico

Diagnóstico de trastorno mental	Recomendación de grupo de fármaco
Trastornos psicóticos	Grupo I
Trastornos depresivos	Grupo II
Trastornos bipolares	Grupo III
Ansiedad y trastornos del sueño	Grupo IV
Trastornos obsesivo-compulsivo y pánico	Grupo V
Otros – Trastornos convulsivos	Grupo VIII

Fuente: OMS (2010).

Resultados preliminares

En el semestre analizado de 2016 se realizaron 7.671 prescripciones de psicofármacos de las cuáles 403 (5%) se refirieron a la población infantil. El conjunto de indicaciones estuvo destinado a 4.956 pacientes usuarios/as de los 42 Centros de Atención Primaria que se incluyeron en el estudio. Se atendieron 299 niños, niñas y jóvenes, lo que representó el 6% de la pobla-

ción total. El promedio de prescripción de psicofármacos que recibieron niños, niñas y jóvenes fue de 1,3.

Conforme la organización territorial de la red de servicios y la distribución entre los seis distritos que estructura la atención sanitaria en el municipio, se reveló que la población infantojuvenil es referente de todo el ejido municipal. El distrito noroeste acumuló la mayor proporción de pacientes con prescripciones, con más de un tercio del total (33%), seguido del distrito sudoeste, que reunió aproximadamente el 21% de población infantil con prescripción psicofarmacológica (Cuadro 2).

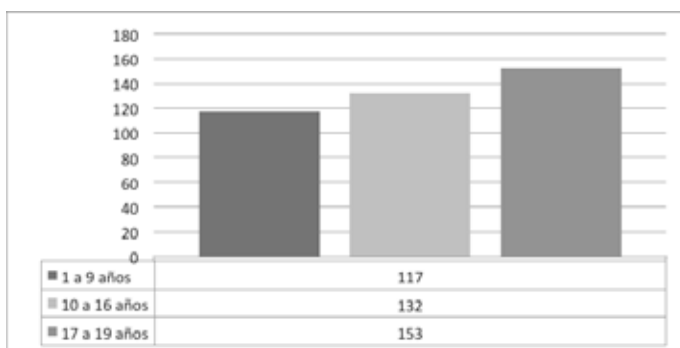
Cuadro 2. Población infanto-juvenil en tratamiento psico-farmacológico según distritos sanitarios y sexo

Distrito según centro de salud	Varones	Mujeres	Total
Centro	5	3	8
Noroeste	58	41	99
Norte	30	15	45
Oeste	30	18	48
Sudoeste	37	27	64
Sur	16	18	34
Sin datos		1	1
Total	176	122	299

Fuente: Elaboración del estudio conforme información de Auditoría Central de Farmacia y Servicios de Salud. Secretaría de Salud Pública del municipio de Rosario.

Al distinguir los grupos etarios para el conjunto de la población infantojuvenil, se destacó que el mayor número de prescripciones es para el grupo de 10 años o más. De los 299 usuarios y usuarias que recibieron medicación, el 70% tenían al momento de la indicación entre 10 y 19 años de edad, mientras que el restante 30% era menor a una década de vida. Una mayor desagregación de los grupos mostró que la proporción de prescripciones realizadas se incrementa a medida que aumenta la edad de la población, el 31,5% de las indicaciones se realizó a menores de 10 años, el 33% en el grupo de 10 a 16 años y la mayor proporción, el 35,5%, entre jóvenes que tenían entre 17 y 19 años (Gráfico 1).

Gráfico 1. Prescripciones realizadas según grupos de edad



Fuente: Elaboración del estudio conforme información de Auditoría Central de Farmacia y Servicios de Salud. Secretaría de Salud Pública del municipio de Rosario.

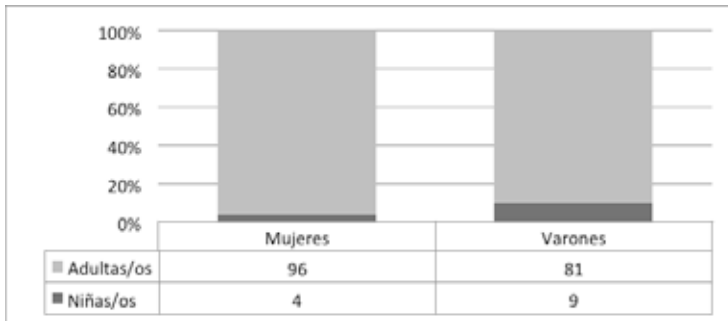
La distribución de la población infantil según género expresó que el 59% (176) de los varones recibieron medicación de psicofármacos, mientras que la indicación alcanzó al 41% (123) de las niñas y jóvenes mujeres.

Al indagar al interior de cada grupo etario, se halló que los y las menores que recibieron medicación presentaron paridad genérica entre quienes tenían menos de 10 años de edad, mientras que entre los 10 y 19 años fueron los varones los que acumularon mayor cantidad de prescripciones de psicofármacos.

Al comparar la población de niños y jóvenes varones medicados en relación a todos los varones el peso de la prescripción de psicofármacos representa el 9%. Mientras que la magnitud de niñas y jóvenes con medicación entre la población de mujeres, alcanza el 4%, es decir menos de la mitad que lo varones (Gráfico 2).

Los resultados del análisis sobre las prescripciones realizadas (N: 403) a la población de niños, niñas y jóvenes según el tipo de fármaco, señalan que los ansiolíticos fueron el principal grupo de psicofármacos, con el 41% de las prescripciones registradas. En segundo lugar, se observó medicación indicada para trastornos psicóticos (28%); y en orden semejante, aquellos provistos para trastornos bipolares (24%). El cuadro 3 describe la magnitud del conjunto de las prescripciones conforme la recomendación para cada uno de los grupos propuesta por OMS.

Gráfico 2. Relación entre población adulta y población infantil con tratamiento psicofarmacológico según sexo



Fuente: Elaboración del estudio conforme información de Auditoría Central de Farmacia y Servicios de Salud. Secretaría de Salud Pública del municipio de Rosario.

Cuadro 3. Frecuencia de prescripciones según tipo de psicofármacos y trastornos mental

Grupo de fármacos OMS (2010)	Recomendaciones de uso según diagnóstico de trastorno mental	Frecuencia	%
Grupo I	Trastornos psicóticos	113	28
Grupo II	Trastornos depresivos	11	3
Grupo III	Trastornos bipolares	97	24
Grupo IV	Ansiedad y trastornos del sueño	166	41
Grupo VIII	Otros – Trastornos convulsivos	15	4
Todos los grupos		402*	100

Nota: *Una prescripción figura según medicamento por trastorno de dependencia en un menor de 10 años.

La medicación para los trastornos de ansiedad presenta proporciones semejantes entre los grupos de edades. A diferencia de esto, los fármacos antipsicóticos aumentan a medida que se incrementa la edad, acumulando un 18% de esta indicación en la población menor de 10 años, el 33% en aquellos y aquellas que tenían entre 10 y los 16 años y concentra el 49% de las prescripciones para problemas de salud mental graves, el grupo de 17 a 19 años de edad.

Cuando se analizó la situación para cada uno de los grupos de psicofármacos los hallazgos pusieron en evidencia que los ansiolíticos representaron, tanto para varones como para mujeres, el tipo de medicamento más prescrito. Entre las niñas y jóvenes acumuló el 44% (73) de la totalidad de prescripciones (165) y la mayor cantidad se indicó en las edades más precoces, entre un año y los 9 años. En el grupo de varones representó el 39% (93) de todas las prescripciones de psicofármacos (237) y más frecuentemente indicado entre los mayores, de 17 a 19 años.

Los medicamentos clasificados como antipsicóticos se indicaron con mayor magnitud en los varones, con el 31% comparado con el 24% en las mujeres niñas y jóvenes.

Por último, los medicamentos estabilizadores del ánimo o para trastornos bipolares mostraron una distribución más pareja entre varones (23%) y mujeres (25%).

Los y las profesionales que realizaron la prescripción de psicofármacos pertenecían a distintas especialidades, tal como se muestra en el cuadro 4.

Cuadro 4. Prescripciones por tipo de psicofármaco a la población infantojuvenil según especialidad médica

Perfil profesional	Ansiedad	Anti convulsivos	Bipolares	Dependencia	Anti depresivos	Anti psicóticos	Total
Médico	125	11	80	1	8	75	300
Pediatría	37	2	17	-	0	18	74
Psiquiatría	4	2	0	-	3	20	29
Total	166	15	97	1	11	113	403

Fuente: Elaboración del estudio conforme información de Auditoría Central de Farmacia y Servicios de Salud. Secretaría de Salud Pública del municipio de Rosario.

Reflexiones provisionarias

La escasez de estudios previos refuerza la necesidad de contar con información epidemiológica de la población consultante que permita problematizar aspectos de la calidad de los procesos de cuidado y de las decisiones terapéuticas referidas a la indicación de psicofármacos en la población in-

fantojuvenil. Monitorear la adecuación de los tratamientos, la reevaluación de los diagnósticos y su duración podría contribuir evitando procesos de medicalización en la población usuaria.

Se aspira a que la consecución del estudio abone a una agenda de debate para valorar de manera sistemática las características contradictorias y paradójicas que podrían establecerse entre las posibilidades efectivas de acceso a la medicación en el primer nivel de atención y el proceso social creciente, cada vez más expandido, de intervenir medicalizando la vida cotidiana de grupos poblacionales altamente vulnerables.

Bibliografía citada

Andrade Ferrazza, C.A. Luzio, L.C. da Rocha y R. Rodrigues San-ches (2010). “A banalização da prescrição de psicofármacos em um ambulatório de saúde mental”. *Paidéia*, 20, 47, 381-390. Disponible en http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-863X2010000300010&script=sci_abstract&tlng=pt [consulta, abril de 2019].

Andrade, M.F., R.C. Garcia de Andrade y V. dos Santos (2004). “Prescrição de Psicotrópicos: avaliação das informações contidas em Receitas e notificações”. *Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas*, 40, 4, 471-479. Disponible en <http://www.scielo.br/pdf/rbcf/v40n4/v40n4a04.pdf> [consulta, abril de 2019].

Augsburger, A.C. y S.S. Gerlero (2017). “La accesibilidad al tratamiento farmacológico en la estrategia de Atención Primaria de la Salud. Una mirada crítica sobre las paradojas del derecho a la salud”. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, 9, 24, 96-122. Edição Especial III Fórum de Direitos Humanos e Saúde Mental, Florianópolis, Brasil. Disponible en <http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/issue/view/IIIFDHSM> [consulta, abril de 2019].

Barcala, A. (2015). “La medicalización de la niñez: prácticas en salud mental y subjetividad de niñas, niños y adolescentes con sufrimiento psicosocial”, en A. Barcala y L. Luciani Conde (comp.) *Salud mental y niñez en la Argentina. Legislaciones, políticas y prácticas*. Buenos Aires: Teseo.

- Brzozowski, F. y S. Cucurullo de Caponi (2013). “Medicalização dos Desvios de Comportamento na Infância: Aspectos Positivos e Negativos”. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 33, 1, 208-221.
- Bustelo, E.S. (2007). *El recreo de la infancia. Argumentos para otro comienzo*. Argentina: Siglo Veintiuno.
- Colangelo, A. (2017). “Medicalización de la crianza infantil: un proceso para pensar aportes conceptuales desde la antropología médica”, en C. B. Tello (ed.), *Antropología e intervención social desde la formación en Trabajo Social*. La Plata: Universidad Nacional de La Plata.
- Conrad, P. (1982). “Sobre la medicalización de la anormalidad y el control social”, en D. Ingleby (ed.) *Psiquiatría crítica. La política de la salud mental*. Barcelona: Crítica-Grijalbo.
- Falcão, I.M., A. Monsanto, J. Baltazar Nunes y J.M. Falcão (2007). “Prescrição de Psicofármacos em Medicina geral e Familiar: um estudo na Rede médicos-sentinela”. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 23, 17-30.
- Faraone, S. (2008). “Medicalización de la infancia: Una mirada desde la complejidad de los actores y de las políticas”. *Topía*. Disponible en <https://www.topia.com.ar/articulos/medicalizaci%C3%B3n-de-la-infancia-una-mirada-desde-la-complejidad-de-los-actores-y-las-pol%C3%ADtic> [consulta, abril de 2019].
- Faraone, S., M.A. Barcala, F. Torricelli, E. Bianchi, I. Ballesteros, V. López Casariego (2009a). *Medicalización/medicamentación de la infancia: acerca de las prácticas y discursos médicos*. Buenos Aires: Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencia Sociales.
- Faraone, S., A. Barcala, E. Bianchi y F. Torricelli (2009b). “La industria farmacéutica en los procesos de medicalización/medicamentación en la infancia”. *Margen*, 54, 1. Disponible en <https://www.margen.org/suscri/margen54/faraone.pdf>. [consulta, abril de 2019].
- Foucault, M. (1996). *La vida de los hombres infames*. Buenos Aires: Altamira.
- Freitas, F. y P. Amarante (2015). *Medicalização em Psiquiatria*. Rio de Janeiro: Fiocruz.

- Gerlero, S.S., A.C. Augsburger, P.M. Duarte, D.I. Yanco y R. Gómez (2011). "Salud mental y atención primaria. Accesibilidad, integridad y continuidad del cuidado en centros de salud de grandes centros urbanos en Argentina". *Revista Argentina de Salud Pública*, 2, 9, 24-29. Ministerio de Salud de la Nación. Disponible en <http://www.rasp.ms.gov.ar/rasp/edicioncompleta/RASPVolumen-IX.pdf> [consulta abril de 2019]
- Gerlero, S.S. y A.C. Augsburger (comp.) (2012) *La salud mental en Argentina: avances, tensiones y desafíos*. Rosario: Laborde.
- Ilich, I. (1975). *Nemesismédica: la expropiación de la salud*. México: Barral.
- Iriart, C. y L. Iglesias Ríos (2012). "Biomedicalización infancia: trastorno de déficit de atención e hiperactividad". *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 16, 43, 1011-23. Disponible en <http://www.scielo.br/pdf/icse/v16n43/aop5112.pdf> [consulta, abril de 2019].
- Janin, B. (2013). "La desatención y la hiperactividad en los niños como modo de manifestar el sufrimiento psíquico". *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 3, 2, 55-79. Disponible en <http://revista.psico.edu.uy/index.php/revpsicologia/article/view/162/153> [consulta, abril de 2019].
- Luciani, L. (2010). "La protección social de la niñez: subjetividad y pos derechos en la segunda modernidad", *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 8, 2, 885-899. Doctorado en Ciencias Sociales, Niñez y Juventud del Centro de Estudios Avanzados en Niñez y Juventud de la Universidad de Manizales y el CINDE. Disponible en <http://www.umanizales.edu.co/revistacinde/index.html> [consulta abril de 2019].
- López-Peig, C. R.C. Serrano-Fuentes, A. Valverde-Trillo, B. Casabella-Abril y X. Mundet-Tudurí (2006). "¿Quién controla a los enfermos tratados con fármacos psicótrópos en atención primaria?". *Atención Primaria*, 37, 8. Disponible en <https://core.ac.uk/download/pdf/82338293.pdf> [consulta abril de 2019].
- Menéndez, E. (1990). *Morir de alcohol. Saber e ideología médica*. México: Alianza.

- Míguez, M. (coord.) (2015). Patologización de la infancia. Aportes críticos en clave interdisciplinar. Buenos Aires: Estudios Sociológicos. Disponible en http://estudiosociologicos.org/-descargas/eseditora/patologizacion-dela-infancia_maria-noel-miguez-coordinadora.pdf [consulta abril de 2019].
- OMS (2010). *Tratamiento farmacológico de los trastornos mentales en la atención primaria de salud*. Organización Panamericana de la Salud. Disponible en https://www.who.int/mental_health/management/psychotropic_book_spanish.pdf [consulta abril de 2019].
- Stolkiner, A. (2010). Derechos humanos y derecho a la salud en América Latina: la doble faz de una idea potente. *Medicina Social/Social Medicine*, 5, 1.
- Untoiglich, G. (2014). Medicalización y patologización de la vida: situación de las infancias en Latinoamérica. *Nuances: estudios sobre Educación, Presidente Prudente*, 25, 1, 20-38. Disponible en <http://revista.fct.unesp.br/index.php/Nuances/article/viewFile/2743/2515> [consulta, abril de 2019].

Diez años de investigaciones sobre TDAH en Argentina desde las ciencias sociales. Balance y desafíos

Silvia Faraone, Eugenia Bianchi, Flavia Torricelli, Costanza Leone, Milagros Oberti y Ana Silvia Valero

Introducción

Este artículo sistematiza algunas líneas de análisis trabajadas en el libro *Medicalización, salud mental e infancias: perspectivas y debates desde las ciencias sociales. Investigaciones desde el sur de América Latina* (Faraone *et al.*, 2018a), más específicamente en el capítulo “Actores sociales en torno al TDAH en las infancias. Una década de investigaciones en Argentina”, de las autoras de la presentación.

Diferentes estudios académicos de los cinco continentes (Bergey *et al.*, 2018) dan cuenta de un doble engarce entre las tendencias más globales y coincidentes, ligadas a la penetración en todo el mundo de procesos de medicalización de diagnósticos como el del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), y las particularidades que los mismos adquieren en cada país, donde el campo de actores sociales, fuerzas intervinientes, saberes, prácticas, tecnologías y dispositivos se configura de modos específicos y da pie a múltiples efectos.

Argentina no es ajena a este doble movimiento, ya que algunas características del proceso en nuestro país remiten a tendencias más amplias, sean estas globales o regionales, y en otras cuestiones Argentina supone una nota disonante respecto de los procesos generales (Faraone *et al.*, 2018b; Bianchi *et al.*, 2016, 2017). Esta circunstancia, verificada en nuestras investigaciones –tanto individuales como formando parte del Grupo de Estudios sobre Salud Mental y Derechos Humanos del Instituto de Investigaciones Gino Germani de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires– y refrendada en las colaboraciones con otros equipos de investigación, se vincula con que “la medicalización no es un proceso unívoco, homogéneo o general” (Bianchi *et al.*, 2016: 459), y con la necesidad de remarcar por ello el carácter complejo, no armónico ni definitorio del proceso.

En esta ponencia presentamos una sistematización de algunos elementos de la problemática vinculada a los procesos de diagnóstico y tratamiento por TDAH en niños y niñas en Argentina.

Analizamos libros y revistas especializadas, sitios de Internet y artículos periodísticos de prensa escrita, normativa vigente, y realizamos 84 entrevistas semiestructuradas, individuales y grupales, entre 2007 y 2017. Durante todo el período señalado se realizaron entrevistas a profesionales de la salud que ejercían su actividad en la Ciudad de Buenos Aires y la provincia de Buenos Aires, mientras que durante el período 2007 y 2008 se incluyeron entrevistas a profesionales de salud y educación de las provincias de Salta, Tierra del Fuego y Corrientes. Las mismas se seleccionaron como puntos muestrales porque representaban a regiones del país con diferentes intensidades de dispensación de metilfenidato y atomoxetina en relación a la población de entre 5 y 19 años (Faraone *et al.*, 2008). Durante esos diez años también se entrevistaron informantes clave del campo médico y la industria farmacéutica, entre ellos agentes de propaganda médica, farmacéuticos y líderes de opinión de laboratorios. Además, entre 2009 y 2013, asistimos a reuniones científicas y profesionales, congresos, ciclos de charlas, seminarios, jornadas, simposios, convocatorias y presentaciones de libros, que giraban en torno a la problemática de la infancia y la salud mental, y el TDAH en particular, con un total de 21 jornadas.

En nuestra investigación arribamos a resultados en torno a tres vectores de los debates que se caracterizan por ir “más allá de los médicos” (Bianchi *et al.*, 2016) e involucrar a otros actores sociales. En estos vectores los profesionales médicos tienen injerencia, pero se constituyen también otros actores sociales como relevantes, sobre los que precisamente nos interesa poner el foco en esta ponencia. Con esta estructura de análisis, en esta ponencia abordamos las discusiones en torno al tratamiento medicamentoso y la industria farmacéutica, puntualmente en lo referido a las estrategias de marketing de psicofármacos para niños y niñas. Nos interesa puntualizar sobre la mixtura de las estrategias de marketing, que tienen un polo orientado hacia los médicos, pero otro que toma como blanco a otros actores, principalmente docentes y padres.

La historia del metilfenidato en Argentina

El metilfenidato es un psicoestimulante del sistema nervioso central, que había dejado de comercializarse en Argentina décadas atrás. A principios

de los noventa se reinició su venta en el país, en respuesta a la demanda de padres y médicos “interesados en acceder a la droga sin tener que gestionar su compra en Estados Unidos” (Carbajal, 2007: 238).

Con matices, este acontecimiento surge en las entrevistas realizadas. Profesionales de diferentes disciplinas refirieron que el metilfenidato se había dejado de comercializar en los setenta, cuando era indicado para el tratamiento de la obesidad (aunque bajo otra forma farmacológica) y fallecieron algunas mujeres que lo utilizaban. Estos efectos en la población adulta derivaron en alarmas elevadas desde la Asociación de Cardiología, y el metilfenidato dejó de venderse. Además del uso como anorexígeno era empleado ya desde entonces por estudiantes universitarios, previo a los exámenes, dado su acción estimulante.

De acuerdo a las entrevistas, a mediados de los noventa un laboratorio multinacional con filial en Argentina reunió a un grupo de neurólogos para que presionaran al Ministerio de Salud, a fin de permitir la reincorporación de la droga en el vademécum nacional. Otra línea convergente documentada también en las entrevistas ubica para la misma época la realización de diversas presentaciones sobre el metilfenidato y su utilización para el TDAH por parte de un neurólogo argentino, formado en Estados Unidos, y auspiciadas por el laboratorio que luego comercializaría el fármaco.

El diagnóstico y el tratamiento farmacológico del TDAH tuvieron amplia recepción en la zona que abarca el norte de la ciudad de Buenos Aires y localidades del norte del Conurbano Bonaerense, áreas de alto poder adquisitivo. Esta circunstancia marca un perfil específico del fenómeno en Argentina, ya que si bien los procesos por los cuales se diagnostica y trata a niños y niñas por TDAH se encuentran aún en curso (y por ello no cabría hacer señalamientos concluyentes), algunos profesionales consideran que se configuraron como un problema vinculado a sectores medios y altos urbanos, y a la educación privada de alta exigencia (Faraone *et al.*, 2008).

Así, laboratorios farmacéuticos, neurólogos, y padres de niños y niñas con diagnóstico de TDAH, aparecen en el entramado de actores en torno a la adquisición de un insumo que consideran esencial en ciertas terapéuticas, que abrieron la posibilidad para la emergencia y proliferación de diagnósticos y tratamientos para el TDAH en la Argentina e instituyeron el uso de esta medicación como tratamiento de primera línea. Estas alianzas de actores, frágiles e inestables, se conformaron en torno a objetivos no totalmente equiparables, aunque convergentes, y entre sus efectos se cuenta

que lograron delinear los contornos de un enlace que anuda el diagnóstico de TDAH tal como lo tipifica el *DSM*, con el tratamiento medicamentoso con metilfenidato. Pero esta misma reintroducción del metilfenidato habilitó a su vez toda una serie de discursos y prácticas que, tal como se desarrolló, ofrecieron y ofrecen una fuerte resistencia (Bianchi, 2010, 2012).

Políticas públicas, cobertura de medicación y TDAH

La complejidad del sistema de salud en Argentina marca una amplia variabilidad de coberturas de fármacos, lo que impacta en la adquisición de los medicamentos. Este país cuenta con un sistema por demás diferente al resto de los países de la región, ya que está conformado por un subsector estatal (nacional, provincial y municipal), un subsector de la seguridad social médica (con más de 300 obras sociales nacionales organizadas por rama de actividad, y obras sociales provinciales) y un subsector privado (Iriart, 2008).

En lo que respecta específicamente al metilfenidato, esta droga no estuvo incorporada al programa de medicación suministrada por el Estado nacional (Programa Remediar) que funcionó hasta el año 2016, y proveía a los centros de primer nivel de atención del Subsistema Estatal. Por otra parte, la Seguridad Social Nacional y el subsector privado cubren por vademécum el 40% de su precio (Superintendencia de Servicios de Salud, 2012). Sólo algunas obras sociales provinciales elevaron la cobertura hasta un 70% de su valor. Sumado a su empleo regular en períodos escolares, esto lo convierte en un medicamento de elevado costo para los sectores que no disponen de una cobertura social o que no pueden cubrir el valor diferencial.

En este punto reside una diferencia con la problemática en Uruguay, que María Noel Míguez trabajó. Sus estudios en Uruguay arrojan que la medicación abusiva con metilfenidato está destinada a poblaciones infantiles pobres, y orientada a mantenerlas en la pasividad (Míguez, 2010).

El devenir de la problemática en Argentina presenta la particularidad, hasta ahora, de enfocarse en una infancia que no está caracterizada por presentar una situación de vulnerabilidad o exclusión socioeconómica, de privación de derechos de acceso a la salud. Antes bien, quienes reciben la medicación son descriptos por los profesionales como niños y niñas de familias de clase media y alta, escolarizados muchas veces en instituciones de alta exigencia académica, y que asisten regularmente a la consulta con los profesionales de la salud, particularmente del subsector privado.

Sin embargo, en Argentina la asociación del TDAH con los diferentes niveles socio-económicos emergió especialmente en el campo escolar. En la investigación dirigida por Silvia Faraone (2008), se halló una cierta naturalización en el consumo de psicofármacos en niños y niñas diagnosticados con TDAH en sectores con situación socioeconómica media o alta. Según los médicos entrevistados, los niños y niñas de sectores medios y altos estaban expuestos a expectativas de exigencia y rendimiento social y académico, y el consumo de psicofármacos aparecía directamente asociado al cumplimiento de tales expectativas. Por el contrario, en población en situación de mayor vulnerabilidad social, tanto la desatención como la hiperactividad de un niño o niña fueron nominadas por los entrevistados o bien como “problemas de conducta” o bien como “características de la personalidad del niño”. Este enunciado podría estar asociado a que, a estos niños y niñas, según expresan algunos entrevistados, no se les atribuyen expectativas o posibilidades para aprender, sino que sólo se espera que no provoquen disturbios o desorden en el aula y que puedan sostenerse para transitar en el sistema escolar primario (Faraone *et al.*, 2008).

La industria farmacéutica: un actor clave para la penetración del tratamiento medicamentoso

Otro eje investigado por las autoras de este capítulo sistemáticamente en estos años remite al análisis de los procesos vinculados a los laboratorios farmacéuticos. En varios artículos (Faraone *et al.*, 2009, 2010; Bianchi *et al.*, 2016) se profundizó en el estudio de diferentes estrategias de marketing, algunas de las cuales están relacionadas especialmente con el metilfenidato.

El análisis de esta arista del fenómeno redundó en un contrapunto con los estudios anglosajones, en varios sentidos. Por un lado, es importante tener en cuenta que los estudios sobre la medicalización en el siglo XXI jerarquizan la incidencia de actores no médicos en los procesos de medicalización del TDAH (Conrad, 2005). De hecho, la medicalización vio remozada su potencialidad crítica al incorporar a las tecnologías como uno de los motores del cambio (*shifting engines*) en detrimento de los profesionales médicos como actores principales de la medicalización de la sociedad, y a la luz de la pérdida de algunos aspectos vinculados a su capacidad de ejercer soberanía y dominio frente a otros actores vinculados a tales procesos. Específicamente, algunos autores ubican en la década de 1980 el inicio de un doble movimiento que en el siglo XXI consolidó su especificidad. Por un lado, los pa-

cientes fueron adquiriendo prácticas asociadas a una lógica de consumo en lo atinente a las políticas de salud y la búsqueda de servicios médicos (Conrad, 2005); por otro lado, las organizaciones de atención gerenciada, la industria farmacéutica y algunas especialidades médicas concibieron a los pacientes como consumidores o mercados potenciales (Conrad, 2007; Iriart, 2008).

Los estudios anglosajones, además, remarcan la necesidad de atender a diferentes casos nacionales para comprender la migración del diagnóstico de TDAH a otros países. Peter Conrad y Meredith Bergey (2014) esbozaron algunos rasgos de lo que denominan la “inminente globalización del TDAH”, en el marco de la expansión de la categoría por fuera de Estados Unidos. El TDAH es ilustrativo en este sentido, ya que es un diagnóstico pionero en el empleo de psicofármacos para los problemas de conducta infantil, que redundan en altísimos beneficios para la industria farmacéutica (Conrad, 2005). En este panorama, en la actualidad Internet y los grupos de apoyo a pacientes y familiares se constituyen en actores insoslayables de los procesos de medicalización (Conrad *et al.*, 2004, 2010).

Sin embargo, y por otro lado, los fenómenos documentados en los países de América del Sur para este libro marcan la pauta de la especificidad de las configuraciones propia de cada país y que se están suscitando en relación a la globalización del TDAH como diagnóstico medicalizado, y permiten matizar social y culturalmente las argumentaciones realizadas por los autores anglosajones. En Argentina, en primer lugar, el sector salud ha experimentado una reforma silenciosa desde la década de 1990 (Iriart *et al.*, 2000). Se han producido profundas transformaciones sin un proyecto general explícito y sin una declaración ostensible de objetivos de parte del Gobierno o de los organismos multilaterales de crédito. Es en este marco de micro y macro políticas, y con desarrollos contradictorios, que los procesos de medicalización y biomedicalización en Argentina constituyen un caso paradigmático para el contexto de América Latina.

En segundo lugar, y analizando el caso argentino, para el TDAH las asociaciones y grupos de apoyo a pacientes y familiares en este país no alcanzan todavía ni la escala, ni la articulación con las empresas farmacéuticas que tienen en Brasil, Estados Unidos y otros países europeos. Tampoco es asimilable a la experiencia chilena, en la que organizaciones como Asociación Nacional de Padres y Amigos de Niños con Déficit Atencional han incidido en el diseño de políticas educacionales.

Lo distintivo del caso argentino, en lo que refiere a la incidencia de actores no médicos en los procesos de medicalización, reside en un modelo de marketing farmacéutico basado en una orientación múltiple y a la vez articulada. El modelo que se delinea de acuerdo a lo relevado consiste en una mixtura versátil entre un marketing orientado al médico, en el cual el profesional es el objetivo principal, y uno orientado al consumidor, que incluye a la familia y a la escuela (Bianchi *et al.*, 2015).

Esta mixtura del modelo de marketing psicofarmacéutico infantil en Argentina pone en evidencia que las periodizaciones realizadas en los estudios anglosajones, que postulan el predominio de actores médicos en el siglo XX y el paso a actores no médicos en el siglo XXI en los procesos de medicalización, deben ser reconsideradas en los análisis del TDAH en nuestro país, ya que aquí no es asimilable como un proceso de sucesión de etapas. En esta estrategia al menos bifronte, se mantiene un eje en el médico como destinatario primordial pero se completa la estrategia de marketing con campañas que se dirigen a actores no médicos, con fuerte incidencia en el ámbito docente y gabinetes psicopedagógicos, y entre las familias ingresando de esta manera en la comunidad educativa y en los hogares.

En el citado capítulo referido a Brasil del libro “Medicalización, salud mental e infancias” (Faraone *et al.*, 2018a) se analiza cómo la industria farmacéutica incide en los grupos de apoyo al TDAH. Si bien los procesos de medicalización “más allá de los médicos” (Bianchi *et al.*, 2016) en los dos países expresan una palpable diferencia de alcance en el desarrollo del marketing farmacéutico, contribuyen a la configuración de una mirada panorámica en tanto desde ambos equipos documentamos aspectos de una estrategia más amplia en la región.

Argentina: antiguos y nuevos actores. Un diálogo posible

Según Conrad y Bergey (2014), la industria farmacéutica identifica ciertos países como mercados potenciales para la expansión del TDAH. Algunas compañías de investigación sugieren que el mercado global de fármacos para TDAH está contenido porque todavía no existe conocimiento suficiente acerca del trastorno en aquellos actores sociales que forman parte del proceso de diagnóstico y tratamiento de este cuadro. Frente a un mercado sobresaturado como el estadounidense, los denominados “mercados emergentes”, como China, India y Brasil pueden contribuir al crecimiento

global de la industria farmacéutica en el corto plazo. De ello se desprende la necesidad de profundizar campañas de marketing y publicidad, dirigidas tanto a los médicos como a los consumidores actuales y potenciales.

Aunque las modalidades de promoción de productos de parte de las industrias farmacéuticas involucran una variedad de actores, aún hoy los médicos siguen siendo un baluarte histórico, y son irremplazables cuando los fármacos requieren prescripción (Conrad *et al.*, 2004; Jara, 2007; Lakoff, 2004); pero también en Argentina, y respecto del TDAH, se documentó el empleo de profesionales médicos como difusores de información, bajo la denominación de “líderes de opinión” o “voceros”.

Sobre el primer frente de estrategias se verificó que la dinámica de esta ha sufrido variaciones respecto de la modalidad ya clásica de visitas regulares al médico de parte de los agentes de propaganda médica. En salud mental infantil se pudo establecer que estos agentes prácticamente no realizan visitas a pediatras, y que la información sobre psicofármacos circula vía publicaciones de los laboratorios y las llamadas “Guías de Consenso”. Estas consisten en acuerdos sobre las prácticas clínicas a seguir y están confeccionadas a partir de lo que se denomina “evidencia disponible”. El consenso deriva de reuniones de expertos, muchas veces bajo patrocinio de los laboratorios (González Pardo *et al.*, 2007), y con aval de sociedades científicas. Esto hay que incluirlo en un marco en el que los protocolos y la medicina basada en la evidencia se transformaron en reglas a seguir y a invocar para no quedar fuera del consenso científico hegemónico (Iriart, 2008). En términos generales, estas Guías de Consenso están orientadas a la psiquiatría infanto-juvenil y a la neurología infantil, especialidad que es la más relevante en el caso específico del TDAH en Argentina (Faraone *et al.*, 2008).

La segunda arista de este frente queda constituida por la participación de líderes de opinión, voceros o *speakers*, cuyas acciones son tan influyentes que están incorporadas a los cálculos de rentabilidad de las campañas farmacéuticas (Moynihan *et al.*, 2006). Los agentes de propaganda médica detectan y valoran a los médicos según su rol dentro del colectivo de la especialidad, y luego estos elevados por las propias empresas a la categoría de expertos. Su difusión de las novedades en relación a diagnósticos y terapéuticas en reuniones científicas, medios de comunicación y publicaciones especializadas, y el reconocimiento de otros profesionales los ubica como actores relevantes en la difusión de las estrategias de marketing. En el caso del TDAH, en las fuentes y entrevistas se observó que los líderes de opinión son psiquiatras in-

fantojuveniles y neurólogos infantiles pertenecientes a instituciones públicas y privadas, con acreditado prestigio asistencial en la Ciudad de Buenos Aires y otras jurisdicciones del país (Faraone *et al.*, 2009).

Como parte de la expansión de objetivos de la industria farmacéutica, Conrad y Bergey (2014) subrayan que los educadores se posicionan como otros profesionales no médicos a los que se destinan las campañas. De hecho, los señalan como potenciales “agentes de la enfermedad y el tratamiento” y “detectores de la enfermedad” (de los originales en inglés, *sickness and treatment brokers* y *disease spotters*, respectivamente).

En este contexto, la escuela se torna un actor destacado en el inicio del circuito de derivación y tratamiento del TDAH, y los docentes contribuyen, mediante el llenado de cuestionarios y otros instrumentos, en la evaluación diagnóstica del cuadro. En la investigación sobre Argentina se documentaron cuatro modalidades de publicidad y marketing farmacéutico orientadas a la comunidad educativa, lo que constituye el segundo frente de estrategias relevado. La primera modalidad, también denominada “mesa de ayuda”, consiste en encuentros y charlas informativas en las escuelas, especialmente en gabinetes psicopedagógicos, llevadas a cabo por representantes de ventas de laboratorios y en ocasiones con participación de especialistas médicos. La segunda modalidad identificada opera a través de la edición de cuadernillos y gacetillas destinadas a educadores. Estas publicaciones contienen consejos para docentes, e información detallada acerca de los fármacos empleados en la terapéutica del TDAH, datos estadísticos y consejos generales para la detección del cuadro (Faraone *et al.*, 2010). La tercera forma verificada reside en la distribución de *merchandising* en establecimientos educativos, tales como útiles escolares con eslóganes e imágenes del psicofármaco y el logo del laboratorio. Por último, se documentó como cuarta estrategia del frente la inclusión, en revistas especializadas para docentes y psicopedagogos, de artículos de difusión de fármacos para el tratamiento del TDAH, y en ocasiones de números completos dedicados al tema. La autoría de dichos artículos y *dossiers* es, por lo general, de líderes de opinión vinculados a laboratorios que producen los psicofármacos difundidos.

No es ocioso mencionar que estas modalidades de campañas de marketing no están permitidas en Argentina; existe legislación vigente que establece que la medicación psicotrópica sólo debe ser prescrita para propósitos terapéuticos, y nunca reemplazar al acompañamiento terapéutico o los cui-

datos especiales (Ley 26.657, art. 12). Hay además normativa vigente que prohíbe cualquier forma de publicidad directa para los productos medicinales que requieren prescripción médica (Ley 16.463).

Conrad y Bergey (2014) marcan que la existencia de normativas restrictivas de la comercialización de psicofármacos indicados para el TDAH desalienta la penetración de las compañías farmacéuticas; e inversamente, países como Francia o Italia, con barreras legales menos robustas, ofrecen mayor accesibilidad y atractivo a la industria farmacéutica. El análisis de las estrategias de marketing farmacéutico para el TDAH en niñas y niños en Argentina, sin embargo, permite matizar estas consideraciones, dado que la normativa nacional existente, aunque contempla prohibiciones, restricciones y una perspectiva de derechos para quienes son diagnosticados con algún padecimiento psíquico, no ha redundado *per se* en una limitación o desaliento al marketing farmacéutico; antes bien, este han demostrado una notable capacidad de respuesta, ya que diversificaron las propuestas, acciones y ofertas, y se afianzaron en los diferentes resquicios normativos existentes.

Este accionar intersticial, a través del cual la industria farmacéutica sostiene y amplía sus estrategias de marketing, constituye una expresión fenoménica específica que, creemos, aporta a un análisis más profundo del accionar de este actor en los procesos de medicalización en el siglo XXI.

Conclusiones

La globalización del TDAH se está configurando con características diferentes en cada país, y con la consolidación y penetración diferencial de actores y vínculos entre ellos. El caso de Argentina es un ejemplo de cómo se están dando estos procesos, en un doble engarce entre tendencias compartidas con otras experiencias nacionales y singularidades que no se observan en otros países.

En este marco, los procesos de medicalización de la sociedad constituyen una problemática que pone en escena disputas de intereses sociales, culturales y económicos, que reconfiguran y radicalizan los procesos de farmacologización y biomedicalización. El incremento de casos diagnosticados por TDAH y el consecuente consumo de psicotrópicos resulta emblemático para reflexionar acerca de estos procesos, en los cuales el consumo de fármacos emerge como terapéutica casi excluyente.

El auge y consolidación del diagnóstico del TDAH en las dos últimas décadas en la población infantil argentina se verifica en los datos recabados a través del análisis de las diferentes estrategias de marketing que la industria farmacéutica utiliza para ampliar sus mercados, y en los relatos de las entrevistas realizadas a los profesionales de la salud y la educación. También se documenta una robusta y organizada oposición de numerosos profesionales a que los procesos de diagnóstico y tratamiento por TDAH en niños y niñas se lleven a cabo de manera estandarizada, y con una lectura centrada casi exclusivamente en un abordaje médico-biológico de la problemática. En estas posturas críticas, el psicoanálisis como discurso y como abordaje de los padecimientos subjetivos cumple un ineludible rol aglutinador. Esto marca una especificidad de la experiencia argentina que también evidencia un proceso de vinculación entre el diagnóstico del actual TDAH en niños y niñas y la prescripción de metilfenidato, más acelerado y compactado en apenas más de una década y con una marcada alza de importación y dispensación desde 2005, respecto del más longevo proceso estadounidense, verificable desde la década de 1950 del siglo pasado.

La industria farmacéutica en Argentina consolida estrategias de marketing en el mercado psicofarmacológico infantil. El modelo de marketing documentado para esta ponencia tiene dos características principales. Por un lado, exhibe su especificidad en la mixtura de estrategias de marketing, ya que mantiene un eje en el médico como destinatario principal —algo que desde las producciones científicas anglosajonas es considerado como propio de momentos históricos precedentes en los procesos de medicalización de la sociedad—. Por otro lado, y simultáneamente, amplía su penetración hacia actores no médicos, con fuerte incidencia en el ámbito docente y entre los padres de niños y niñas diagnosticados por TDAH. Esto último es consonante con un movimiento que ha sido entendido como una característica propia de la medicalización de los diagnósticos psiquiátricos en el siglo XXI y su globalización por fuera de Estados Unidos y algunos países europeos.

Un dato relevante es que, aunque en Argentina existe normativa de larga data que restringe la publicidad de medicación y legislación reciente que brega por los derechos de las personas con padecimiento mental en general y de niños y niñas en particular, la industria farmacéutica lleva a cabo un accionar intersticial a través del cual sostiene y amplía sus estrategias de marketing.

En un plano más teórico, la normalización sigue vislumbrándose en el horizonte de estos procesos, y en el caso de niños y niñas el despliegue de estas

modalidades encuentra en el empleo de psicofármacos a un instrumento insoslayable. Los resultados expuestos en Argentina marcan la pauta de la particularidad de las configuraciones locales que se están suscitando en relación a la globalización del TDAH como diagnóstico medicalizado. Asimismo, ponen de relieve la importancia de llevar adelante investigaciones que, como las realizadas, sostengan a la vez una aproximación rigurosa a los estudios sobre otras zonas del mundo, pero que contemplen los aspectos singulares en cada caso nacional empírico, y sus múltiples vinculaciones con entramados más amplios y siempre en tensión, de saberes, dispositivos, normativas y actores involucrados en los procesos de medicalización en el siglo XXI.

Bibliografía citada

- Bergey, M., A. Filipe, P. Conrad e I. Singh (2018). *Global Perspectives on ADHD: Social Dimensions of Diagnosis and Treatment in 16 Countries*. Baltimore: Johns Hopkins University.
- Bianchi, E. (2010). “La perspectiva teórico-metodológica de Foucault. Algunas notas para investigar al ‘ADHD’”. *Revista Latinoamericana de Niñez y Juventud*, 8, 43-65.
- Bianchi, E. (2012). “ADHD y discursos de la salud sobre la infancia en el AMBA (1994-2011). Configuraciones discursivas y efectos de poder”. Tesis de maestría, Universidad de Buenos Aires (mimeo).
- Bianchi, E. y S. Faraone, (2015). “El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDA/H). Tecnologías, actores sociales e industria farmacéutica”. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, 1, 75-98.
- Bianchi, E., F. Ortega, S. Faraone, V.P. Gonçalves y R.T. Zorzanelli (2016). “Medicalización más allá de los médicos. Marketing farmacéutico en torno al Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad en Argentina y Brasil (1998-2014)”. *Saúde e Sociedade*, 25, 452-462.
- Bianchi, E., S. Faraone, F. Ortega, V.P. Gonçalves y R.T. Zorzanelli (2017). “Controversias acerca del diagnóstico de TDAH y la prescripción de metilfenidato en los debates sobre la medicalización en Argentina y Brasil”. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, 641-660.

- Carbajal, M. (2007). "ADD y ADHD, una mirada desde el periodismo", en L. Benasayag (comp.). *ADDH. Niños con déficit de atención e hiperactividad. ¿Una patología de mercado? Una mirada alternativa con enfoque multidisciplinario*. Argentina: Noveduc.
- Conrad, P. (2005). "The shifting engines of medicalization". *Journal of Health and Social Behavior*, 46, March, 3-14.
- Conrad, P. (2007). *The medicalization of society: on the transformation of human conditions into treatable disorders*. Baltimore: Johns Hopkins University.
- Conrad, P. y V. Leiter (2004). "Medicalization, markets and consumers". *Journal of Health and Social Behavior*, 45, Extra Issue, 158-176.
- Conrad, P. y M. Bergey (2014). "The impending globalization of ADHD: Notes on the expansion and growth of a medicalized disorder". *Social Science and Medicine*, 122, 31-43.
- Conrad, P. y A. Rondini (2010). "The Internet and Medicalization: Reshaping the Global Body and Illness", en E. Ettore (ed.), *Culture, Bodies and the Sociology of Health*. United Kingdom: University of Liverpool.
- Faraone, S., A. Barcala, F. Torricelli, E. Bianchi, I. Ballesteros, M.C. Tamburrino, V. López Casariego, y C. Leone (2008). "Campo salud", en C. Arizaga y S. Faraone *La medicalización de la infancia. Niños, escuela y psicotrópicos*. SEDRONAR-II.GG. Disponible en: http://www.observatorio.gov.ar/investigaciones/info%20final%20Dic%202008_medicalizacion%20en%20la%20infancia.pdf [consulta, diciembre de 2017].
- Faraone, S., S. Barcala, E. Bianchi, y F. Torricelli (2009). "La industria farmacéutica en los procesos demedicalización/ medicamentación en la infancia". *Revista Margen*, 1-10.
- Faraone, S., A. Barcala, F. Torricelli, E. Bianchi y M.C. Tamburrino (2010). "Discurso médico y estrategias de marketing de la industria farmacéutica en los procesos de medicalización de la infancia en Argentina". *Interface*, 14, 34, 485-497.

- Faraone, S. y E. Bianchi (comps.) (2018a). *Medicalización, salud mental e infancias: perspectivas y debates desde las ciencias sociales. Investigaciones desde el sur de América Latina*. Buenos Aires: Teseo. Disponible en <https://www.editorialteseo.com/archivos/15872/medicalizacion-salud-mental-e-infancias/> [consulta, abril de 2019].
- Faraone, S. y E. Bianchi (2018b). “The Journey of ADHD in Argentina: From the Increase in Methylphenidate Use to Tensions among Health Professionals”, en M. Bergey, A. Filipe, P. Conrad e I. Singh (2018). *Global Perspectives on ADHD: Social Dimensions of Diagnosis and Treatment in 16 Countries*. Baltimore: Johns Hopkins University.
- González Pardo, H. y H. Pérez Álvarez (2007). *La invención de los trastornos mentales. ¿Escuchando al fármaco o al paciente?* Madrid: Alianza.
- Iriart, C. (2008). “Capital financiero versus complejo médico-industrial: los desafíos de las agencias regulatorias”. *Ciência e Saúde Coletiva*, 13, 5, 1619-1626.
- Iriart, C., S. Faraone y H. Waitzkin (2000). “Atención gerenciada: La reforma silenciosa”. *Nueva Época. Salud Problema*, 5, 9, 47-75.
- Jara, M. (2007). *Traficantes de salud. Cómo nos venden medicamentos peligrosos y juegan con la enfermedad*. Barcelona: Icaria-Antrazyt.
- Lakoff, A. (2004). “The anxieties of globalization: antidepressant sales and economic crisis in Argentina”. *Social Studies of Science*, 34, 247-269.
- Míguez, M.N. (2010). “La sujeción de los cuerpos dóciles. Medicación abusiva con psicofármacos en la niñez uruguaya”. Tesis doctoral. Doctorado en Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires.
- Moynihan, R. y A. Cassels (2006). *Medicamentos que nos enferman e industrias farmacéuticas que nos convierten en pacientes*. Barcelona: Terapias Verdes.

Apartado II

Investigaciones sobre líneas de trabajo

II-B. Políticas y prácticas de producción de cuidados en salud mental

En esta línea de trabajo se invitó a los investigadores a compartir aquellas iniciativas que se refieran al desarrollo de procesos de indagación sobre la producción de cuidados en salud mental cuyos destinatarios y participantes fueran las niñas, los niños y los adolescentes. Al referirse a *cuidados*, estos podrían ser individuales y/o colectivos, y respecto de los procesos de promoción y abordaje de la salud así como de aquellas acciones vinculadas con la rehabilitación de colectivos sociales. En ese sentido, no sólo se hizo referencia a las prácticas en sí mismas sino también a los marcos teóricos que las fundamentan, los dispositivos organizacionales que los fundamentan y los sectores –del Estado y de la sociedad civil– que son parte y contexto en el proceso de producción. Propusimos también dar cuenta de las dinámicas participativas que pudieran estar involucradas en ellas, así como, especialmente, a los actores que se constituyen como relevantes, tanto en el decurso de su desarrollo como aquellos que son parte de sus resultados.

Así, se convocó a investigaciones que relevaran, analizaran y problematizaran las políticas que se implementan desde diferentes sectores del Estado en sus diferentes niveles jurisdiccionales – nacional, provincial, municipal, local–, y a aquellas líneas de producción de cuidados implementadas por organizaciones no estatales, colectivos organizados, así como todo aquel actor que desarrolle acciones que tenga la posibilidad de instituirse en políticas de acción a nivel territorial.

Niñez y adolescencias: evaluación de las modalidades de cuidado en servicios de salud mental en la Argentina

Alejandra Barcala, Flavia Torricelli, Laura Poverene, Celeste Lorenzini y Alejandro Michalewicz

Introducción

En Argentina, a partir de la sanción de la Ley Nacional de Protección Integral de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes (N° 26.061/2005) y de la Ley Nacional de Salud Mental (N° 26.657/2010) se inició un proceso de transformación paradigmática que incentiva de manera innovadora el despliegue de prácticas de cuidado destinadas a la niñez. Esas normativas abandonan el modelo tutelar del patronato y avanzan en el reconocimiento y ejercicio pleno de derechos para colectivos otrora no reconocidos como sujetos.

Los cambios paradigmáticos operados en el campo de la niñez y la salud mental respectivamente, se potencian y retroalimentan al romper ambos con las lógicas de encierro ligadas a los modelos anteriores, para comenzar a construir nuevas significaciones, prácticas y dispositivos de intervención en línea con el enfoque de derechos (Luciani Conde *et al.*, 2008).

Esta instancia de reforma plantea la necesidad de desarrollar estudios que analicen y evalúen los procesos de diseño, gestión e implementación de servicios de salud mental comunitaria destinados a la niñez. En un contexto de avance neoliberal, es menester que los mismos centren su análisis específicamente en los logros y desafíos que presenta en la actualidad el proceso de implementación de la Ley Nacional de Salud Mental. En este sentido, resulta esencial la evaluación de las respuestas institucionales brindadas por los servicios de salud del sector público frente a las problemáticas de los niños, niñas y adolescentes que se constituyen como demandas en salud mental, pudiendo contemplar en un marco de federalismo las realidades de los diversos contextos locales.

El estudio que aquí se presenta¹ tuvo como objetivo general caracterizar y evaluar las modalidades de cuidado en salud mental en materia de niñez de los distintos niveles de atención en las provincias de Buenos Aires, Chubut y Jujuy, considerando la importancia de contar con tal información en el marco de un proceso de transformación de los sistemas de atención y cuidado en salud mental, y de su adecuación a la Ley Nacional de Salud Mental.

El grado de avance en la implementación de esta Ley puede considerarse como encuadre para el monitoreo y evaluación de la toma de responsabilidades por parte del Estado en el cumplimiento del derecho a la salud mental. En ese sentido, los lineamientos propuestos por dicha norma aportan criterios para la evaluación de los procesos de transformación de la atención psiquiátrica hacia un modelo de salud mental comunitaria. La construcción de indicadores asociados al contenido normativo de la Ley permite controlar su cumplimiento y evaluar el progreso de la reforma, así como también comparar y ponderar diversas realidades. La identificación y caracterización de los problemas posibilita conocer la magnitud de la brecha de atención existente y plantear objetivos que procuren disminuirla o eliminarla en miras a la conformación de una red de servicios comunitarios con base territorial.

Aspectos metodológicos de la investigación

Entre los años 2016 y 2017 se realizó un estudio descriptivo exploratorio enmarcado en un abordaje de tipo cualitativo (Minayo *et al.*, 2004; Vasilachis de Gialdino, 2006). Se trató de un estudio de casos múltiples (Cea D’Ancona, 2001) compuesto por las provincias de Buenos Aires, Chubut y Jujuy. Cada una de ellas posee legislación específica sobre protección integral de derechos del niño y, además, presentan criterio de heterogeneidad geográfica, al pertenecer a diferentes regiones del país.

¹ La investigación contó con el apoyo financiero de la Dirección de Investigación para la Salud del Ministerio de Salud de la Nación, a través de la Beca “Abraam Sonis”, durante el periodo 2016/2017. Estudio multicéntrico denominado “Evaluación de los servicios en salud mental en la niñez y sus modalidades de cuidado en las provincias de Buenos Aires, Chubut y Jujuy: su adecuación a la Ley Nacional de Salud Mental”. El equipo de investigación estaba conformado por: Alejandra Barcala (directora), Celeste Lorenzini, Alejandro Michalewicz, Belén Palacios, Laura Poverene, Rocío Sánchez y Flavia Torricelli.

La construcción de la muestra siguió la estrategia del muestreo teórico (Glaser *et al.*, 1967): fueron elegidos dos municipios por cada provincia y en cada uno de ellos se seleccionó un efector para cada nivel de atención (un centro de atención primaria, un hospital general o pediátrico, y un centro de salud mental específico). Los municipios elegidos fueron: Trelew y Puerto Madryn (Chubut), San Salvador y Maimará (Jujuy), Lanús y San Martín (Buenos Aires) (Cuadro 1).

Cuadro I: Composición de la muestra. Servicios de salud mental según nivel de atención. Año 2016

Jurisdicciones		1º nivel	2º nivel	3º nivel
Buenos Aires	Lanús	Centro de Atención Primaria de la Salud	Hospital Local General Agudos	Centro de Salud Mental
	San Martín	Centro de Atención Primaria de la Salud	Hospital General de Agudos Provincial Área de Niños del Servicio de Psicopatología	Centro de Salud Mental
Chubut	Trelew	Centro de Atención Primaria de la Salud	Hospital Zonal General Servicio de Internación en Salud mental	-----
	Puerto Madryn	Centro de Atención Primaria de la Salud	Hospital Subzonal Servicio de Internación en salud mental	-----
Jujuy	San Salvador	Centro de Atención Primaria de la Salud	Hospital de Niños Servicio de Salud Mental	-----
	Maimará	Centro de Atención Primaria de la Salud	Hospital General Área de Salud Mental	-----
Total: 14		6	6	2

Fuente: Elaboración propia, 2017.

Las unidades de estudio fueron los servicios de Salud Mental del subsector estatal que atienden niños, niñas y adolescentes de hasta 18 años en los distintos niveles de atención (1º, 2º y 3º nivel de atención de acuerdo a la infraestructura, recursos humanos y tecnológicos). Se realizaron 14 entrevistas a referentes o responsables de cada servicio.

A fin de evaluar las modalidades de cuidado en salud mental en los distintos efectores, utilizamos como herramienta al instrumento *ICMHC-WHO-International Classification of mental HealthCare* (Clasificación Internacional de Cuidados de Salud Mental) de la Organización Mundial de la Salud. Dicho instrumento permite describir sistemáticamente las intervenciones ofrecidas por un efector de salud mental. Se tomó como referencia la versión española autorizada realizada por el Grupo de Investigación en Salud Mental de la Universidad de Granada, integrado en el Centro Colaborador de la Organización Mundial de la Salud para la investigación y la formación en salud mental, y el Centro de Investigación sobre Minusvalías, Universidad de Cádiz (Torres González *et al.*, 1997).

El instrumento, creado por una iniciativa de la oficina regional de la Organización Mundial de la Salud en Europa con el propósito de diseñar un instrumento de clasificación de los servicios y de evaluación de la asistencia sanitaria, consiste en un cuestionario que clasifica las modalidades de cuidado de los servicios de salud mental y, a la vez, presenta una escala para valorar el “nivel de especialización” de dichas modalidades (De Jong, 2000). Cuenta con 10 modalidades de cuidado, cada una de las cuales presenta una escala para ponderar su nivel de especialización, que va de 0 a 3 indicando la ausencia de esta modalidad de cuidado en el servicio y un máximo nivel en las modalidades que tienen que ver con intervenciones disciplinares, lo que significa la presencia de recursos humanos capacitados y entrenados, junto con la existencia de diversos dispositivos de trabajo. Los ejes son los siguientes: 1) Establecimiento y mantenimiento de las relaciones profesionales; 2) El problema y su evaluación funcional; 3) Coordinación de cuidados; 4) Cuidados generales de salud; 5) Hacerse cargo de actividades de la vida diaria; 6) Intervenciones psicofarmacológicas y otras intervenciones; 7) Intervenciones psicológicas; 8) (Re) educación de las capacidades básicas, interpersonales y sociales; 9) Actividades diarias; 10) Intervenciones dirigidas a la familia, parientes, y otros.

El instrumento original había sido formulado para abordar servicios que atienden población adulta, con lo cual fue preciso realizarle modificaciones en función de indagar aspectos específicos de los procesos atención y cuidados en salud mental de niños, niñas y adolescentes. En ese sentido no se incluyó una de las modalidades que evalúa el instrumento ligada a la autonomía en las actividades de la vida diaria (modalidad 5), dado que la niñez posee además una particularidad vinculada a la noción de autonomía progresiva de niños, niñas y adolescentes que los inserta en lógicas ligadas a las trayectorias familiares y sus contextos.

Por otra parte, dada la diversidad de efectores que componen el sistema de salud en Argentina, para evaluar con más precisión algunos aspectos del instrumento que se encuentra dirigido a abordar dispositivos especializados en salud mental (diferenciados por el mismo ICMHC en dos “orientaciones”: Cuidados psiquiátricos y Rehabilitación psicosocial), se realizaron entrevistas semiestructuradas para indagar sobre las perspectivas de los entrevistados, y considerando la multidimensionalidad, la complejidad del fenómeno estudiado y la diversidad de los actores involucrados.

Asimismo, para incluir dentro de la evaluación de los servicios una valoración de su grado de adecuación a la Ley Nacional de Salud Mental, se formularon algunos indicadores referidos a los principales postulados que se plantean en el contenido de dicha norma. De ese modo, se considera que a partir de su aplicación es posible evaluar el cumplimiento y progreso de la reforma que propone.

La investigación fue desarrollada en consonancia con la *Guía de las Buenas Prácticas Clínicas de Investigación en Salud Humana* (Resolución Ministerio de Salud N° 1490/2007). De este modo, se implementó un proceso de consentimiento informado para la realización de las entrevistas, las que han tenido un carácter confidencial y anónimo. Asimismo, el proyecto fue evaluado y avalado por el Comité Provincial de Bioética, Dirección General de Investigación de la Salud, Ministerio de Salud, provincia de Jujuy.

Resultados

De acuerdo a la evidencia analizada, la adecuación de los servicios y prácticas en salud mental a los marcos normativos garantes de Derechos Humanos continúa siendo un horizonte a construir. Las instituciones estudiadas en los seis municipios pertenecientes a las provincias de Buenos Aires, Chubut y Jujuy han avanzado sólo parcialmente en este proceso de adecuación a la Ley Nacional de Salud Mental.

La dispersión en las ponderaciones respecto de los niveles de especialización entre las diversas instituciones, e incluso al interior de cada institución, en el período estudiado evidencia la ausencia de implementación de políticas nacionales directrices que acompañen el cambio paradigmático que propone la mencionada Ley.

A su vez, la variación entre los efectores pertenecientes a una misma provincia muestra la ausencia de políticas provinciales y de direccionalidades

claras al respecto. Esta variación entre los efectores testimonia la insuficiencia de las políticas en salud mental, y da amplios márgenes de autonomía por parte de cada efector. Así, por ejemplo, aunque la caracterización sociodemográfica de los dos municipios de la provincia de Buenos Aires es similar, los niveles de especialización en sus instituciones son muy diferentes. Esto evidencia que en muchos casos las modalidades de cuidados de atención están definidos por los propios agentes de los servicios de salud encargados de la implementación de las prácticas, y que en definitiva definen el perfil de las instituciones en las que trabajan. De esta manera, tal como lo plantea Hugo Spinelli (2010) en el campo de la salud, los trabajadores de menor jerarquía poseen un grado alto de autonomía y, a diferencia de lo que se cree, la concentración de poder está en la base de la pirámide del sistema institucional y no en el vértice superior.

A partir del análisis de los niveles de especialización de los nueve módulos ponderados, se ha comprobado que los servicios de salud mental resultan aún insuficientes para responder a las complejas problemáticas actuales de salud mental en la niñez (Barcala *et al.*, 2017).

Las jurisdicciones analizadas presentan redes de servicios en salud mental que confirman al primer nivel de atención como puerta de entrada al sistema de salud. Estos dispositivos cercanos a las diversas realidades de los niños, niñas y adolescentes se erigen como espacios desde los que se suelen desarrollar estrategias acordes a los lineamientos de la salud mental comunitaria. Las mismas tienden a una mayor integralidad (incluyen contexto y complejidad), favorecen una mayor accesibilidad, generar vínculos más sólidos con la comunidad y un mayor sostenimiento en el tiempo de las relaciones de cuidado, en comparación con los servicios del segundo y tercer nivel de atención.

Sin embargo, como producto del presente estudio, se observa que todos ellos suelen contar con muy pocos recursos humanos: generalmente cuentan con un solo psicólogo e incluso en las provincias de Jujuy y Chubut los agentes a cargo no cuentan con una formación específica en el trabajo con niños, niñas y adolescentes. Así, por ejemplo, de todos los efectores relevados en el primer nivel de atención, sólo el Centro de Atención Primaria de Lanús cuenta con psiquiatra infantojuvenil.

Además de la escasez de recursos destinados a abordar las problemáticas de salud mental infantil, se observa una hegemonía del binomio psicología-psiquiatría dejando afuera la participación de profesionales de enfer-

mería, fonoaudiología, terapia ocupacional, trabajo social y musicoterapia, entre otras. Una excepción a esta regla es la provincia de Jujuy, departamento de Maimará, donde se observa la presencia de agentes sanitarios como recurso humano territorial fundamental en la base del primer nivel de atención. Es importante destacar este dato ya que es en esta jurisdicción donde se evidencia un mayor vínculo con la comunidad, el trabajo intersectorial y al integralidad de las acciones, en concordancia con los postulados de la Ley Nacional de Salud Mental. En cuanto a los efectores pertenecientes al segundo y tercer nivel de atención seleccionados, en todas las localidades estudiadas se identificaron mayoritariamente prácticas asistenciales de psicoterapia individual de corte clásico. Si bien estas instituciones poseen un mayor nivel de formación en abordajes infantojuveniles y en algunos casos cuentan con psiquiatras, las evaluaciones diagnósticas no son realizadas de manera interdisciplinaria. Por lo general se utilizan herramientas específicas de diagnóstico clínico y en el proceso de evaluación y tratamiento se incluye el trabajo con los padres, familiares o referentes afectivos de los niños, niñas y adolescentes a través de acciones tendientes a aumentar el soporte de ese entorno.

Pese que el abordaje interdisciplinario constituye, justamente, la matriz de trabajo que mejor se ajusta a la complejidad de los problemas del campo de la salud mental, las respuestas institucionales analizadas no tendieron a desarrollarse en dicha dirección sino que se trataron de “interconsultas”. Las mismas estarían basadas en saberes y prácticas parcelados, más propia de un abordaje multidisciplinario que interdisciplinario (Barcala *et. al*, 2017).

Las supervisiones o discusión de situaciones problemáticas también son escasas. La única excepción es el caso de Trelew, donde se incluyen encuentros sistemáticos de supervisión y elaboración de planes terapéuticos integrales como instancia del dispositivo de internación clínica.

En los servicios del segundo nivel de atención (San Salvador y San Martín) y del tercero observados trabajan psiquiatras infantojuveniles y se garantiza el acceso de los niños, niñas y adolescentes a los medicamentos requeridos. En el resto de los efectores, los familiares tienen que obtenerlos en otro servicio de la red.

Si bien todos los servicios estudiados valoran el trabajo intersectorial y las redes entre salud, educación, justicia, desarrollo social y organismos de protección de derechos, son pocos, y por lo general los Centros de Atención Primaria, quienes utilizan el trabajo en red como una estrategia que

define su trabajo. En lo que se refiere a la coordinación de cuidados dentro del sector salud, se advierten dificultades de articulación entre el primero y segundo nivel de atención. Dicha articulación se limita, por lo general, a derivaciones informales y ocasionales.

Los obstáculos en la articulación para establecer circuitos formales dan cuenta de la existencia de dificultades en el armado de una red de cuidados entre los diferentes niveles de atención. De esta manera, al no constituirse una verdadera red de cuidados, los sujetos se encuentran más expuestos a caer en un profuso recorrido por instituciones en las que falta un anclaje, produciendo “deriva institucional” (Barcala, 2010).

Asimismo, la carencia de redes formales de referencia y contrareferencia atenta contra la posibilidad de comunicación y transmisión de estrategias empleadas entre los diferentes profesionales y equipos tratantes, deviniendo cada niño y niña como un “desconocido” en cada consulta. Por el contrario, la centralización del seguimiento de las intervenciones por un profesional de referencia favorece que se constituyan relaciones de confianza, las intervenciones desarticuladas no hacen más que generar confusión y desamparo en las personas que consultan (Onocko *et al*, 2009).

Consideraciones finales

Esta investigación sistematiza y evalúa las políticas, los servicios y las prácticas en lo concreto de una jurisdicción, lo que posibilita, desde un encuadre dialógico, reflexionar críticamente sobre el hacer. Además, permite contrastar lo propuesto tanto desde los marcos normativos como de los discursos bien intencionados, y su ejecución operacional e instrumental. Contar con información de calidad y de manera oportuna facilita reorientar las intervenciones, así como potenciar los procesos de transformación acordes a los desafíos propuestos desde el cambio de paradigma impulsado por la Ley Nacional de Salud Mental.

Esta define los lineamientos que, a nivel federal, organizan el sistema de atención a la salud mental. Su plena aplicación convoca, desde el respeto a las soberanías provinciales, a fortalecer las políticas públicas que orienten y delimiten las directrices programáticas de un sistema de cuidados en salud mental con niños, niñas y adolescentes, y a adecuar los sistemas de salud mental a los mayores estándares en materia de derechos humanos facilitando la accesibilidad a servicios de salud mental y su calidad en todo el territorio nacional.

Es propicio alentar, en este sentido, la elaboración y el fortalecimiento —por parte de las autoridades sanitarias provinciales y nacionales— de lineamientos programáticos para el sector que contemplen la integración de diversos espacios socioterritoriales comunitarios como recursos de salud, favoreciendo acciones de gestión intersectorial de la salud mental, como políticas de Estado. Para ello, es imprescindible fortalecer las acciones de cuidado en salud mental que incorporen las múltiples estrategias de intervención que se despliegan a nivel de los territorios. En virtud de lo explorado, sería necesario estimular las prácticas que diversos efectores de salud realizan a diario en los distintos municipios, dentro de una red de servicios territoriales de salud mental anclados en la red de atención primaria de la salud, y no que se restrinjan a una sumatoria fragmentada de acciones o voluntades individuales no engarzadas en una reflexividad o una tecnología sanitaria articulada a los modos de vivir, padecer y morir de los niños, niñas y adolescentes.

Para sostener la práctica y la capacitación interdisciplinaria es fundamental desplegar la perspectiva epistemológica que sostiene que los procesos referidos a la salud mental son multidimensionales y multideterminados; es decir que la salud mental no se circunscribe a la dimensión psicopatológica ni se reduce a la mirada disciplinaria de la psicología y psiquiatría, evitando prácticas ligadas a la medicalización de la infancia. Asimismo, considera que la capacitación en servicios debe fundamentarse en el paradigma de salud mental comunitaria. Esta concepción alberga una jerarquía de la alteridad, donde hay un reconocimiento del otro semejante digno, respetado en su territorio y en su realidad sociocultural. Ese punto de partida exige un compromiso ético y una voluntad de construir con ese otro algo común, basado en el respeto y en la preservación de los derechos humanos (Galende, 2015).

De este modo, las diversas “modalidades de cuidado” en salud mental, en consonancia con la Ley y contrariamente al modelo biomédico, deben jerarquizar la integralidad del cuidado por medio de apuestas tales como: el trabajo en equipos interdisciplinario; la primacía de los vínculos y la corresponsabilidad por la salud del otro; la expansión de los espacios para que suceda el cuidado; y la valorización de otras maneras de producción de conocimiento para la construcción de planes de cuidado singulares. Es decir, prácticas acordes a la idea de las tecnologías blandas en las cuales la centralidad del cuidado ubica su eje en el usuario, su participación activa, y no en los procedimientos (Terenzi Seixas *et al.*, 2016).

Aunque el instrumento aplicado no lo dimensiona, queremos enfatizar la relevancia de incluir las voces y miradas específicas de niños, niñas y adolescentes desde su reconocimiento como sujetos de derechos. En el campo sanitario, el vínculo entre los usuarios y los trabajadores, quienes forman parte del mismo escenario de prácticas y acciones, resulta ser la esencia del cuidado. En ese sentido, un sistema articulado en una perspectiva político-técnica debiera incluir los deseos de los usuarios y trabajadores en el proceso de construcción de cuidado singular.

La primacía de la voz de los primeros dará las coordenadas que corresponden a la verdad del sujeto en relación con la complejidad del problema (Terenzi Seixas *et al*, 2016).

A partir de los resultados obtenidos, se vuelve necesario enfatizar en el desarrollo de la noción de cuidado, entendiéndolo como la atención, el seguimiento y el desarrollo de estrategias territoriales de intervención en los diversos circuitos socio-relacionales de niños, niñas y adolescentes y sus grupos de referencia, fortaleciendo los escenarios en los que desarrollan su vida cotidiana y atendiendo a sus condiciones reales de existencia. Esto supone una red que funciones de manera sostenida e integrada capaz de albergar y dar sostenimiento a situaciones de vulnerabilidad y fragilidad subjetiva de niños, niñas y adolescentes y sus familias.

En este sentido, y frente a los fenómenos actuales ligados a los procesos de medicalización y mercantilización de la infancia, visibilizar y problematizar las respuestas que en materia de atención y cuidados en salud mental se desarrollan a nivel de los sistemas públicos de atención es prioritario para avanzar en un proceso de transformación del campo de la salud mental.

Por último, reconocer a los niños, niñas y adolescentes como sujetos de derecho implica un cambio de posición material y simbólica. Frente al tallado sutil de los cuerpos y la reproducción de respuestas objetivantes y tutelares, es imperiosa una apuesta ético-política que como colectivo deseante nos restituya como actores capaces de transformar lo siniestro en algo maravilloso.

Bibliografía citada

- Barcala, A. (2010). “El impacto de las políticas neoliberales de los 90 en el ámbito de la salud mental”, en L. Benasayag y G. Dueñas (comp). *Malestares en la cultura contemporánea y sus efectos complejos en salud y educación. Mitos, realidades, negocios. Desafíos y propuestas*. Buenos Aires: Noveduc.
- Barcala, A., F. Torricelli, C. Lorenzini, L. Poverene y M.B. Palacios (2017). “Sobre el parcelamiento de saberes y prácticas en el abordaje del sufrimiento psíquico infantil: un estudio de casos múltiples en Buenos Aires, Chubut y Jujuy”, en *Memorias de IX Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología*. Buenos Aires, 29 de noviembre al 2 de diciembre.
- Cea D’Ancona, M.A. (2001) *Metodología cuantitativa. Estrategias y técnicas de investigación social*. Madrid: Síntesis Sociológica.
- De Jong, A. (2000). “Development of the International Classification of Mental HealthCare (ICMHC)”. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102, 405, 8-13.
- Galende, E. (2015). *Conocimiento y prácticas en salud mental*. Buenos Aires: Lugar.
- Glaser B.G. y A.L. Strauss (1967). *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*. Chicago: Aldine.
- Luciani Conde, L. y A. Barcala (2008). *Derechos en la niñez políticas públicas. Efectivización del derecho a la salud en el contexto de protección integral*. Buenos Aires: Teseo.
- Minayo, M.C. de S., S. Ferreira Deslandes, O. Cruz Neto y R. Gomes (2004). *Investigación social. Teoría método y creatividad*. Buenos Aires: Lugar.
- Onocko Campos, R., J. Furtado Pereira, E. Passos, A. L. Ferrer, L. Miranda y C.A. Pegolo da Gama (2009). “Evaluación de la red de atención psicosocial en la perspectiva de la salud colectiva, Campinas, Sureste de Brasil”. *Revista de Saúde Pública*, 43, 1, 16-22. Disponible en <https://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102009000800004> [consulta, abril de 2019].

- Spinelli, H. (2010). "Las dimensiones del campo de la salud en Argentina". *Salud Colectiva*, septiembre-diciembre, 275-293.
- Terenzi Seixas, C., E.E. Merhy, R. Staeve Baduy y H. Slomp Junior (2016). "La integralidad desde la perspectiva del cuidado en salud: una experiencia del Sistema Único de Salud en Brasil". *Salud Colectiva*, 12, 1, 113-123. Universidad Nacional de Lanús. DOI: 10.18294/sc.2016.874.
- Torres González, F., B. Moreno Küstner, L. Salvador Carulla, C. Romero y A. de Jong (1997). "Clasificación Internacional de Cuidados de Salud Mental". *Archivos de neurobiología*, 60, 142-150.
- Vasilachis de Gialdino, I. (2006). *Estrategias de investigación cualitativa*. Madrid: Gedisa.

Buenas prácticas en salud mental infantil. Estudio cualitativo multicéntrico: modalidades de atención y actividades desarrolladas en los sistemas públicos de salud mental de las provincias de Río Negro y Neuquén (2016-2017)

Marcela A. Parra, M. Gabriela De Gregorio, Lorena M. Gallosi, Silvia A. Morales, Ximena P. Novellino, Gabriela A. Bercovich, Laura A. Cordero y Moira Griselda Ale

Introducción

Pueden pensarse al menos dos posibilidades no excluyentes respecto de los modos en que pueden relacionarse la atención primaria de la salud y la salud mental: la incorporación de acciones de salud mental en las prácticas de atención primaria y la aplicación de sus principios a los procesos de desinstitucionalización psiquiátrica (Stolkiner *et al.*, 2007). En ese marco, podría plantearse que el primer modo ha constituido la característica principal de la política de salud mental de la provincia del Neuquén, debido el énfasis histórico que la atención primaria de la salud ha tenido en su política de salud, mientras que el segundo modo ha constituido el eje central de la política de salud mental en la provincia de Río Negro, por el énfasis en la desinstitucionalización implementada en ese territorio. En el contexto de esta realidad sanitaria, nos propusimos caracterizar en profundidad buenas prácticas (Buriyovich, 2011) en salud mental/psicosocial infantil desarrolladas en los sistemas públicos de salud de Río Negro y Neuquén, provincias en la que se ubica la Universidad Nacional del Comahue.

Para ello partimos de la consideración de que tanto la vida prenatal como la primera infancia son momentos fundamentales en la vida de los seres humanos, tiempos fundacionales en la constitución subjetiva, la construcción de la intersubjetividad y el desarrollo de los primeros vínculos, razón por lo cual se tornan períodos prioritarios para pensar intervenciones preventivas y promocionales –no sólo asistenciales– desde el ámbito de la salud mental (Fushimi *et al.*, 2009; Pedraza *et al.*, 2006). Así, el tema de investigación propuesto, al orientarse al estudio de modalidades de atención y actividades que abordan etapas vitales claves en la estructuración

psíquica del ser humano, adquiere relevancia por el potencial preventivo y de promoción que, desde la perspectiva de la salud mental, tiene el trabajo con niñas y niños.

No obstante la insuficiencia de políticas públicas específicas en el área de la salud mental infantil y el escaso conocimiento respecto a los procesos de cuidado de salud mental orientados a la niñez, reconocemos la existencia de modalidades de atención y actividades de salud mental/psicosocial que se constituyen en buenas prácticas en salud mental infantil y que son precisamente las que nos propusimos conocer en profundidad. Esto desde el entendimiento de que la investigación debe estar ligada a ideas de compromiso, participación y transformación social, y de que tanto el conocimiento como la sistematización de buenas prácticas en salud mental infantil contribuirá a la multiplicación de las mismas.

Marcos teóricos referidos

Salud mental. En el marco de esta investigación, entendemos a la salud mental como la capacidad de las personas para amar, aprender, crear, trabajar, enfrentar crisis y conflictos, convivir en sociedad en una integración activa dando sentido a su propia existencia.

Niñez. La niñez tiene un carácter histórico y cultural, y es por ello que ha tenido diferentes apreciaciones en la historia, tales como la Convención de los Derechos del Niño (1989); la conmemoración del Año Internacional del Niño (1979); la Ley de Derechos del Niño y el Adolescente de la provincia de Neuquén (N° 2302/1999) y la Ley de Protección Integral de las Niñas, los Niños y los Adolescentes de la provincia de Río Negro (N° 4109/2006). Se instaura así un modelo de protección integral de la niñez donde se concibe a los niños y niñas como sujetos de derechos civiles (salud, educación, juego, etcétera) y protagonistas activos de su desarrollo y de su realidad social, y con capacidad de decisión, escucha y opinión, modelo que si bien desde su discurso garantiza los derechos de ciudadanía, no logra mitigar (Barcala, 2013) el embate de las políticas neoliberales de la sociedad capitalista. Asimismo, desde la perspectiva de la salud mental, se entiende que todo ser humano es un sujeto entramado en una red vincular y social compleja.

Buenas prácticas en salud. Según Jacinta Burijovich (2011), la expresión destaca aquellas acciones cuyos resultados han sido positivos y que, por este

motivo, pueden ser consideradas como modelos, guías e inspiración para futuras actuaciones. Asimismo, el concepto remite a una acción en la que es posible observar un conjunto de condiciones en los actores (personales o institucionales), de contexto (político, comunitario), y del estado del conocimiento (saberes técnicos y sociales compartidos) que convergen “virtuosamente” en el espacio local para favorecer y habilitar dichas prácticas.

Metodología

A nivel metodológico, se trató de un estudio cualitativo multicéntrico acerca de las modalidades de atención y actividades de salud mental orientadas a niños y niñas desarrolladas en los sistemas públicos de salud de las provincias de Río Negro y Neuquén, en el período 2016 a 2017.

Entendemos por investigación cualitativa aquella donde hay un diseño de investigación emergente y flexible; un contexto teórico compuesto por conceptos orientadores; un trabajo de campo realizado en los contextos cotidianos; un análisis de datos realizado de manera conjunta a la recolección de los mismos; y una búsqueda de resultados que, si bien no son universalizables, sí pueden ser transferibles a otros contextos.

Los dispositivos de producción de datos fueron: la revisión de documentación sanitaria existente; la realización de entrevistas en profundidad a los equipos profesionales responsables de los dispositivos y a los beneficiarios de los mismos; y la realización de observaciones de las distintas experiencias con apoyatura de registro fotográfico y videos. El análisis de datos se basó en el concepto de triangulación metodológica y estuvo inspirado en la teoría fundamentada y en el método de comparación constante.

Partiendo del concepto de buenas prácticas propuesto en el contexto conceptual, las dimensiones que se consideraron en la caracterización de cada dispositivo fueron las siguientes: nombre de la actividad; recurso humano que interviene (cantidad, disciplinas, sectores, etcétera); día y horario en el que se realiza; espacio de funcionamiento; necesidades a partir de las cuales surge; objetivo general que se propone; población a la que se dirige (problemáticas que abordan, criterios de inclusión y exclusión, características, etcétera); modos de acceso al espacio/actividad (espontánea, derivaciones, etc.); nivel de abordaje (individual, familiar, grupal, comunitario, otros); conceptos teóricos que orientan la actividad; legislaciones y normativas sanitarias provinciales y nacionales por las que se rigen; descripción de las

actividades y estrategias que se desarrollan; articulaciones intersectoriales y redes que establecen; resultados observados; formas de registro escrito existentes (planificaciones, sistematizaciones, presentaciones, otras); y formas de evaluación de la actividad.

Las experiencias seleccionadas para su caracterización en profundidad fueron las siguientes.

Provincia de Río Negro. Admisiones (Servicio de Salud Mental, Hospital Cipolletti); Interconsultas (Servicio de Salud Mental, Hospital Cipolletti); Taller de Niños Divertidos (ADANIL, General Roca); Consejo de Niñ@s (Servicio de Salud Mental, Hospital General Roca y Consejo Local de Niñez); La Huerta para Compartir (Servicio de Salud Mental, Hospital Villa Regina); Fútbol Callejero (Servicio Salud Mental, Hospital El Bolsón).

Provincia del Neuquén. Grupo de Padres de Bebés Prematuros Internados (Servicio de Neonatología, Servicio Psicosocial y Servicio Social, Hospital Castro Rendón); Grupo de Niñ@s (Servicio de Salud Mental, Hospital Horacio Heller); Taller de Crianza (Servicio de Salud Mental, Hospital Bouquet Roldán); Murguita Trapitos de Colores (Área Psicosocial, Centro de Atención Primaria de la Salud, Confluencia); La Casita Itinerante (Área Psicosocial, Centro de Atención Primaria de la Salud, Parque Industrial); Actividad Sala de Espera (Área Psicosocial, Hospital Mariano Moreno); Taller de Educación Sexual y Afectiva (Área Psicosocial, Hospital Mariano Moreno); Red Intersectorial Neuquén (Centro de Atención Primaria de la Salud, Don Bosco).

Re-conceptualizando los criterios de buenas prácticas en salud mental infantil

En el marco de la investigación que aquí relatamos, el término “dispositivo” alude a las modalidades de atención y actividades orientadas a niñas, niños, sus familias y familias gestantes que desarrollan los equipos de salud mental/salud psicosocial (admisiones, tratamientos, grupos terapéuticos, talleres, etcétera). Dichos dispositivos pueden ser individuales, familiares, grupales o comunitarios. A tal fin, utilizamos de manera indistinta las expresiones “dispositivos”, “experiencias”, “modalidades de atención” y “actividades” para referirnos a aquello que estamos analizando.

Para Claudia Salazar Villava, dispositivo es una noción instrumental, palabra “hueca” cuya operación metafórica permite imaginar formas de

intervención en el campo social. Ella se diferencia de los instrumentos metodológicos tradicionales justamente en su indefinición, en su apertura permanente, en la imposibilidad que afirma, de construir un manual que conduzca paso a paso por el cumplimiento de los requisitos para la correcta acción metodológica, necesaria para intervenir; en su vacío, esta noción es apertura en tanto da lugar a la incertidumbre y se niega a pre-ver. Esta prescripción paradójica de no prescribir es precisamente la utilidad de semejante noción (Salazar Villava, 2003).

Los dispositivos son como las máquinas, según las analiza Michel Foucault (1991); son máquinas para hacer ver y para hacer hablar, máquinas que funcionan acopladas a determinados regímenes históricos de enunciación y visibilidades, pero también para silenciar y para invisibilizar (como los dispositivos de encierro, la prisión, el manicomio). Asimismo, el dispositivo, desde el concepto foucaultiano, plantea la hipótesis de lo complejo, lo heterogéneo, lo singular, el desorden creador de órdenes, y el desorden presente en el orden, la multirreferencialidad, la lógica de lo recursivo y lo retroactivo, para la comprensión de la totalidad, de las mutaciones y los procesos sociales.

En este marco, la indagación de dispositivos que pueden ser considerados buenas prácticas de salud mental en la atención de niños y niñas adquiere sentido porque implica desafiar los actuales discursos hegemónicos que, según Alejandra Barcala (2013), naturalizan la psicopatologización/medicalización/desatención de la niñez y cierran las posibilidades de llevar adelante acciones creativas y prácticas comunitarias que inviten a la inclusión y a la socialización, y que garanticen el derecho a la salud.

En contraposición a esta tendencia, buscamos indagar dispositivos que posibiliten la construcción colectiva y la multiplicación de dispositivos comunitarios y subjetivantes desde un modelo de salud mental comunitaria y desde el entendimiento de que la investigación debe estar ligada a ideas de compromiso, participación y transformación social.

En este marco, concebimos a los dispositivos de salud mental como aquellos dirigidos a abordar la dimensión subjetiva del proceso de salud/enfermedad/atención desarrollados por los equipos de salud mental.

Según Buriyovich (2011), la procedencia conceptual del término “buenas prácticas” se relaciona con los procesos de reforma de la gestión pública y su creciente interés por caracterizar, sistematizar y difundir “buenas prác-

ticas” en el sector público. Para esta autora, la atención puesta en dicho término puede explicarse porque permite a los funcionarios que formulan políticas públicas conocer “experiencias probadas” o la identificación de métodos que resultan ser adecuados, dada su orientación a soluciones concretas y efectivas. En ese sentido, esta noción jerarquiza y prestigia a los servicios públicos.

Este concepto ha recibido distintas críticas (Grupo de Trabajo HPH, 2007; Astellarra Bonomi, 2003; Burijovich, 2011) no obstante lo cual, como equipo de investigación, decidimos utilizarlo por las potencialidades que también dicho concepto tiene. En ese sentido, valen realizar las siguientes aclaraciones:

- No se trata de un criterio normativo que juzgue “lo que está bien y lo que está mal” ni que aluda a algún “deber ser” universal y absoluto.
- No se trata de un criterio absoluto: una práctica puede ser buena en un contexto y no en otro.
- No es tampoco una receta universal que debe repetirse sin más: buenas prácticas, buenas experiencias ajenas, pueden servir como importantes fuentes de aprendizaje. Sin embargo, también pueden confundir. Depende de las propiedades del caso y su contexto. Hay experiencias que son trasladables de una sociedad a otra y otras que no, de un momento histórico determinado a otro y otras que no. El riesgo que se corre es que ahora, a través de recomendaciones basadas en “buenas prácticas”, se reproduzcan los errores y costos de la receta universal.
- No implica que las prácticas que no se incluyan bajo esta denominación –o que no hayan sido seleccionadas para ser caracterizadas en este estudio– sean “malas”.
- Se necesita más teoría que explique por qué y qué variables tornan una experiencia aplicable o no fuera de su matriz originaria; esto debido a que el análisis de buenas y de malas prácticas, así como de prácticas similares (buenas o malas) a veces han producido resultados disímiles.

En el marco del presente proyecto, y basándonos en distintas fuentes bibliográficas, definimos buenas prácticas a partir de algunos criterios iniciales, que se fueron re-significando a lo largo de la investigación. Se detallan a continuación.

Inédito, novedoso, previamente inexistente: por el tipo de dispositivo, por la población con la que trabaja, por el contexto teórico que utiliza, etcétera, “se trata de desarrollar prácticas innovadoras y/o transformadoras” superando las modalidades tradicionales (Barcala, 2013: 3); así, la idea principal es que las experiencias seleccionadas rompan de alguna manera con las formas más tradicionales de atención en salud mental (tratamiento individual, asistencia, etcétera) y con las actividades más convencionales en alguno de sus aspectos, y puedan ir adecuándose a las nuevas demandas de atención y necesidades; como sostiene Emiliano Galende “en las últimas dos décadas, los servicios de salud/salud mental fueron detectando nuevas problemáticas, y se vieron desbordados por nuevas demandas de atención implícitas y explícitas que surgieron en el seno de una crisis profunda en la configuración de las actuales relaciones sociales y su impacto en la subjetividad [...] las clásicas respuestas institucionales fueron tornándose inapropiadas para responder a estos nuevos problemas” (Galende, 1992: 53).

Carácter colectivo: entendemos que las formas más tradicionales de trabajo dentro del campo de la salud mental tienen un formato sobre todo individual, por lo que, sin desmerecer la potencialidad de este tipo de abordaje, apuntamos a relevar formas de atención y actividades que tengan en alguna medida un carácter colectivo; dicho carácter colectivo, además, coincide con los lineamientos de la Ley Nacional de Salud Mental (N° 26.657/2010).

Participativo: entendemos la participación como la posibilidad de que, el grupo/comunidad/institución/persona con la que trabajamos sea parte del proceso de toma de decisiones, en contraposición a aquellas posturas que asocian la *participación* a la mera presencia o concurrencia de personas (niñas, niños, adultos responsables) a la convocatoria realizada; este *ser parte* tiene distintos grados de habilitación y está condicionado siempre por las situaciones de partida (instituciones, programas, normas, etcétera) de cada proceso; en ese sentido, si bien consideramos el carácter participativo como un criterio de buena práctica, dicho criterio debe tomarse rompiendo el mito de la posibilidad absoluta y “pura” de participación; en ese sentido, siempre hay que estar atentos a las imposibilidades internas que a veces dificultan los procesos de participación, a la vez que ser críticos con el hecho de que la apela-

ción a la participación no legitime el corrimiento del Estado como garante de los derechos de las poblaciones. De igual modo, en este ser parte y en contraposición al mundo adultocéntrico en el que vivimos, es relevante poder jerarquizar la voz de los niños y niñas, sus decires y sus necesidades, tanto en la en la planificación como en el desarrollo y la evaluación de los dispositivos.

Pertinencia/relevancia: en términos de dar respuestas específicas a las demandas y/o problemáticas del contexto en el que está inserto el dispositivo y a las necesidades de las poblaciones con las que se trabaja.

Efectividad: en términos de lograr los objetivos que se proponen.

Promoción de derechos humanos de la infancia: para su aplicación efectiva pero teniendo presente siempre los límites de la concepción liberal y etnocentrista de los derechos humanos con la que nos manejamos, y teniendo también siempre en cuenta que, por ejemplo, cuando hablamos del derecho de los niños y niñas a ser escuchados eso nos marca un horizonte pero no nos da una teoría acerca de qué implica en términos subjetivos individuales y sociales escuchar a un niño o niña, ni nos dice nada acerca de cuáles son las condiciones para posibilitar dicho proceso.

Integralidad, intersectorialidad e interdisciplinariedad: Fundamento de las propuestas de atención primaria de la salud y de la Ley Nacional de Salud Mental.

Creación de nuevos espacios institucionales y simbólicos: promoviendo cambios en las concepciones y prácticas de crianza en las familias y en el abordaje e intervención con los niños y niñas en las instituciones.

Efecto multiplicador: en tanto puedan ser imitados y adaptados en y a otros espacios, no como recetas o fórmulas acabadas, pero sí como fuentes de inspiración.

Generación de una situación de aprendizaje y de producción de conocimiento: propiciando un mayor compromiso de los distintos actores involucrados, así como la integración de nuevos aliados.

Eficiencia: entendida como optimización de los recursos; no obstante, en relación a este punto es necesario tener en cuenta que el

trabajo en salud mental requiere profundidad, tiempo, presencia, etcétera, y que esas características muchas veces van en contra del objetivo de minimizar el uso de recursos.

Continuidad, sostenimiento a través del tiempo y disponibilidad: este criterio, no obstante, debe ponerse en tensión con la adecuación que también tienen que tener los dispositivos a las necesidades siempre cambiantes de las poblaciones a las que están dirigidos; en este punto Barcala (2017) habla de sostenibilidad e incidencia.

Enmarcados en la normativa sanitaria regional y nacional: esto implica la instauración de un espacio de legalidad para la vida social según la Ley de Salud Mental de Río Negro (N° 2440/1991), el Plan Provincial de Salud Mental de Neuquén y la Ley Nacional de Salud Mental, como así también a normativas de protección de niños y niñas, como la Ley Nacional de Protección Integral de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes (N° 26.061/2005), la Ley de Derechos de las Personas con Discapacidad (N° 26.378/2006); y las citadas leyes 2.302, de Neuquén y 4.109, de Río Negro.

Existencia de algún tipo de registro: escrito, fotográfico, etcétera, en tanto criterio de buena práctica y también como requisito para poder realizar un proceso de sistematización y caracterización en profundidad de una experiencia que posibilite la socialización de la misma.

Otro criterio que se utilizó para la selección de las experiencias fue el de diversidad entre los distintos dispositivos que se seleccionaron (por el diseño de los mismos, la metodología que utilizan, los actores que participan, el equipo que lo desarrolla, los espacios, territorios y localidades en las que se materializa, las modalidades de abordaje que implementan, etcétera).

Como dijimos, los criterios anteriormente enunciados nos sirvieron inicialmente para seleccionar los dispositivos a caracterizar a la vez fueron reelaborados, modificados, ampliados y enriquecidos durante el proceso de investigación.

En lo que sigue, queremos destacar aquellas características novedosas y específicas que pudimos ir construyendo a lo largo del proceso de investigación como categorías emergentes, y que consideramos pueden ser incorporadas como criterios de buenas prácticas en salud mental infantil.

Dichos criterios son: que se rescaten los saberes y las prácticas existentes; que exista una planificación previa pero flexible del dispositivo; que esté organizada a partir de las necesidades de los participantes; que realice un aporte a la despatologización de la infancia; y que se genere y desarrolle allí donde los niños y niñas y/o sus familias trascurren sus vidas cotidianas y/o en aquellos espacios y momentos en los que ya están convocadas las familias.

Asimismo, otros criterios que surgieron fueron: que cuente con espacios de formación y de supervisión y co-visión externas al dispositivo; que los profesionales a cargo de la actividad cuenten con una formación en las temáticas específicas que trabajan; que respeten las necesidades e intereses de las chicas y los chicos, y escuchen sus voces; que se promuevan lazos solidarios; que sea una práctica humanizante y subjetivante; que esté encuadrada en las normativas sanitarias y legales e incluya la perspectiva de los derechos humanos; que se constituya en un acto de emancipación para los niños y niñas; que combine la sencillez y la complejidad; que realice un abordaje integral; que materialice el trabajo con la primera infancia; y que haya apertura y disponibilidad por parte de los profesionales desarrollan los dispositivos para dar a conocer su trabajo.

De igual modo, surgieron también como criterios: que se trabaje no sólo con el niño o niña sino con el ámbito familiar más inmediato y las relaciones sociales significativas; que sean espacios donde se asista de manera voluntaria; que den valor a los distintos modos de expresión del niño o niña; que le hablen a los niños y niñas con la palabra que dice “la verdad”; que promueva la co-responsabilidad entre las distintas instancias que participan en la crianza y el abordaje de los niños y niñas; que posibilite que el tiempo del tratamiento/ actividad sea acorde a las necesidades de cada niño o niña; que sea un espacio físico amigable, acondicionado para el trabajo con los más pequeños; y que exprese de alguna manera la realidad del barrio en la que viven los niños y niñas y constituyendo una fuerte crítica social a dicha realidad.

Otros criterios de buenas prácticas en salud mental infantil que pudimos pensar fueron: que tienda hacia la autonomía y la autogestión; que se sostenga en el compromiso de quienes coordinan la actividad; que trabaje desde el respeto hacia los chicos y chicas y estableciendo una relación de confianza con ellos; que permita una inserción y articulación distinta en y con la comunidad; que articule actividades realizadas desde el estado con las acciones de distintas organizaciones y agentes comunitarios; que sienta las bases para una política social y de salud alternativas que debería ser

prioritaria; que sea un dispositivo de salud mental y psicosocial, pero que no requiera necesariamente la coordinación directa del equipo; que trabaje desde una concepción amplia de la salud mental y psicosocial que entiende como parte del trabajo de los agentes de salud el acompañamiento en la vida cotidiana y en los eventos comunitarios en los que las personas participen; que articule el carácter asistencial del trabajo con la tarea preventiva-promocional; que articule distintos tipos de saberes profesionales –del sector salud con otros sectores– y de la comunidad; y que se adecúe a la realidad cultural de los niños y niñas.

Por último, pudimos re-conceptualizar las buenas prácticas en salud mental infantil criterios tales como: que redefina las demandas que llegan desde los distintos actores sociales; que ponga el eje en la humanización de la atención y en una mirada integral de la salud mental entendiendo que esta forma parte de la salud en general; que redefina las dinámicas grupales competitivas en juegos cooperativos; que sean ideados y desarrollados con la participación democrática de los distintos actores involucrados; que realicen intervenciones en los diferentes espacios de pertenencia de los niños y niñas; que se adecúen a los recursos disponibles; que impliquen la implementación de modalidades de abordaje que ya cuentan con cierta tradición en el campo de la salud mental pero que muchas veces continúan sin un reconocimiento fuerte; que tengan un carácter inclusivo; que impliquen “poner el cuerpo”; que promuevan valores alternativos; y que sean constantemente evaluadas.

Consideramos que estos criterios de buenas prácticas pueden orientar la revisión de nuestros dispositivos de intervención, la planificación de las experiencias en salud mental orientados a niños y niñas, y la definición de políticas públicas en esta área. No obstante, ello no implica pretender que todos y cada uno de los aquí enunciados se encuentren presentes en los dispositivos, experiencias y políticas públicas que generemos ya que probablemente sería demasiado exigente pensarlo de ese modo.

En ese sentido, entendemos que toda práctica humana tiene sus alcances y límites, sus potencias y debilidades, y ubicamos a los criterios de buenas prácticas en salud mental infantil como aquellas potencialidades en relación a las cuales sería prometedor orientar nuestras prácticas sabiendo, de antemano, que las mismas estarán siempre radicalmente condicionadas.

En ese sentido, consideramos que los criterios acerca de las buenas prácticas en salud mental infantil que hemos aquí conceptualizado pueden servir

como inspiración y horizonte utópico hacia el cual caminar, pero siempre desde la conciencia de que nuestras prácticas cotidianas siempre estarán necesariamente atravesadas por las tensiones entre el poder y la potencia. Asimismo, los criterios propuestos no deben ser entendidos como universales sino como parciales y situados.

Bibliografía citada

- Astellarra Bonomi, J. (2003). Buenas prácticas y auditoría de género. Instrumentos para políticas locales”. Institut d’Edicions de la Diputació de Barcelona.
- Barcala, A. (2013). “Sufrimiento psicosocial en la niñez: el desafío de las políticas en salud mental”. *Revista Actualidad Psicológica*, marzo.
- Barcala, A. (2017). “Programa de actualización de posgrado “Infancia: desarrollo, salud mental y vulnerabilidad psicosocial”. FACE, Universidad Nacional del Comahue. Anotaciones.
- Burijovich, J. (2011). “El concepto de buenas prácticas en salud: desde un enfoque prescriptivo a uno comprensivo”, en M. Rodigou Nocetti y H. Paulín, *Coloquios de Investigación Cualitativa*. Córdoba: Universidad Nacional de Córdoba.
- Foucault, M. (1991). *Saber y verdad*. Madrid: La Piqueta.
- Fushimi, C.F. y M. Giani (2009). “Herramientas subjetivas que protegen. Guía para la Atención y el Cuidado de la Salud de los Niños y Niñas de 0 a 6 años”. Provincia del Neuquén.
- Galende, E. (1992). *Psicoanálisis y salud mental*. Buenos Aires: Paidós.
- Grupo de Trabajo HPH (2007). “Promoción de la Salud de la Infancia y la Adolescencia en y por los Hospitales (HPH-CA)”. Dirección General de Salud Pública del Servicio Canario de la Salud, Consejería de Sanidad, Gobierno de Canarias.
- Pedraza, M., A. Marcus y M. Sánchez (2006). “Viaje a la vida. Una propuesta de humanización temprana al niño y/o niña en gestación y su familia”. Zapala, Neuquén.
- Salazar Villava C. (2003). “Dispositivos: máquinas de visibilidad. Anuario de investigación 2003”. México: UAM-X, CSH.

Stolkiner, A. y R. Solitario (2007). “Atención primaria de la salud y salud mental: la articulación entre dos utopías”, en D. Maceira, *Atención primaria en salud. Enfoques interdisciplinarios*. Buenos Aires: Paidós.

Bibliografía consultada

Armesto, M.A. (1996). “Una evaluación del programa Área de Atención Comunitaria de la Dirección de Prestaciones Integrales en Salud Mental”. DGSM, CICYTPCba. Informe.

Janín, B. (2013). “Intervenciones subjetivantes”. *Revista Novedades Educativas*, 268, abril, 13-16.

Sirvent, M.T. (2003). “El proceso de investigación”. Manual de Cátedra, Investigación y Estadística Educacional I, Universidad de Buenos Aires.

La perspectiva de los profesionales de la guardia de un Hospital Pediátrico de la Ciudad de Buenos Aires respecto a la internación de niños, niñas y adolescentes por salud mental en el contexto de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657

Mariana Clara Heredia

Introducción

La Ley Nacional de Salud Mental (N° 26.657/2010) responde a la necesidad de adecuar las modalidades de abordaje al paradigma de los derechos humanos inserto en la normativa constitucional y destacado en la Declaración de Caracas (acordada por los países miembros de la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud en 1990). Hace referencia a la necesidad de un tratamiento personalizado basado en la comunidad, donde la participación de los usuarios de los servicios en la toma de decisiones concernientes a su propio tratamiento es fundamental y donde la internación se asume como un recurso terapéutico restrictivo que debe aplicarse en último término, lo que convierte a esta Ley en exponente de un cambio de paradigma en lo que se refiere a la atención en salud mental (Gorbacz, 2011).

Si bien la Ley de Salud Mental de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (N° 448/2000), señalaba también a la internación como recurso terapéutico sólo aplicable cuando no fueran posibles abordajes ambulatorios o domiciliarios, la Ley Nacional agrega que sólo debe llevarse a cabo en hospitales generales (art. 28°) y una serie de medidas para garantizar su legalidad.

Particularmente, cuando se trata de niños, niñas y adolescentes, además de enmarcarse en las normativas nacionales e internacionales de protección integral de derechos, las internaciones son consideradas involuntarias, por lo cual cuentan con las garantías especiales estipuladas para esos casos, entre ellas, la designación de un defensor que efectuará el control de las actuaciones en todo momento (Ley Nacional, art. 20°-26°).

Sin embargo, en lo que respecta a la información disponible sobre la atención en salud mental de niños, niñas y adolescentes en la Ciudad de Buenos Aires, distintos análisis realizados durante los últimos años señalaron que la institucionalización de la niñez con sufrimiento psíquico fue en cre-

cimiento (AGT, 2011, 2013; Unicef, 2013; MPD, 2015; Barcala, 2018a, 2018b), que faltan dispositivos adecuados para su atención y externación (MPD, 2016) y que en los últimos años se han consolidado procesos de medicalización y lógicas asilares como estrategias y respuestas del Estado frente al padecimiento de estos niños, niñas y jóvenes en contextos de vulnerabilidad, notándose una clara tendencia hacia el control y normalización social (Barcala, 2015, Barcala *et al.*, 2018a, 2018b).

Teniendo en cuenta que el hospital general es uno de los efectores que recibe a niños, niñas y adolescentes, y que tiene una demanda creciente de atención, se vuelve una institución con un papel muy importante en las posibilidades de niños, niñas y jóvenes en cuanto a su salud, tratamiento, recorrido y trayectorias ulteriores.

La institución en la que se realizó la investigación que aquí se presenta,¹ es un hospital pediátrico de alta complejidad, de referencia para todo el país y también para los países limítrofes, por lo que recibe niños, niñas y adolescentes tanto por demanda espontánea como por derivación de otros efectores (centros de salud, hospitales, instituciones privadas, etcétera).

Respecto de la atención en salud mental, cuenta con un equipo interdisciplinario de guardia las 24 horas compuesto por psicólogos, psiquiatras y trabajadores sociales, perteneciente al Departamento de Urgencias, que responden a la demanda interna y externa.

Las internaciones por salud mental se realizan en salas de clínica general, no existe una sala específica, y no hay un número de camas asignado a salud mental, siendo este número variable según las necesidades y la prevalencia de la patología estacional pediátrica. Una vez efectuada la internación, además del equipo clínico que lo atiende en la sala de pediatría, se le asigna a ese niño, niña o adolescente un equipo de profesionales de salud mental para su tratamiento individual y familiar. Esta modalidad de atención en las internaciones de salud mental es previa a la sanción de la Ley 448 y de la Ley Nacional, ya que data de la década de 1970.

¹ El presente trabajo surge de una investigación de perfeccionamiento en Salud Pública realizada en los años 2014 y 2015 a través de una Beca Carrillo-Oñativia, otorgada por el Ministerio de Salud de la Nación, en la que se indagó sobre las representaciones y prácticas de los profesionales de un Hospital General Pediátrico Público de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires vinculadas a la atención en la guardia de niños, niñas y adolescentes con padecimiento mental y en el contexto de la reglamentación de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657.

Dentro de las prácticas realizadas por los profesionales de la guardia del hospital general, tanto del equipo de salud mental como enfermeros y pediatras, precisamente aquellas relativas a las internaciones por salud mental son las que más dificultades conllevan en diversos aspectos: los criterios para indicarla deben adecuarse a lo establecido por la Ley Nacional, la falta de dispositivos alternativos para evitarlas, la ausencia de efectores para derivar cuando no hay camas disponibles y, en ocasiones, el sostenimiento en salas de clínica general por razones intrahospitalarias y de capacitación del personal, forman parte de los obstáculos habituales (Heredia y Barcala, 2016).

Es por esto que, a la luz de reflexionar sobre la producción de cuidados en salud mental en un hospital general pediátrico, este artículo pretende profundizar en las problemáticas que surgen allí con la indicación e instrumentación de las internaciones por salud mental.

Métodos

Este trabajo forma parte de una investigación que se llevó a cabo durante el periodo de junio 2014 a mayo 2015 a través de un diseño exploratorio descriptivo, enmarcada en un análisis de tipo cualitativo (Valles, 1999; De Sousa Minayo, 2003; Vasilachis, 2007). A partir de la selección de un hospital pediátrico general de la Ciudad de Buenos Aires como escenario, se utilizaron técnicas cualitativas de recolección de datos: entrevistas semiestructuradas a profesionales de diferentes disciplinas que se desempeñan en la guardia del hospital y que participan de las consultas por Salud Mental (Enfermería, Pediatría, Psicología, Psiquiatría, Trabajo Social y Toxicología), observación participante y análisis documental.

La selección de casos se desarrolló con base en criterios de muestreo teórico, debido al abordaje cualitativo planteado. La cantidad de sujetos se decidió por saturación. Se tomó una muestra no probabilística e intencional que se completó en $n=11$ con la siguiente distribución: pediatras=3, psiquiatras=2, psicólogos=2, trabajadores sociales=2, enfermero=1, toxicólogos=1.

El proyecto de investigación fue aprobado por el Comité de Ética y por el Comité de Docencia e Investigación del hospital donde fue llevado a cabo.

Todos los profesionales entrevistados firmaron consentimiento informado para la realización de las entrevistas y su grabación. Se garantizó la confidencialidad de sus datos personales y de la información y opinión que otorgaron durante su participación.

Sobre los datos obtenidos se realizó un análisis de contenido (Bardin, 1986; De Souza Minayo, 2013) y para el presente artículo se profundizó sobre la información vinculada a la categoría “efectos y tensiones en la práctica de los profesionales vinculadas a la Ley Nacional de Salud Mental”, surgida durante el análisis mencionado, dado que fue la que más información arrojó sobre las internaciones por salud mental y las dificultades que conllevan en la práctica cotidiana en el Hospital General.

Resultados

A continuación se describirán distintos aspectos que se desprenden de la categoría “efectos y tensiones en la práctica de los profesionales de la guardia vinculadas a la Ley Nacional de Salud Mental” emergente del análisis realizado, referidas principalmente a las internaciones por razones de salud mental.

Modificaciones en la práctica. Los entrevistados ubicaron que las modificaciones en sus intervenciones a partir de la Ley Nacional serían más del orden de lo burocrático o procedimental que de lo clínico, y que no percibieron un impacto de la misma en cuanto a la disponibilidad y asignación de recursos.

A mí me parece que las leyes estas no modifican en gran medida el funcionamiento que tiene este hospital. Siempre hemos sido criteriosos, siempre hemos sido cuidadosos (psicólogo 1).

Salvo las cuestiones burocráticas, que ahora hay que por ahí hacer otros llamados [...] después en cuanto al manejo hospitalario no, no he visto [cambios] (pediatra 1).

En el hospital donde trabajo, las consideraciones que yo he leído en los puntos de la ley ya venían siendo aplicadas y ya venían siendo abordadas. En relación a los criterios de internación, a la modalidad de trabajo interdisciplinario, a la modalidad de internación fundamentalmente, pacientes con criterio de internación por salud mental internados en salas de clínica general. En líneas generales ya venían siendo abordadas así. [...] en relación a la implementación de diferentes normativas que bajan con la ley funcionando, me parece que [las modificaciones] son así cuestiones de modas pasajeras... que primero hay que informar a tal organismo, que después al otro organismo, que el informe tiene que ser por duplicado, que tiene que estar firmado por tal y tal, que tiene que constar con tales y tales datos (psicóloga 2).

Criterios de internación. Se encontraron tensiones entre los criterios de los profesionales a la hora de indicar una internación y lo dispuesto por la Ley Nacional, en cuanto a que deba ser el último recurso y cuando exista riesgo cierto e inminente para sí y para terceros. Los entrevistados mencionaron que en muchas ocasiones la falta de continencia familiar o la situación de vulnerabilidad hacen que sea la intervención que consideran adecuada para evitar que se produzca un riesgo cierto e inminente.

Pero supongamos que no está ese riesgo [...] si tuviéramos que tomar un criterio más puramente social [la internación] me parece que tiene que ver con alguna situación de vulnerabilidad, de desprotección, donde no hayan otros adultos que nos puedan garantizar el cuidado que ese chico o ese adolescente requiere (trabajadora social 1).

A veces es como si fuera una medida cautelar, ¿me entendés? Preventiva [...] No todos los chicos que se internan corren riesgo cierto e inminente, pero [...] está muy sintomático, porque no tiene familia continente, no hay familia ampliada o extendida que puedas contar, porque hay gente en condiciones paupérrimas que apenas pueden con su vida (psiquiatra 1).

Por otro lado, la mayoría de los entrevistados mencionaron que muchas veces la internación se indica o se prolonga por falta de otros dispositivos alternativos no hospitalarios, con lo cual queda como último recurso aunque no hayan sido implementados otros anteriormente, directamente por su inexistencia.

Lo que pasa es que no hay mucho recurso [...] no hay dispositivos armados como para sostener una situación crítica y otros recursos que no sea la internación (psiquiatra 2).

Con las lógicas institucionales que a veces necesitás una respuesta más rápida y no la tenés, necesitás un recurso, un acompañante y no lo tenés, no sé, a lo mejor un paciente si se consiguiera un recurso podría estar menos internado (trabajadora social 2).

Internaciones en sala de clínica general. En función del análisis realizado, surgieron importantes dificultades para la internación vinculadas a las condiciones edilicias y al hecho de que las habitaciones sean compartidas con pacientes de clínica.

A veces hay pacientes, qué se yo, los intentos de suicidio, las agresiones con pasaje al acto y toda la historia... es ridículo internarse en un segundo piso con ventanas sin rejas digamos... el hospital no tiene infraestructura, sala [...] los tenés que internar al lado de los bebés con bronquiolitis que están con fiebre (pediatra 2).

[Con respecto al consumo problemático de sustancias] no hay una sola cama, una habitación que cumpla esos requisitos: las rejas, las luces bajas, la disminución de estímulos, en todo el hospital no se creó todavía algo relacionado con la patología que está cada vez más en crecimiento en adolescentes (toxicólogo 1).

Falta de capacitación en Salud Mental. Del análisis de las entrevistas de los profesionales emergió como problemática que, debido a que las internaciones se efectúan en salas de clínica general, encuentran dificultades relacionadas a la falta de capacitación en salud mental de enfermeros y también de pediatras, que son quienes atienden cotidianamente a los internados:

Hay gente que les tiene miedo, y se ponen a la defensiva y no quieren saber nada [...] yo creo que es un defecto en la formación (psiquiatra 1).

Vienen chicos con brotes que, de hecho discutimos en enfermería, cuál es la contención y hasta qué punto uno lo puede contener, el tema del cuidado de uno y del cuidado del paciente [...] No hay una norma de contención charlada acá en el hospital [...] Me decís hacemos un curso, hacé esto, esto, esto y entonces yo sé (enfermero 1).

Derivación a otras instituciones. Se encontraron obstáculos en la derivación y falta de otros efectores que tengan internación para esta población o que dispongan de camas:

Lo que hace pensar en otros hospitales [monovalentes] es el peligro de una actuación, y en general tiene que ver con los adolescentes. Pibes grandes, fuertes, que se pueden escapar, trepar [...] se comienza a intentar una derivación que en general no es fácil de lograr, porque todas las instituciones están o actúan como si estuviera sobrepasadas de pacientes (psicólogo 1).

Realmente estuve todo un día con un esfuerzo muy importante hasta de comunicar la situación a la superintendencia porque una obra social no quería disponer una cama por obra social para una internación de salud mental (trabajadora social 1).

Internaciones involuntarias y contradicciones. Durante el estudio se observaron situaciones en las que adolescentes acudían a la guardia pidiendo internarse. Algunos de ellos ya habían estado internados y querían volver, y otros iban por recomendación de amigos que estuvieron internados. También hubo niños y adolescentes que se instalaron en la guardia y en las salas de internación y pedían quedarse, lo cual cuestionaría el hecho de que todas las internaciones de menores de 18 años deban ser tomadas como “involuntarias”, tal como estipula la letra de la Ley Nacional de Salud Mental, sino que hay situaciones en que esto es sólo una nominación jurídica.

Discusión

El presente estudio permitió señalar el papel destacado de las internaciones por razones de salud mental como práctica de cuidados de niños, niñas y adolescentes por sobre otras intervenciones, ya que se efectúan muchas veces por inexistencia de otras posibilidades terapéuticas, de dispositivos alternativos y de recursos.

Desde una perspectiva de salud mental comunitaria, la falta de recursos y respuestas del Estado para garantizar un tratamiento acorde a la necesidad real de los niños, niñas y adolescentes es un aspecto fundamental, ya que las prácticas terminan direccionándose hacia las instituciones con internación, con pocas posibilidades de lograr un abordaje territorial y una rápida inserción a la vida cotidiana.

En lo que respecta a las internaciones en el Hospital General, surgieron múltiples obstáculos vinculados a su falta de adecuación para llevarlas a cabo tal y como lo estipula la Ley de Salud Mental, tanto por las condiciones edilicias como por la falta de capacitación de profesionales y de articulación con otras instituciones.

El debate acerca de si la sala específica para internaciones por salud mental podría ser más adecuada para la atención en crisis que una sala de clínica general queda instalado, para continuar siendo analizado, dado que se trata

de una inquietud que surgió en los distintos profesionales entrevistados a partir de reflexionar sobre estos obstáculos.

Por otro lado, también el efecto que puede generar en los profesionales el hecho de no contar con dispositivos y con la formación necesaria para atender a niños, niñas y adolescentes con padecimiento mental en la internación, especialmente en pediatras, toxicólogos y enfermeros, se constituye en otro aspecto a tomar en cuenta en futuras investigaciones.

En relación a las internaciones, y pensando en los cuidados por salud mental, resulta interesante analizar el hecho de que niños, niñas y adolescentes pidan internarse o no quieran irse del hospital. Esto deja pendiente indagar por qué quieren estar en el hospital, entender qué es lo que encuentran allí y, en general, señala la necesidad de conocer su perspectiva acerca de la atención en el hospital y de cómo es su experiencia en la internación.

En este sentido, y de acuerdo a la Convención de los Derechos de los Niños, Niñas y Adolescentes y a los principios de la Autonomía Progresiva, escuchar su voz trae un tema central, que es la posibilidad de que se vuelvan protagonistas en su tratamiento. Sería interesante analizar cómo esto interacciona y se pone en tensión con lo que plantea la Ley de Salud Mental acerca de que se traten como internaciones “involuntarias”, ya que la situación descripta podría poner en duda esta nominación.

Analizar la perspectiva de los profesionales y los modos de atención en el contexto de la implementación de normativas, permitió mostrar la Ley de Salud Mental en sus efectos en las prácticas de los trabajadores y en la organización de servicios, contribuyendo a generar un capital de información e investigación que los gestores deben tener en cuenta para que pueda ser efectiva.

Diversas líneas de investigación surgen, entonces, a partir de este estudio, que pone de relieve la complejidad de este campo en el que se entrecruzan propuestas institucionales, perspectivas y voluntades de los equipos de profesionales, las voces de los niños, niñas y adolescentes, las articulaciones y los recursos disponibles en los efectores, legislaciones, normativas y políticas públicas.

Bibliografía citada

- AGT (2011). “Panorámicas en salud mental: a un año de la sanción de la Ley Nacional N° 26.657”, colección “De incapaces a sujetos de derechos”, Ernesto Blank (coord.). Buenos Aires: Eudeba-Ministerio Público Tutelar, Poder Judicial de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
- AGT (2013). “Niñez, adolescencia y salud mental en la Ciudad de Buenos Aires. Informe de gestión del Ministerio Público Tutelar, período 2012”. Buenos Aires: Eudeba-Ministerio Público Tutelar, Poder Judicial de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
- Barcala, A. (2015). “La medicalización en la niñez: prácticas en salud mental y subjetividad de niños, niñas y adolescentes con sufrimiento psicosocial”, A. Barcala y L. Luciani Conde (comps.), *Salud mental y niñez en la Argentina. Legislaciones, políticas y prácticas*. Buenos Aires: Teseo.
- Barcala, A. (2018a). “Salud Mental y niñez: un contexto de tensiones, contradicciones y paradojas”. *Topía*. Disponible en <https://www.topia.com.ar/articulos/salud-mental-y-ninez-un-contexto-tensiones-contradicciones-y-paradojas> [consulta, abril de 2019].
- Barcala, A. (2018b). “Políticas de Salud Mental en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Su participación en los procesos de medicalización del sufrimiento psíquico de niños y niñas”, en S. Faraone y E. Bianchi (comps.), *Medicalización, Salud Mental e Infancias. Perspectivas y debates desde las Ciencias Sociales en Argentina y el sur de América Latina*. Buenos Aires: Teseo.
- Barcala, A.; A. Bonvillani, M. Chaves, M. Gentile, S. Guemureman, E. Langer, M. Larrondo, V. Llobet, L. Mayer, M. Medan, P. Núñez, M. Vázquez y P. Vommaro (2018): “Quién cae dónde. Desigualdades, políticas y construcción socio-estatal de las infancias, adolescencias y juventudes en el escenario argentino actual”, en M. Vázquez, M. C. Ospina-Alvarado y M. I. Domínguez (comps.), *Juventudes e infancias en el escenario latinoamericano y caribeño actual*, Colección Grupos de Trabajo. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: CLACSO; Manizales: Universidad de Manizales. Centro de Estudios Avanzados en Niñez y Juventud; Bogotá: CINDE-Fundación Centro Internacional de Educación y Desarrollo Humano.

- Bardin, L. (1986). *Análisis de contenido*. Madrid: Akal.
- De Souza Minayo, M. (2003). “Ciencia, técnica y arte: el desafío de la investigación social”, en M. Minayo (org.), *La investigación social: teoría, método y creatividad*. Buenos Aires: Lugar.
- De Souza Minayo, M. (2013). *La artesanía de la investigación cualitativa*. Buenos Aires: Lugar.
- Gorbacz, L. (2011). *La ley de salud mental y el proyecto nacional. Panorámicas de salud mental a un año de la sanción de la Ley Nacional N° 26657*. Buenos Aires: Eudeba.
- Heredia, M. y A. Barcala (2016). “Representaciones y prácticas de profesionales de la guardia de un hospital pediátrico de la ciudad de Buenos Aires”. *Revista Argentina de Salud Pública*, 8, 30, 13-19. Disponible en <http://rasp.msal.gov.ar/indice-msal.asp?id=59> [consulta, abril de 2019].
- MPD (2015). “Acceso a la justicia de niños, niñas y adolescentes internados por salud mental o adicciones. Testimonio 2012-2014”. Pablo Olmo (coord.). Ministerio Público de la Defensa, Defensoría General de la Nación. Disponible en <http://www.mpd.gov.ar/pdf/publicaciones/biblioteca/Libro%20Salud%20Mental%20web.pdf> [consulta, abril de 2019].
- MPD (2016). “Unidad de Letrados, art. 22, Ley 26.657 (personas menores de edad)”, en Informe Anual 2015. Ministerio Público de la Defensa, Defensoría General de la Nación. Disponible en <https://www.mpd.gov.ar/pdf/Informe%20Anual%202015.pdf> [consulta, abril de 2019].
- Unicef (2013). La situación de niños, niñas y adolescentes en las instituciones de protección y cuidado de América Latina y el Caribe. N. Perrault (coord.), J. Pa-lummo (autor). Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.
- Valles, M. (1999). *Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional*. Editorial Síntesis.
- Vasilachis de Gialdino, I. (dir.) (2007). *Estrategias de investigación cualitativa*. Buenos Aires: Gedisa.

Pensar el cuidado en salud mental en contextos adversos desde la formación profesional

Victoria Vidal, Leticia Grippo, Sergio Remesar y Selva Sena

Introducción

El presente trabajo constituye una reflexión acerca del proceso de apropiación de la concepción de cuidado planteada en la Ley Nacional de Salud Mental (N° 26.657/2010) en estudiantes de carreras de salud (Psicología, Enfermería, Terapia Ocupacional) en los tiempos del neoliberalismo. La Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que las políticas sociales y económicas tienen efectos determinantes en la salud de los niños, niñas y adolescentes, generando desigualdades que pueden impedir el pleno desarrollo de sus potencialidades y el logro de una vida plena. Esto deja muy en claro la importancia de la salud mental y su cuidado en el campo de la salud pública. La Ley pone en juego esto en ámbitos profesionales, académicos y políticos.

El desarrollo que se propone analizar las representaciones sociales del cuidado de la salud mental en estudiantes de carreras de salud como futuros actores implicados en esta problemática, y cómo se explicitan las políticas y recomendaciones en el campo de la salud mental a partir de la puesta en vigencia de la Ley 26.657 en las propuestas formativas de estos profesionales, lo que permite pensar críticamente las prácticas pasadas, actuales y futuras. Este trabajo es producto de un proyecto de investigación llevado adelante desde el año 2015 “Representaciones sobre los procesos de salud, enfermedad, atención y cuidado de la Salud Mental en estudiantes de carreras salud”, bajo la dirección del licenciado Sergio Remesar en el marco del programa I+D “Problemáticas del cuidado. Metamorfosis socioculturales y producción de subjetividades en los espacios sociales contemporáneos” bajo la dirección de la doctora María Cristina Chardon, con sede en el Departamento de Ciencias Sociales de la Universidad Nacional de Quilmes.

El proyecto, concluido en abril de 2019, trabajó sobre los procesos de transformación del sentido común en las y los estudiantes de las carreras de salud: Enfermería, Terapia ocupacional y Psicología. Entre los objetivos se incluyó:

1. Indagar y describir las representaciones sobre los procesos de salud, enfermedad atención y cuidado de la salud mental que poseen el colectivo de estudiantes de carreras de salud.
2. Comparar las representaciones sobre los procesos de salud, enfermedad, atención en el cuidado de la salud mental según la carrera de pertenencia.
3. Identificar el lugar en las prácticas (promoción, educación, prevención, atención) en el que las y los estudiantes ubican los cuidados de la salud mental.

En cuanto a la metodología, se trata de un diseño de tipo exploratorio-descriptivo, que emplea una estrategia cualitativa que se complementa con metodologías cuantitativas para la caracterización de la muestra. Se utilizó también una estrategia de tipo cualitativa con abordajes múltiples para la recolección, sistematización y análisis de los datos en base a cuestionarios semiestructurados, confección de dibujos, narraciones, observación sistemática y análisis de documentos.

Las variables y ejes de análisis a trabajados son: tipo de actores involucrados, roles, conocimiento declarativo sobre el cuidado de la salud mental, objetos y entidades relacionados a él, su significado, mitos de la vida cotidiana, argumentos, sistemas morales y convicciones ideológicas, prácticas cotidianas asociadas y el lugar en las prácticas (promoción, educación, prevención, atención) en el que las y los estudiantes ubican los cuidados de la salud mental.

Se propuso una estrategia múltiple para la recolección, sistematización y análisis de los datos en base a entrevistas semidirigidas y la realización de dibujos a partir del término inductor “Cuidado en Salud Mental” que va acompañado de la escritura de un relato en descriptivo de la ilustración realizada.

Este trabajo en particular tiene como objetivos: pensar críticamente la formación en estudiantes de salud desde una perspectiva ético-política, analizar el impacto de las políticas neoliberales en el campo de la salud mental, y sus consecuencias sobre la Ley Nacional de Salud Mental 26.657, en el ámbito de los derechos de la salud mental, en particular sobre los niños, niñas y adolescentes.

Desarrollo

La salud mental en el capitalismo neoliberal: la situación específica de niñas, niños y adolescentes

La OMS (2008) señala que la inequidad y desigualdad en relación al cuidado de salud son resultado de las políticas socioeconómicas, cuyos efectos serán determinantes en las posibilidades de crecimiento, desarrollo y vida plena de los niños y niñas. El cuidado y defensa de los derechos de la niñez van a influir de manera directa en el desarrollo de un país.

Tomando la perspectiva de Pierre Bourdieu (1966) en el campo de la salud en general, y de la salud mental en particular, se ponen en juego intereses y objetivos contrapuestos, que forjan distintas concepciones, visiones y representaciones que tienden a validarlos. Esto tendrá un impacto innegable en la formación de las y los estudiantes de carreras de salud y cómo piensan el derecho a la salud mental de niños, niñas y adolescentes. Eslabones delicados en la frágil cadena de los derechos de quienes padecen en salud mental.

El avance del neoliberalismo y de la economía de mercado no va a actuar simplemente en el terreno de las políticas económicas, muy por el contrario, va a dejar su huella en todos los ámbitos: en la cultura, en la política y en la educación. La idea de un mercado abocado a la acumulación de riquezas por parte de unos sectores, la privatización del ámbito público y la flexibilización del mercado laboral, tendrá consecuencias en la vida cotidiana de niños, niñas y adolescentes y sobre sus derechos, más aún si sufren algún padecimiento mental. Familias que ven tambalear los derechos adquiridos en las luchas sindicales y obreras, la pérdida paulatina de la posibilidad de reclamo, la amenaza a los sistemas jubilatorios, la reducción del Estado, los despidos masivos, afectan a la vida y la salud de los más jóvenes. Se ven acrecentadas las distancias entre las clases sociales. El aumento de la pobreza pone en jaque no sólo la estabilidad emocional y mental, sino la posibilidad de pensarse como sujetos activos de derecho con la oportunidad de hacerlos valer, de exigirlos.

Este movimiento, que aumenta la cantidad de excluidos, con la imposibilidad de ser parte del mercado laboral, coincide con la perspectiva que el neoliberalismo tiene de las personas. Esther Custo plantea que este sistema va “generando situaciones de incertidumbre, fragilización, crisis de identidades de participaciones, de representación, de ruptura del entramado social, el temor de un horizonte que amenaza, produciendo malestar y

sufrimiento psíquico del ser humano” (Custo, 2008: 12). En este contexto se hacen presentes las angustias y los temores, y el sufrimiento de los más débiles (niños, niñas, adolescentes) y el peligro de una doble vulnerabilización social (la pobreza y el padecimiento en salud mental). Ellos sufren junto con sus familias el empuje de una realidad social hacia los márgenes, y los golpes de la pobreza y la exclusión por la imposibilidad de recibir la atención que sus derechos deberían garantizarle.

¿Cómo plantearse el cuidado en este contexto?

¿Cómo se enseña a cuidar a quienes padecen en Salud Mental en un momento donde las relaciones sociales y familiares parecen quebrarse o se muestran más inestables?

El cuidado, en general, es un concepto altamente complejo y que se ha constituido en objeto de estudio e interés de diversas disciplinas. Entendemos al cuidado “[...] como una construcción subjetiva que se produce en prácticas cotidianas con y entre otros/as en diversos espacios institucionales y comunitarios en los que –obviamente– se despliegan relaciones de poder. En este sentido, subrayamos la dimensión política de la construcción individual y colectiva de las prácticas y concepciones de cuidado” (Chardón *et al.*, 2012: 45). Considerar la dimensión histórica y política implica recuperar la noción de participación social en salud (Menéndez, 1998; Menéndez *et al.*, 2006), reconocida formalmente en la Conferencia de Alma Ata, de 1978. Esto nos lleva a preguntarnos sobre las maneras de participación que promueve/obstaculiza el campo que venimos trabajando y las modalidades de participación que efectivizan los distintos actores involucrados en este cambio.

Reflexionar sobre la concepción de cuidado en salud mental en las carreras de salud, implica pensar sobre las formas de construcción de conocimientos y prácticas que permiten dar cuenta de los distintos posicionamientos sobre los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado que presentan los actores involucrados en él.

Para entender el pensamiento de sentido común sobre el *cuidado en salud mental* que tienen las y los estudiantes cuando llegan a la universidad y las modificaciones que sufre como resultado de la participación en espacios pedagógicos de formación en base a la perspectiva de la Ley, resultan significativas las contribuciones de la teoría de las representaciones sociales sobre el tema.

Gerard Duveen y Bárbara Lloyd (2008) plantean que estos cambios comienzan a nivel microgenético. Ese proceso se conforma por las interacciones sociales cotidianas donde los individuos se encuentran, dialogan, debaten y resuelven conflictos. Es allí donde se abre la posibilidad de transformar las representaciones sociales. Potencialmente, en la microgénesis los participantes pueden cambiar sus representaciones y repensar sus identidades, con lo cual la microgénesis es una posibilidad de transformación del pensamiento de sentido común. Pero es necesario aclarar que hay diversos tipos de cambio del pensamiento popular que pueden surgir a partir de la microgénesis: cambios transitorios y cambios estructurales.

En el caso de los cambios estructurales en las representaciones sociales, estos pueden generar transformaciones ontogenéticas en el desarrollo de las representaciones en determinados sujetos. Recordemos que la ontogénesis es el proceso mediante el cual desde la primera infancia los sujetos tratan de comprender el mundo social que los precede. Al llegar al mundo se encuentran con un mundo social construido por las representaciones de su familia, la escuela y las instituciones de la comunidad a la que pertenecen y en ese momento históricas las producidas por los medios masivos de comunicación que constituyen una vía de transmisión intergeneracional. Los sujetos gradualmente se van apropiando de ellas para poder participar como actores en la sociedad pensante.

La ontogénesis abarca toda la vida y no está limitada a la infancia, se puede producir cada vez que los individuos entran en contacto con grupos que tienen representaciones diferentes a las propias.

Los resultados de nuestra investigación muestran que quienes están cursando en la actualidad carreras de salud se encuentran en la transición de las concepciones del cuidado en salud mental que prevalecen en la vida cotidiana enraizadas en el modelo médico clínico hegemónico a una concepción basada en la autonomía y los derechos que propone la implementación de la Ley de Salud Mental.

En las concepciones previas a su participación en los espacios académicos, las y los estudiantes traen una imagen de cuidado de la Salud Mental marcada por el modelo asilar o manicomial, el encierro, la pérdida de autonomía y por ende de los derechos. Esto se hace presente en sus dibujos y coincide con la ligazón que surge en los ámbitos académicos previos a la implementación de la Ley de Salud Mental.

En relación con los dispositivos de cuidado se mencionan las instituciones especializadas de atención monovalentes. Mientras que en relación con la concepción de sujeto de padecimiento psíquico, se piensa a un sujeto pasivo receptor de cuidados y tratamiento. Este tratamiento está pensado fundamentalmente en términos del modelo médico psiquiátrico hegemónico con una fuerte presencia de la Psiquiatría y la medicalización como sus componentes centrales.

Los vínculos y redes de apoyo son considerados muy importantes, en especial los lazos afectivos promotores de derecho y garantes de los avances terapéuticos que apunten a la mejora del sujeto.

“Tanto la Psicología clínica como la Psiquiatría asumen como propia la labor de dar tratamiento a las personas con trastornos mentales, no obstante esto, sus miembros están separados por la formación de los profesionales, con facultades, planes de estudio y departamentos universitarios diferentes, así como enfoques contrapuestos que podrían resumirse de manera gruesa en dos polos mentalistas por un lado y organicistas por otro” (Polanco - Carrasco 2008) siempre de corte individual, centrado en la enfermedad y desde una mirada clínica.

Entre las y los estudiantes de cuarto año, si bien se conservan significados asociados al paradigma manicomial, adquiere relevancia el paradigma de derechos. La concepción de sujeto de esta perspectiva resalta el empoderamiento, la libertad y la autonomía como características clave referidas al derecho de decidir sobre el tratamiento, sobre su persona, sobre la manera de cuidarse, el estilo de vida y las actividades importantes para su vida cotidiana. Surgen significados relativos al bienestar, el cuidado, las ocupaciones y el equilibrio como una nueva de entender la salud mental mucho más cercana a la propuesta de la Ley.

Si bien persisten todavía y están ancladas ideas del paradigma manicomial, en el lapso de cuatro años, periodo muy breve en comparación con los tiempos de conformación de las representaciones sociales, han surgido nuevas ideas a partir de la formación universitaria.

Estos nuevos significados referidos a la perspectiva de derechos en salud mental surgieron como resultado de la creación y sostenimiento de espacios microgenéticos propiciados por las intervenciones pedagógicas, que por medio del diálogo y los intercambios colectivos lograron interpelar sentidos arraigados durante la historia ontogenética de cada uno de las y

los estudiantes. Si bien es necesario ser cautelosos, dado que sabemos que no todo cambio en las representaciones conlleva una modificación profunda y estructural del sentido común y que muchas veces se trata de cambios representacionales transitorios y de tipo contractual no imperativo (opera como un contrato que el sujeto reconoce como necesario para integrarse a un grupo social pero no cambia su identidad); esto no le resta importancia a los logros alcanzados.

Sin embargo, tanto al inicio de las carreras como en el cuarto año, es particularmente llamativo que no mencionan los cuidados en salud mental destinados a niñas, niños y adolescentes. Hay una invisibilización de la infancia y la adolescencia en tanto destinatarios del cuidado en salud mental. Cuando se hace referencia a los sujetos que padecen sufrimiento psíquico, tanto a nivel discursivo como de los dibujos, niñas, niños y adolescentes están ausentes. Tampoco se menciona que las instituciones debieran tener un área especializada en la atención de este grupo etario ni se tienen en consideración sus derechos. Cuando hablan de derechos, lo hacen en términos genéricos sin tener en consideración las normativas específicas que regulan las políticas públicas referidas a infancia y la adolescencia como son la Convención sobre los Derechos del Niño o la Ley Nacional de Protección Integral de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes (N° 26.061/2005).

Otro elemento significativo es la descontextualización de las prácticas, no se tiene en consideración la sociedad capitalista neoliberal en la que se despliega el cuidado en salud mental. En el sentido común de nuestros estudiantes, la salud mental parecería no estar enraizada en el contexto contemporáneo.

Si bien hay un reconocimiento de las dificultades de la sociedad y de ciertas de sus instituciones para garantizar el derecho a la salud mental, no existe conciencia de las dificultades para la implementación de la Ley que son propias de los contextos neoliberales actuales. No hay referencia explícita a la incertidumbre ni a los ataques que sufren las políticas públicas, y en especial las de salud mental, en contextos neoliberales, que implican recortes presupuestarios, retiro del Estado y anulación de derechos.

En el planteo de la Ley 26.657 se hace evidente un claro corte con esta lógica clínica asistencialista, que subyace a las prácticas tradicionales de cuidado en salud mental y que aparece en los dibujos y relatos de las y los estudiantes de los primeros años de las carreras. La lógica de la Ley implica

cambios drásticos en la concepción de *sujeto*. Los derechos son fundamentales en las estrategias de cuidado, se hace explícito el derecho a recibir tratamiento y a ser tratado con la alternativa terapéutica más conveniente, que menos restrinja sus derechos y libertades, promoviendo la integración familiar, laboral y comunitaria. Incorpora, como eje central, la dimensión de los derechos humanos de quienes presenten padecimientos mentales y el uso indebido de drogas. Implica un piso básico de derechos que deben cumplirse desde su promulgación en todo el país.

A partir del análisis sistemático del cuerpo de la Ley, y su lectura crítica, afirmamos que en su espíritu se plantea un corrimiento del eje desde el individuo hacia lo comunitario, del abordaje individual al abordaje interdisciplinario e intersectorial para la atención en salud mental. El lugar de la familia y la comunidad toma un espacio de privilegio en el proceso de atención que apunta a la restitución y/o promoción de los lazos sociales. Vemos en ella un nuevo paradigma, donde el proceso de salud está inmerso en el mundo social que está involucrado en la emergencia del problema. En distintos trabajos planteamos proceso de transformación de los padecimientos mentales desde la lógica médica manicomial a las intervenciones dentro de la comunidad (Grippio *et al.*, 2017; Vidal *et al.*, 2016; Vidal *et al.*, 2018). De esa manera se incorporan nuevos problemas (como el uso indebido de sustancias, que es un tema central en el cuidado de la salud mental de niños, niñas y adolescentes) y modificando la estructura de la atención. Este proceso implica modificar las prácticas, los discursos y las representaciones sociales de las y los profesionales ocupados del cuidado, y de las y los estudiantes que se están formando a ese respecto, lo que impacta de distintas maneras en niños, niñas y adolescentes. Estos grupos etarios están incluidos con la lógica de la ciudadanía, que se inaugura a partir de Convención de los Derechos del Niño (ratificada en nuestro país por la Ley 23.849), donde se plantea la necesidad de visualizar a los y las adolescentes como sujetos con derecho, lo que se ve fortalecido por la Ley de Salud Mental.

Este lugar de protagonistas de la democracia en la cual viven, se pone de manifiesto de manera explícita, y se hará material no sólo a través de la expresión de sus opiniones, sino fundamentalmente mediante el reconocimiento de su creatividad, de su capacidad para intervenir en la vida comunitaria y de comprometerse en proyectos para mejorar la calidad de vida de sus comunidades (ONU, 1989; Unicef, 2001, 2002, 2008). Este planteo es solidario con la perspectiva de la Ley de Salud Mental, lo que provocaría una sinergia en relación al cumplimiento de sus derechos.

Como hemos señalado, la cuestión de lo comunitario y la salud mental es central para la Ley 26.657, que señala el valor en este campo de la reconstrucción del lazo social, del arraigo cultural, del apoyo mutuo, la permanencia y proximidad de la familia y los grupos para la construcción de soluciones posibles desde la comunidad.

La Organización Panamericana de la Salud y la OMS, a través del Consenso de Brasilia de 2013, definen que es fundamental que los usuarios de los servicios de cuidado en salud mental y sus familias (esto se amplifica, si se piensa en niños, niñas y adolescentes) intervengan de forma activa en la construcción de las políticas públicas, en la gestión y evaluación de los servicios. Se busca que se garanticen, se promuevan y fortalezcan los derechos humanos.

Como espacios de análisis y producción se abren los siguientes interrogantes, que esperamos poder saldar en el tiempo que queda de investigación: ¿Cuál es el criterio en el que se sostienen las prácticas de cuidado de la salud mental en la actualidad? ¿En qué medida se encuentra efectivamente implementada la Ley Nacional de Salud Mental? ¿Qué dificultades y facilitadores se presentan para la plena puesta en práctica de la Ley? ¿Qué se plantean las y los estudiantes de las carreras de salud, futuros actores de este cuidado? Son espacios a trabajar y construir.

Reflexiones finales

Tal como se plantea a lo largo de todo el trabajo, la Ley propone un salto cualitativo fundamental en relación a las prácticas de cuidado de salud mental y se aleja de la posición clínica manicomial tradicional. Con su circulación masiva, su inclusión en los planes de estudio y los contenidos curriculares, y el trabajo y discusión en las aulas, llevará, de manera lenta pero inexorable, a la modificación de las prácticas. Tal como señala la Ley, es importante trabajar en relación a las creencias y representaciones de los futuros profesionales de la salud, ya que es un grupo implicado en las prácticas de atención y que llevarán adelante, o no, el espíritu de la Ley. En ese espacio de modificación y reconstrucción de sentido, de trabajo conjunto con colegas y estudiantes, se va produciendo el cambio de representaciones y de prácticas, incorporando nuevas visiones dentro del campo de la salud mental para niños, niñas y jóvenes, que de ninguna manera puede estar desvinculado de la realidad socio política y económica.

Los obstáculos que se enfrentan son varios, pero se puede pensar algunas líneas de acción: problematizar el pensamiento de sentido común del estudiante desde la lectura de la ley, para orientar prácticas que sean consistentes con la misma; deconstruir las nociones hegemónicas que instala el capitalismo tardío y la lógica neoliberal; quebrar la lógica tradicional desde el ámbito curricular; repensar nuestras propias prácticas docentes desnaturalizando los procesos en que se sustentan.

El análisis de las representaciones sociales del cuidado en salud mental en los estudiantes realizado hasta el momento, nos muestra que durante el tránsito por la carrera estas representaciones se van transformando y que estas transformaciones implican un cambio de paradigma, desde el modelo clínico manicomial a una perspectiva socio comunitaria, que subyace en la Ley 26.657.

Bibliografía citada

- Bourdieu, P. (1966). *Campo de poder, campo intelectual. Itinerario de un concepto*. Buenos Aires: Montessor.
- Chardon, M.C. (2012). “El ‘cuidado’ como problema público y político. En la encrucijada entre maternaje-paternaje e inclusión”, en A. Peregalli y Y. Sampietro (comps.), *Maternidades, paternidades y adolescencias. Construirse hombre y mujer en el mundo. Relatos a viva voz*. Buenos Aires: Noveduc.
- Custo, E. (2008). *Salud mental y ciudadanía: Una perspectiva desde el trabajo social*. Buenos Aires: Espacio.
- Duveen, G. y B. Lloyd (2008). “Las representaciones sociales como una perspectiva de la psicología social”, en J.A. Castorina (comp), *Representaciones sociales. Problemas teóricos y conocimientos infantiles*:. Buenos Aires: Gedisa.
- Grippe, L. y V. Vidal (2017). “Ley de Salud Mental y formación de estudiantes de carreras de salud. Artículo completo publicado”, en *Actas de las IX Jornadas de Jóvenes Investigadores*, Instituto de Investigaciones Gino Germani, Universidad de Buenos Aires.
- Menéndez, E.L. (1998). “Participación social en salud como realidad técnica y como imaginario social”. *Cuadernos Médicos Sociales*, 73, 5-22.

- Menéndez, E.L. y H. Spinelli (2006). *Participación social. ¿Para qué?* Buenos Aires: Lugar.
- Polanco - Carrasco, R. (2008) El objeto de (ha)ser ciencia en psicología (sic). Fábulas y desafíos frente a una responsabilidad más profunda que la sola búsqueda de validación. Cuadernos de Neuropsicología 2(1).
- OMS (2008). *Subsanar las desigualdades de una generación: Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud*. Resumen Analítico del Informe Final, Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud.
- ONU (1989). *Convención sobre los Derechos del Niño*. Adoptada y abierta a la firma y ratificación por la Asamblea General en su Resolución 44/25, de 20 de noviembre.
- Unicef (2001). *The participation rights of adolescents: a strategic approach*. New York: United Nations Children's Fund.
- Unicef (2002). *Working for and with adolescents: Some Unicef examples*. Adolescent Development and participation unit. New York: United Nations Children's Fund.
- Unicef (2008). *Estado mundial de la infancia. Conmemoración de los 20 años de la Convención de los Derechos del Niño*. New York: United Nations Children's Fund.
- Vidal, V., L. Grippo y S. Sena (2016). "El proceso de apropiación de la concepción de cuidado que plantea la Ley Nacional de Salud Mental 26657. Un camino lleno de desafíos", en *Memorias VIII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXIII Jornadas de Investigación*, t. I, 182-185.
- Vidal, V., L. Grippo, S. Sena y S. Remesar (2018). *La Ley de Salud Mental N° 26.657: derechos, participación en salud y cuidado. Una sistematización posible*. Remedios de Escalada: Universidad Nacional de Lanús.

Apartado II

Investigaciones sobre líneas de trabajo

II-C. Diversidades, sexualidades, identidades no hegemónicas e interculturalidad

La niñez no es una categoría homogénea sino que se trata de una construcción sociohistórica producto de relaciones de poder y saber. En ese sentido, no hay un único modo de atravesar esa etapa vital, existen experiencias infantiles heterogéneas determinadas por las posiciones sociales que se ocupen, la nacionalidad, la etnia, el género, la religión y otros condicionantes tanto materiales como simbólicos. Pese a ello, dicha noción no logra escapar de las imágenes idílicas a la que se la asocian y es usual que no se contemplen realidades divergentes a las planteadas por la visión idealizada, lo que invisibiliza otros modos posibles de transitar la infancia.

Por ello, se invitó a la presentación de trabajos que indagaran perspectivas en torno a las diversidades, sexualidades, identidades no hegemónicas e interculturalidad. Aunque en esta línea se enmarcan múltiples modos de ser niño y niña, se pretende profundizar en el estudio de sus singularidades y los efectos de las legislaciones, políticas públicas, dispositivos y prácticas en dichas subjetividades.

Ni excluidos ni exclusivos: profesionales de salud mental y las respuestas ante el sufrimiento psíquico de las infancias

Laura Poverene

Introducción

La historia no remite únicamente al pasado. Entre otras posibilidades, permite reubicar fenómenos y cuestionar las teorías socialmente construidas, cristalizadas y reificadas.

En la actualidad, la convicción de que el sufrimiento psíquico forma parte del patrimonio de los *especialistas psi* se presenta como una verdad evidente dado que dichos actores poseen conocimientos y técnicas específicas para tratarlo. Ahora bien, si nos servimos de la historia de cómo fue tratada la locura o el dolor mental, es factible habilitar preguntas que interpelan aquella creencia: ¿cómo se construye conocimiento racional sobre dichas dolencias?, ¿solamente los y las profesionales detentan un saber legítimo sobre el padecimiento?, ¿son los responsables exclusivos del intento de su resolución?

Entender al sufrimiento psíquico como complejo y parte de la vida humana implica abandonar la quimera de que un único abordaje o disciplina puede comprenderlo cabalmente y brindarle una respuesta totalizante. En ese sentido, la transdisciplina, la intersectorialidad y la inclusión real de los saberes de los sufrientes deben amalgamarse para dar a luz prácticas respetuosas de la otredad.

Este trabajo se propone recuperar algunos resultados de una tesis de maestría ya finalizada¹ para reflexionar acerca de los desacoples existentes entre las concepciones del sufrimiento psíquico de los y las profesionales de la

1 El título de esta es: “Los procesos de salud/enfermedad/atención en el campo de la salud mental de niños/as migrantes bolivianos en zona sur de Ciudad de Buenos Aires”. Dicha Tesis de Maestría en Problemáticas Sociales Infanto-Juveniles (Facultad de Derecho, Universidad de Buenos Aires) contó con la dirección de la doctora Alejandra Barcala y fue posibilitada por el financiamiento de una Beca de Maestría UBACyT 2012-2015 y una Beca Doctoral Conicet 2016-2021. Esta última cuenta con la dirección de la doctora Alejandra Barcala y codirección del doctor Mario Pecheny.

salud mental y las respuestas institucionales desplegadas ante el padecimiento de la niñez migrante de origen boliviana.

Al tratarse Bolivia de un Estado plurinacional, que reconoce fuertemente su diversidad étnica, los migrantes que proceden de dicho país y residen en Argentina ponen de manifiesto la *ceguera* que los nativos tienen respecto de su diversidad interna (Caggiano, 2005). Así, se constituyen en uno de los casos más excluidos del “crisol argentino” y como un espejo invertido, al representar lo que los nacionales niegan de su propio país, desde un imaginario instituido y autopercebido como europeo (Grimson, 2005).

Monopolio de saberes y prácticas sobre el padecimiento mental

Tal como lo desarrolla Emiliano Galende (2015), es esencial reconocer que la vida psíquica y el padecimiento mental no siempre fueron objeto de una disciplina específica que dominara su abordaje teóricamente o desde la praxis. Los avatares de la existencia humana y los desvíos de la razón fueron de interés de diversos actores, tales como filósofos, literatos, pensadores, poetas, religiosos, exégetas y el común de la gente, antes de ser patrimonio del saber de la psiquiatría. Recién desde el siglo XIX, con el nacimiento de dicha disciplina como especialidad de la medicina, los especialistas expropiaron las lógicas explicativas del bienestar y malestar mental. En ese sentido, el positivismo de Auguste Comte impregnó a la naciente medicina mental del siglo XIX y señaló la importancia de la observación y la explicación causal.

Con la ilusión de la objetividad del conocimiento, la psiquiatría consideró al malestar psíquico como una enfermedad natural. Aplicó un conocimiento positivo, así como patologizó comportamientos humanos, y los trató de manera similar a la cual los médicos tratan a las cosas del cuerpo (Galende, 1989). Pese a ello, los psiquiatras no fueron capaces de precisar la etiopatogenia de los trastornos mentales, los métodos de tratamiento no guardaron coherencia con los enunciados sostenidos por dicha disciplina, y tampoco existió una sistematicidad de conocimientos ni un cuerpo conceptual coherente. La figura del psiquiatra, en tanto especialista de lo mental, se vistió con los ropajes de una autoridad legitimada por el Estado y reconocida socialmente, pudiendo establecer un diagnóstico con carácter performativo y prescribir un tratamiento, a partir de su saber de autoridad (Galende, 2015).

El campo de la salud mental emergió como una reacción, entonces, ante abordajes individualistas, deshistorizantes y basados en concepciones psiquiátricas biologicistas que consideraban a las problemáticas humanas por fuera de su contexto y que subsumían a la subjetividad en categorías diagnósticas. Así, surgió como un paradigma alternativo a las prácticas hegemónicas patologizantes. Esto, a su vez, introdujo otras transformaciones, tales como la necesidad de implementar abordajes interdisciplinarios, con la consecuente redefinición de posiciones de poder entre los y las profesionales, disputando el lugar del psiquiatra como propietario del “sufrimiento mental” y la inclusión de las ciencias sociales. A su vez, los abordajes comunitarios también se consideraron fundamentales, no siendo los psicofármacos y el encierro las únicas herramientas necesarias o deseables para el tratamiento de estas problemáticas (Efron, 2007).

Desde este paradigma, se cuestiona el clásico entronamiento del poder en la figura del psiquiatra y la idea de territorios que poseen una propiedad exclusiva y única. Sin embargo, también se interroga la concentración del poder en los especialistas de la salud, siendo necesario incorporar la articulación con otros sectores y visibilizar que los problemas humanos han sido “confiscados” (Ingleby, en Galende, 2008) por los especialistas y definidos como enfermedades. De esa manera, los sujetos que los padecen han sido despojados del poder y saber sobre su enfermedad (Foucault, 2005). Esto, sin dudas, afecta la relación entre profesionales y sufrientes obstruyendo la posibilidad de construcción de conocimientos racionales acerca de la complejidad de los sentires y pensares humanos.

Diseño metodológico de la investigación

En la investigación se optó por estudiar los procesos de salud/enfermedad/atención en relación a niños y niñas migrantes bolivianos de seis a doce años, debido a diversos factores. Uno de ellos es que los migrantes provenientes de Bolivia son el único grupo que crece de manera sostenida en el tiempo, mientras que el resto presenta fluctuaciones numéricas asociadas a los vaivenes políticos de sus países de origen (Pacecca *et al.*, 2008).

Además, en la comunidad boliviana confluyen diferentes cuestiones que anudan y otorgan complejidad a la problemática: por un lado, introducen la cuestión de la interculturalidad ya que, de todos los migrantes provenientes de países limítrofes, los bolivianos son caracterizados por el perso-

nal de salud como quienes presentan diferencias culturales más marcadas y una importante dificultad en la comunicación con los y las profesionales; también son concebidos como “el otro” más diferenciado, dados sus rasgos fenotípicos y sus costumbres, lenguaje y vestimentas (Jelin *et al.*, 2006). Adicionalmente, es muy extendida la asociación entre *bolivianidad* y pobreza, por lo cual al explorar los modos en los cuales los dispositivos institucionales plantean sus estrategias de atención respecto de esta población, se hizo presente tanto la dimensión de *nacionalidad, cultura, etnia y clase*.

El estudio se acotó a la zona sur de Ciudad de Buenos Aires porque en esa zona reside el mayor porcentaje de población nacida fuera de Argentina sobre el total de la población y un elevado porcentaje de personas de origen boliviano sobre el total de los extranjeros.

Dentro de los efectores de salud de esa zona, se eligió tomar como referencia a un Centro de Salud y Acción Comunitaria (CeSAC) que plantea un enfoque de atención intercultural y a su hospital de referencia, que es general de agudos.

El objetivo de la investigación que se recupera en este artículo ha sido describir y analizar los posicionamientos e intervenciones de los y las profesionales de los servicios de salud mental de ese CeSAC y su hospital de referencia acerca de los procesos de salud/enfermedad/atención en el campo de la salud mental de niños y niñas migrantes bolivianos de seis a doce años a quienes asisten.

Se incorporó también la perspectiva de los y las profesionales de un Equipo de Orientación Escolar seleccionado en dicha área geográfica, ya que las escuelas son importantes derivadoras de alumnos y alumnas a los servicios de salud mental, por lo cual forman parte del proceso de detección del sufrimiento psíquico de los niños y niñas migrantes. Por ello, se eligió el equipo que funciona en el distrito escolar que se corresponde con el Área Programática del hospital seleccionado.

Se realizó un estudio exploratorio analítico y un abordaje metodológico cualitativo (Minayo, 2003; Vasilachis de Gialdino, 2006), o no estándar (Piovani *et al.*, 200), que buscó recoger la perspectiva de los actores sociales, los significados, las experiencias y los conocimientos expresados en sus relatos. Tal como lo plantea Eduardo Menéndez (2010), solamente es posible comprender los procesos de salud/enfermedad/atención a partir de las experiencias y saberes de los sujetos.

Las unidades de análisis seleccionadas en función del interés de la investigación fueron:

- Profesionales de planta que abordaran problemáticas del campo de la salud mental infantil en un CeSAC emplazado en zona sur de Ciudad de Buenos Aires y que hubieran brindado atención a niños y niñas migrantes bolivianos.
- Profesionales de planta que trabajaran con problemáticas del campo de la salud mental infantil del hospital general de agudos seleccionado (principalmente del equipo de salud mental del Programa Salud Escolar)² que hubieran brindado atención a niños y niñas migrantes bolivianos.
- Profesionales del Equipo de Orientación Escolar del distrito escolar que se corresponde con el Área Programática del hospital seleccionado.
- Informantes clave que tuvieran experiencia específica en el trabajo con población migrante en sus ámbitos de inserción laboral, tales como organizaciones no gubernamentales, el Ministerio de Salud de la Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, el Centro Educativo para la Atención de Alumnos con Trastornos Emocionales Severos u otros efectores de salud pública.

Para este estudio se entrevistaron veinte personas. Del total, la distribución por profesiones fue la siguiente: nueve licenciadas en Psicología, tres licenciadas en Trabajo Social, tres Psiquiatras, tres licenciadas en Fonoaudiología, una pediatra y un licenciado en Sociología. La selección de casos se desarrolló con base en criterios de muestreo teórico, debido al abordaje cualitativo planteado. La cantidad de sujetos se decidió por saturación (Cuadro 1).

Asimismo, se tomaron recaudos en cuanto a las normas éticas en lo que la investigación debe atenerse, por lo que se apeló al uso del consentimiento informado en cada una de las entrevistas y se garantizó la confidencialidad de las personas que hubieran accedido a participar de las mismas.

2 Dicho programa articula las interfases salud y educación. Está destinado a los alumnos y alumnas de escuelas públicas de Ciudad de Buenos Aires y tiene sede en las áreas programáticas de los 12 hospitales generales de agudos, entre ellos el seleccionado para la presente investigación. Algunas de sus principales actividades son la asistencia psicológica de los niños y niñas y sus familias, el desarrollo de talleres de prevención con docentes, alumnos y alumnas y sus progenitores, la realización de la vigilancia epidemiológica en las escuelas de la ciudad y la libreta de vacunación.

Cuadro 1. Personas entrevistadas según institución de pertenencia y cargo institucional

Institución	Cargos de personas entrevistadas
CeSAC elegido	<ul style="list-style-type: none"> • Coordinadora • Psicólogos y psicólogas de planta • Psiquiatra de planta • Fonoaudiólogas de planta
Hospital General de Agudos seleccionado	<ul style="list-style-type: none"> • Coordinadora de equipo de salud mental al interior del Programa de Salud del Escolar • Psicólogas de planta de equipo de salud mental al interior del Programa de Salud del Escolar • Trabajadora social de planta • Psiquiatra exjefe de residentes
Equipo de Orientación Escolar	<ul style="list-style-type: none"> • Coordinadora • Psicólogas del equipo • Trabajadoras sociales del equipo
Otras instituciones y referentes clave para la investigación	<ul style="list-style-type: none"> • Dirección de Capacitación y Docencia del Ministerio de Salud de Ciudad de Buenos Aires: coordinadoras de equipo (psicóloga; fonoaudióloga). • Organización no gubernamental Médicos del Mundo, Equipo de Salud y Migración: coordinador de equipo (sociólogo). • Centro Educativo para la Atención de Alumnos con Trastornos Emocionales Severos: psicóloga. • Hospital Infante-Juvenil C. Tobar García: psiquiatra, psicóloga • Equipo de Salud Mental de Niños/as y Adolescentes del CeSAC perteneciente al área programática del hospital seleccionado: coordinadora del equipo (psicóloga).
	Total de personas entrevistadas: 20

Algunos resultados de la investigación

A partir del análisis del trabajo de campo, se arribó a la conclusión de que la mayoría de los y las profesionales que participaron en las entrevistas eran portadores de una lectura compleja acerca de las causas que podrían participar en la producción de padecimiento mental en los niños y niñas migrantes bolivianos de zona elegida para el estudio. Es decir, no prima un pensamiento unicausal en torno a ello sino una mirada que contempla la multideterminación del campo de la salud mental.

Entre algunas de las causas aducidas al sufrimiento psíquico de la población seleccionada, se destacaron la añoranza a las personas significativas del

entorno del niño o niña con quienes se vieron distanciadas, los modos en los que su familia emprendió la migración, el cambio de residencia desde el ámbito rural al urbano y los problemas que supone asentarse en una vivienda dentro una villa miseria. Las difíciles condiciones objetivas de vida que atraviesan las familias de estos niños y niñas –vinculadas con la pobreza, la explotación laboral a la que se ven sometidos y la consecuente soledad con la que se crían los más pequeños, entre otras cuestiones– también fueron fuertemente señaladas como productoras de malestar infantil. Además, se destacaron dificultades vinculadas con el bilingüismo, el hostigamiento de sus pares en la escuela y la posición intermedia a la que resultan convocados estos niños y niñas entre las demandas de adaptación a la sociedad receptora y, simultáneamente, las de conservación de tradiciones de su tierra natal. De esa manera, su padecimiento fue concebido como un entramado atravesado por diversas determinaciones que trascienden lo meramente intrapsíquico.

Lo que produce esta situación no es algo sino que son muchas cosas. Y como estas situaciones son muy heterogéneas, es difícil hablar de causalidad. En algunos nenes la cuestión migratoria pudo haber afectado, cómo fueron mirados, sobre todo en nenes chiquitos cuyas madres pasan muchas horas en un taller de costura y entonces están solos mucho rato (CeSAC, Ilan).

El espacio es lo primero, el verde, el aire, el cercenamiento de la villa, el que salen y vuelan los tiros, el peligro que corren al salir de la casilla, el hacinamiento de la casilla, la mugre [...]. Me parece que es la villa, las condiciones en las que viven, la cantidad de porquería que pasa, de paco, de droga y encima de la peor calidad (Hospital, Helena).

Y la inseguridad, que no pueden salir a la calle, muchos tienen miedo, eso es bastante habitual. Muchas veces vienen consultas por eso: ‘no puede dormir desde que nos entraron a robar’ o ‘desde que vio como mataban a uno adelante nuestro’ (CeSAC, Zulema).

Generalmente migran, vienen a habitar lugares muy difíciles, muy chiquitos, hacinados. Esto también trae un problema para el niño porque se encuentra ahí con una dificultad que antes no tenía, que es la del lugar. Viene migrado, dejando cosas y encontrándose con otras dificultades en el ámbito en el que vive (CeSAC, Darío).

Un pibe boliviano de repente, que migra y que va al colegio y de repente no habla, de repente imagínate que es gordo y es petiso y tiene el pelo cortado así [gesto], le hacen *bullying*. Y ahí también, las consecuencias de su diversidad hacen que haya una discriminación tal que el pibe padece y empieza a tener problemas. ¿Entendés? No es por el hecho de que venga de Bolivia (CeSAC, Lorena).

Pese a ello y a la convicción que manifestaron las personas entrevistadas en torno a que lo que verdaderamente mitigaría el sufrimiento psíquico de dichos niños y niñas sería un cambio en sus condiciones materiales de existencia, los y las profesionales intervinientes refirieron intervenir ante aquel malestar a través de la atención profesional individual, es decir, con respuestas asistenciales técnicas y con dispositivos de intervención clásicos.

Uno propone lo que uno tiene... yo les propongo un dispositivo clínico psicoanalítico, es lo que yo les ofrezco. Con algunos juegos y con la disposición de la palabra y la escucha [...]. Yo opero psicoanalíticamente con el niño tratando de que ese niño pueda posicionarse respecto de su propio decir y advenga en el sentido de algo de su deseo (CeSAC, Darío).

Ante la ausencia de modificaciones en problemáticas de índole macro-estructural, la búsqueda de soluciones se articularía en la dimensión de lo individual y asuntos complejos quedarían finalmente traducidos como problemas de salud mental.

[...] hay una resolución que es macro y que no depende de un tratamiento, aunque uno en lo individual los puede hacer cambiar de posición y forzar hacia otro lado. Pero si me preguntás por la salud mental, me parece que [el tratamiento psicológico] no alcanza. De ninguna manera alcanza (Hospital, Helena).

También se identificaron algunas experiencias de dispositivos grupales (como la hora de juego terapéutica o la juegoteca integrada) que funcionan en los efectores de salud estudiados. Las mismas –en ocasiones– serían percibidas como recursos “ad hoc” y su legitimidad pareciera ser cuestionada por diversos actores en juego, como la familia de los niños y niñas, la escuela e,

incluso, los/as propios profesionales de los hospitales y centro de salud.

Muchas veces... por ejemplo, para la escuela... un papá le dice “lo estoy llevando a la juegoteca” y le dicen: “bueno, ¡pero llévalo a tratamiento!” Entonces, a ver, nosotros le devolvemos que está viniendo a la juegoteca. Parece como si no fuera adecuado o suficiente [...] (CeSAC, Ilan).

A mí me parece que siempre lo más fuerte es el tratamiento individual, no es lo más operativo socialmente, no es lo que más rinde, es mejor tener a diez que de a uno, pero la transferencia también se diluye (Hospital, Helena).

Asimismo, el trabajo en red con otras organizaciones barriales y la apelación a talleres recreativos dirigidos a la niñez emergió en el discurso de las personas entrevistadas como una práctica marginal. Sin embargo, pese a que el abordaje intersectorial no fuera explícitamente nombrado en la mayoría de las entrevistas, esto no significa necesariamente que no acontezca sino que, tal vez, se impondría como una necesidad frente al abordaje de un campo complejo, no siendo entendido como algo intrínseco a la práctica profesional de los y las profesionales que se desempeñan en el campo de la salud mental.

Reflexiones

Habría que aceptar que el sufrimiento depende de la “vida social” de un sujeto inmerso en estructuras sociales, libidinales, antropológicas, culturales, económicas, políticas, respecto de las cuales el psiquiatra es tan ciego como la mayoría pues ¿dónde habría adquirido el conocimiento válido para afrontar esas dificultades? [...]. El furor sanandi es un síntoma, el del médico inserto en un dispositivo que lo lleva a desconocer el objetivo de las acciones que se le ordena cumplir, fundamentalmente, la “normalización” de la subjetividad.

Néstor A. Braunstein (2013: 86).

Sin buscar reducir aquel desacople entre las teorías y las prácticas de intervención, es importante iluminar la creencia de los y las profesionales de

que la resolución del sufrimiento de los niños estaría más ligada a un ejercicio real de los derechos que al acceso a tratamientos psi. Esto apuntaría a la resolución de las condiciones que pueden producir malestar subjetivo, engarzándose la dimensión política con el abordaje técnico profesional.

Las tensiones entre lecturas complejas de los entrevistados respecto del padecimiento infantil y la implementación de abordajes técnico-científicos más clásicos podrían responder a la pregnancia de un modelo de atención hegemónico en salud mental y a la prevalencia de la clínica individual, tanto en la formación académica como en el imaginario respecto de la propia identidad profesional (Poverene, 2016).

El escenario recién descrito permite ubicar la importancia del trabajo intersectorial en articulación con espacios territoriales comunitarios, considerando la necesidad de fortalecer aquellos espacios vinculados a la cotidianeidad de los niños y niñas y sus familias. También resulta menester cuestionar la concentración del poder en los especialistas de la salud y potenciar aquellas prácticas subjetivantes capaces de operar, justamente, en una dirección opuesta a la medicalización de la vida cotidiana y la patologización de la diferencia.

Para concluir, considero fundamental ubicar que si bien los y las profesionales de salud mental no debieran ser excluidos en la elaboración de respuestas ante el sufrimiento psíquico infantil, tampoco debieran ser considerados como los propietarios y responsables exclusivos de intervenir en aquellas situaciones complejas que involucran un intenso padecimiento subjetivo y multideterminado.

Bibliografía citada

- Braunstein, N. (2013). *Clasificar en psiquiatría*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Caggiano, S. (2005). *Lo que no entra en el crisol: Inmigración boliviana, comunicación intercultural y procesos identitarios*. Buenos Aires: Prometeo.
- Efron, R. (2007). “El campo del derecho de la infancia y el campo de la salud mental”. Buenos Aires: Departamento de Salud Comunitaria. Universidad Nacional de Lanús.
- Foucault, M. (2005). *El poder psiquiátrico*. Buenos Aires: Fondo de la Cultura Económica.

- Galende, E. (1989). *Psicoanálisis y Salud Mental*. Buenos Aires: Paidós.
- Galende, E. (2008). *Psicofármacos y Salud Mental*. Buenos Aires: Lugar.
- Galende, E. (2015). *Conocimiento y Prácticas de Salud Mental*. Buenos Aires: Lugar.
- Grimson, A. (2005). “Prefacio”, en S. Caggiano, *Lo que no entra en el crisol*. Buenos Aires: Prometeo.
- Jelin, E. y A. Grimson (comp.) (2006). *Migraciones regionales hacia la Argentina. Diferencia, desigualdad y derechos*. Buenos Aires: Prometeo.
- Menéndez, E. (2010). *La parte negada de la cultura. Relativismo, diferencia y racismo*. Rosario: Prohistoria.
- Minayo, M. (2003). “Ciencia, Técnica y Arte: el desafío de la investigación social”, en M. Minayo (org.), *La investigación social: teoría, método y creatividad*. Buenos Aires: Lugar.
- Pacecca, M. y C. Courtis (2008). *Inmigración contemporánea en Argentina: dinámicas y políticas*. Serie Población y Desarrollo, 84. Buenos Aires: CEPAL- CELADE.
- Piovani, J. I., A. Marradi y N. Archenti (2007). *Metodología de las ciencias sociales*. Buenos Aires: Emecé.
- Poverene, L. (2016). “Los procesos de salud/enfermedad/atención en el campo de la salud mental de niños/as migrantes bolivianos en zona sur de Ciudad de Buenos Aires”. Maestría en Problemáticas Sociales Infantojuveniles, Universidad de Buenos Aires.
- Vasilachis de Gialdino I. (dir.) (2007). *Estrategias de investigación cualitativa*. Buenos Aires: Gedisa.

Apartado II

Investigaciones sobre líneas de trabajo

II-D. Procesos de subjetivación, aprendizajes y experiencias en el contexto educativo

Este eje podría ubicarse en lo que tradicionalmente se reconoce como la *intersección entre salud y educación*. Sin embargo, la propuesta de esta línea en el Encuentro pretendió superar el marco de lo “inter” que supone la puesta en común de temas ya pensados en entidades definidas previamente (llámese disciplinas, profesiones, instituciones, etcétera) para intentar establecer un campo problemático específico y diferenciado. Al no haber ni suma ni complemento, la mutua interpelación de los campos educativos y de salud mental genera preguntas inéditas e irreductibles a las áreas previamente establecidas. Así encontramos temas como: el peligro de las prácticas de enseñanza normadas por los etiquetamientos nosográficos, las consecuencias de la biologización de los procesos aprendizaje, la búsqueda de políticas educativas subjetivantes, modos de creación de lazos intersubjetivos en la experiencia escolar, entre otros varios.

Experiencias de la psicopedagogía clínica en espacios escolares de nivel inicial: intervenciones con niños y adultos a cargo

Yanina Patiño y Débora Grunberg

Introducción

En el presente artículo compartiremos los principales objetivos de dos investigaciones actualmente en curso que surgen a partir de una misma experiencia de campo. Tanto la tesis doctoral en curso de la licenciada Yanina Patiño, titulada “Subjetividad, simbolización y aprendizaje con niños pequeños en la escuela”, como la investigación doctoral en elaboración acerca de las “Transmisiones subjetivantes en espacios escolares de nivel inicial socialmente vulnerables”, de la magister Débora Grunberg, se enmarcan en el Programa de Investigación de la Cátedra de Psicopedagogía Clínica de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, cuya titular es la doctora Patricia Álvarez. Desde 1988, dicho programa ha desarrollado investigaciones dirigidas a crear teorizaciones específicas en el área, permitiendo la aproximación a las problemáticas de simbolización en niños y adolescentes asociadas a dificultades comprensivas, restricciones para la expresión autónoma del pensamiento propio, y escasos recursos para la actividad reflexiva e imaginativa que intervienen en la deserción, abandono y repitencia escolares.

Las investigaciones desarrolladas por el equipo se nutren de los interrogantes clínicos que surgen de la asistencia psicopedagógica que ofrecemos desde el área de Extensión a la comunidad. Esta actividad clínica se enmarca en el Servicio de Asistencia Psicopedagógica, coordinado por la doctora Analía Wald, en el que realizamos procesos diagnósticos con niños y adolescentes que presentan dificultades en sus aprendizajes escolares. En caso de resultar pertinente, por las particularidades clínicas del paciente, se realiza una derivación dentro del mismo Servicio para que el niño, la niña o el adolescente inicie un proceso de tratamiento psicopedagógico grupal, el cual será acompañado de un trabajo, también grupal, de reflexión con los adultos a cargo de su crianza.

En los últimos años, en el marco del Programa de Investigación de la Cátedra, hemos ido desarrollando intervenciones en ámbitos no clínicos, espe-

cialmente en jardines de infantes y escuelas secundarias. Nuestros interrogantes se relacionan con las posibilidades de articulación de la subjetividad con los aprendizajes escolares, con los modos de ejercicio de las funciones adultas que restringen o potencian las oportunidades de aprender, y con las características de las modalidades productivas y productos de los niños, como así también con las implicancias subjetivas y psíquicas que estas modalidades conllevan al interior de la institución escolar.

En el marco de un Proyecto de Desarrollo Tecnológico y Social propulsado por el Ministerio de Ciencia y Tecnología (PDTS 2014-2015) “Procesos de simbolización y uso de nuevas tecnologías: estrategias de complejización del pensamiento en niños y adolescentes socialmente vulnerables”, dirigido por la doctora Álvarez, inauguramos un período de trabajo en nivel inicial asistiendo de manera estable durante dos años y medio al jardín de infantes Sueños Bajitos, del Barrio Carlos Mujica de la Villa 31 Bis, en Retiro, donde tuvimos la oportunidad de conocer muy de cerca las características y dinámicas, de los adultos y niños que la integraban. Una dupla de investigadores, entre las que nos contamos, trabajó semanalmente con cada sala durante cada ciclo lectivo, realizando diversas propuestas que invitaran a los niños y niñas a relacionarse y producir con distintos soportes, en un marco de tarea compartida con otros pares y con adultos interesados en sus modalidades particulares de producción simbólica.

Cada dupla de investigadores trabajó con propuestas y materiales diversos, pero siempre introduciendo de manera progresiva recursos tecnológicos y actividades que invitaran a los niños a producir simbólicamente a partir del uso de estos objetos.

Los soportes con los que nosotras trabajamos fueron hojas y lápices, libros, material reciclable para construir, y progresivamente fuimos introduciendo objetos tecnológicos: auriculares, grabadores, celulares, netbooks, tablets, adecuados y respetuosos de los niveles evolutivos de producción simbólica (lúdicas, gráficas, discursivas). Esta confluencia en el uso de diferentes soportes en las diversas propuestas permitía a cada uno de los niños entrar y salir de los mismos, generando caminos alternativos en el trabajo de investimento de los procesos de producción subjetiva y simbólica.

A partir de esta experiencia se fueron delineando problemáticas específicas que devinieron preguntas de investigación, abordadas en estas dos tesis doctorales cuyos ejes principales presentaremos a continuación.

Subjetividad, simbolización y aprendizaje con niños pequeños en la escuela

La primera infancia representa el momento privilegiado de la constitución psíquica de un sujeto. Durante esta etapa, la curiosidad, exploración, imaginación y creatividad son procesos tendientes a la complejización de los recursos psíquicos necesarios para el aprendizaje. El aprendizaje es un proceso singular y heterogéneo a partir del cual el niño representa e interpreta el mundo en el cual se inserta, condicionando la calidad de su actividad psíquica, en tanto constituyente de la subjetividad. Si se considera a la institución escolar como un lugar destacado de producción de subjetividades, el ingreso al jardín de infantes, como primer espacio externo a habitar por un niño pequeño, diferente del familiar, se constituye en una oportunidad para el despliegue subjetivo en los procesos de aprendizaje. Sin embargo, aun cuando la escuela ofrece aprendizajes valorados socialmente, esta oferta no siempre los integra como procesos subjetivos de elaboración de sentidos singulares.

Desde esta perspectiva, los aprendizajes son subjetivamente significativos si se trata de un trabajo singular a partir de experiencias en las que se crea y disfruta de aquello que se produce, en el que se realzan las modalidades de cada niño por parte de los adultos a su cargo. Las condiciones escolares contemporáneas requieren de una ductilidad psíquica suficiente, que posibilite el despliegue de la imaginación y la creatividad, y también permita tolerar la incertidumbre y lo desconocido, en una franca apertura al campo de lo novedoso y objetualizable. Al mismo tiempo, la prevalencia de formas novedosas de simbolización ligadas a procesos tecnológicos, como elemento de comunicación y producción de sentido en la cultura actual, aumenta muchas veces la brecha existente entre los adultos y los niños en relación a estas nuevas modalidades de intercambio y subjetivación, y se constituye una especie de frontera infranqueable para la comprensión que genera estigmatizaciones y movimientos obturadores.

Diferentes autores del psicoanálisis contemporáneo ofrecen las bases conceptuales para abordar la constitución psíquica y los procesos de simbolización en juego durante la primera infancia. De este modo se realza que los procesos de simbolización enraizan en el conjunto de la constitución psíquica y no se reducen a meros procesos de organización de la información. La actividad representativa es el trabajo psíquico de metabolización de la información a partir de la cual el sujeto interpreta al mundo que lo

rodea, a los otros, a sí mismo, según coordenadas que le son propias. Se trata de modos singulares de crear sentidos, significaciones que hunden sus raíces en la historia de la constitución subjetiva.

El modelo de constitución psíquica postulado por Piera Aulagnier (1977), plantea modalidades predominantes de organización y complejización psíquica, y distingue tipos de actividad representativa, como la pictográfica, la fantasía y el pensamiento, para ubicar los niveles de organización y complejidad psíquica. Esta actividad es homologada a la producción simbólica dado que a partir de su despliegue los objetos del mundo adquieren cualidad psíquica en un intenso trabajo de la actividad sustitutiva. Asimismo, André Green (2000) articula la dimensión pulsional con el trabajo representativo y la construcción de objetos simbólicos, la relación entre la pulsión y el objeto que articula lo intrapsíquico (anclado en la pulsión) y lo intersubjetivo (anclado en el objeto) a partir del modelo de la metapsicología ampliada que da cuenta de los distintos niveles de complejidad en los procesos de simbolización.

Esta investigación parte de un problema central: ¿cómo se enlazan la subjetividad y los procesos de simbolización de niños pequeños en el espacio escolar?, ¿cómo promover los procesos subjetivos y simbólicos que intervienen en el aprendizaje? Se trata de un problema complejo cuyas distintas facetas se desagregan en los siguientes problemas específicos: ¿cómo el intercambio entre pares favorece la dinámica enseñanza aprendizaje?, ¿de qué modo el adulto potencia el deseo de aprender? y ¿cómo son las intervenciones que favorecen el aprendizaje significativo?

Las hipótesis de las que partimos para este trabajo investigativo sostienen que:

- Las transformaciones culturales, simbólicas y tecnológicas de la época produjeron un cambio de paradigma que modifica la oferta social, y definen el carácter heterogéneo y singular de nuevas formas de simbolizar.
- El enorme impacto de las transformaciones culturales y simbólicas de nuestra época genera un desfase entre las formas actuales de subjetivación y producción de conocimientos, por un lado, y las aún vigentes en el sistema educativo, por el otro.
- Mientras que en la escuela siguen vigentes diferencias excluyentes entre discurso y escritura, y entre las formas figurativas y discursivas, y la lógica del conocimiento predominante en el aula está fundada en los modelos deductivos e inductivos, los nuevos códigos incluyen combinaciones en-

tre dimensiones discursivas y escriturales, y procesos de continuidad y territorios mixtos entre las formas figurativas y narrativas.

- En relación a los vínculos de aprendizaje predominan en la escuela objetos de conocimiento instituidos sin cuestionamiento, como así también un modelo deductivo, de jerarquización de los contenidos por sobre los procesos de construcción. Las nuevas lógicas de conocimiento, en cambio, estimulan procesos instituyentes activos, como así también fundadas en modelos de analogía y de procedimientos indiciales.
- Este desfasaje constituye un verdadero riesgo tanto para la eficacia de la función de la institución educativa como para la expectativa individual de construcción de un proyecto basado en la creación simbólica, la producción de sentidos subjetivos y el desarrollo de un pensamiento crítico, reflexivo y creativo.
- El aprendizaje escolar, por lo tanto, no pone en juego “facultades” o “habilidades” cognitivas neutras sino que involucra procesos de producción simbólica a través de los cuales el sujeto interpreta y da sentido subjetivo a los objetos culturales y a su propia realidad psíquica.
- Los niños en situación social desventajada están expuestos a carencias que pueden llevarlos a acceder más tardíamente a ciertos bienes culturales, reducir su confianza en el mundo y generar una fuerte retracción libidinal hacia el deseo de investimento de los objetos sociales, amenazando de este modo su integración social satisfactoria al sistema educativo.
- La consolidación de procesos de inclusión social plena debe necesariamente contemplar estrategias de intervención que enriquezcan las condiciones subjetivas de quienes se hallan en contextos sociales desventajados para generar trayectorias escolares más satisfactorias fortaleciendo la inclusión educativa de los mismos.

Los objetivos generales de la investigación fueron:

- Caracterizar las diferentes modalidades de simbolización que se despliegan en niños pequeños.
- Elaborar hipótesis conceptuales acerca de las articulaciones entre las relaciones intersubjetivas en juego y los trabajos psíquicos y simbólicos necesarios para su despliegue.

- Explorar nuevas formas de simbolización que promueven procesos creativos y el deseo de aprendizaje.

Y los objetivos específicos:

- Identificar las modalidades figurativas, discursivas y escriturales comprometidas en los trabajos de nuevas formas de simbolización.
- Caracterizar las modalidades de intercambio entre pares.
- Caracterizar el trabajo de apuntalamiento y potenciación a cargo de los adultos.
- Diseñar estrategias de intervención con ofertas lúdicas motivadoras capaces de promover la curiosidad y el deseo por conocer a partir del uso de herramientas tecnológicas para el despliegue de los procesos de simbolización en niños pequeños.
- Elaborar hipótesis sobre las transformaciones subjetivas de los niños pequeños y sus modalidades de simbolización.

En función del objeto de estudio y los objetivos planteados se ofertaron recursos audiovisuales y actividades extracurriculares de ampliación de la imaginación y creatividad en los procesos de simbolización a edades tempranas, entendiendo que se trata de un período de pasaje del uso recreativo a la actividad escolar de forma transversal. Las propuestas contenían actividades que potenciaran el despliegue de la curiosidad y la interrogación, abiertas al intercambio con los otros. Asimismo, eran lo suficientemente permeables, claras y abiertas como para permitir un balance en proceso que posibilitara ir profundizando y modificando las modalidades de intervención de tal manera que se genere un espacio que legitime la construcción de lo imprevisto y lo novedoso.

La propuesta metodológica se fundamenta en el Paradigma de la Complejidad (Morin, 2000) el cual posibilita el estudio y la puesta en relación de procesos heterogéneos conservando sus características específicas y evitando causalidades y determinismos lineales. Es así como permite articular las condiciones de constitución psíquica singulares de cada sujeto con sus modos de producción simbólica de una manera no causal, sino en tanto incidencia restrictiva o potenciadora. Para ello se propone un estudio de carácter explo-

ratorio con un diseño descriptivo de análisis cualitativo. En la recolección de los datos se consideran distintos tipos de fuentes: por un lado, la selección de producciones dialógicas y narrativas recortadas de distintos momentos en el espacio escolar en los que se desarrollan las actividades extracurriculares propuestas, y por otro, las distintas producciones simbólicas de los niños (gráficas y escritas) que resulten significativas según las dimensiones de análisis. La muestra estará compuesta por cuatro niños durante su estadía en salas de 4 y 5 años respectivamente. La muestra es heterogénea en la diversidad de modalidades subjetivas y modalidades de simbolización. Esto posibilitará analizar cierta pluralidad de modalidades simbólicas.

En esta investigación se articularán tres dimensiones de análisis: la relación de los niños pequeños con sus procesos de producción y productos; la relación de los niños pequeños con sus semejantes; y la relación de los niños pequeños con los adultos.

Se espera que de este análisis surjan estrategias transformadoras, dado que permitirá incluir la dimensión del afecto en el aprendizaje y las formas singulares de cada sujeto, cuestiones no consideradas en otras propuestas investigativas.

Interrogaciones acerca de las transmisiones subjetivantes de docentes en espacios escolares de nivel inicial socialmente vulnerables

Reflexionar sobre los procesos de constitución subjetiva de los niños incluye la pregunta sobre las funciones metapsicológicas de los adultos implicadas: los procesos de subjetivación se organizan en tramas de relaciones simbólicas intersubjetivas complejas, que incluyen a las figuras primarias a cargo de la crianza y a referentes del conjunto social, lo cual da cuenta no solo de la heterogeneidad de las transmisiones subjetivantes involucradas en estos procesos, sino también de su anclaje en la coyuntura de la época.

Existen líneas de pensamiento que refieren al conjunto social como productor de subjetividad, focalizando en las significaciones y sentidos hegemónicos, y su fuerza, soslayando los procesamientos de los sujetos sobre esas transmisiones, así como la heterogeneidad de la misma. Louis Althusser (1970) se refiere a los aparatos ideológicos del Estado como fuertemente cargados de sentidos que son impuestos sobre los sujetos que integran al conjunto social. Otras perspectivas (Bozzolo, 2015) se refieren a la subjetividad en términos de construcción y proceso, destacando el movimiento,

el dinamismo, jerarquizando las transformaciones posibles y la interconexión de lo propio de cada sujeto, su origen y características sociales. Raquel Bozzolo (2015) cuestiona las restricciones que implica sustantivar “la subjetividad”, sustancializar un proceso, por demás, complejo.

Nuestra hipótesis es que los sujetos se constituyen en tramas intersubjetivas, metabolizando las transmisiones subjetivantes de orden simbólico, libidinal e identificadorio mediante trabajos psíquicos de orden complejo (Aulagnier, 1977; Green, 1996; Schlemenson, 2001).

Las transmisiones subjetivantes se entraman en las instituciones por las que el sujeto circula a lo largo de su vida, y en la coyuntura social de la época. Nos preguntamos entonces, ¿cuáles son las características prevalentes de las transmisiones sociales de la época actual que operan como magma de significaciones y ofertas simbólicas, afectivas e identificatorias para los sujetos que integran al conjunto?

Las instituciones educativas, como proyecto escolar, implican un proyecto social y político sobre la infancia (Baquero *et al.*, 1996) que de manera oblicua impacta en los procesos de subjetivación de los docentes, los niños y las niñas en relación a sus experiencias escolares. La escuela oferta condiciones, oportunidades y significaciones que se articulan con la filiación simbólica e inscripción social de los sujetos. ¿Cómo se articulan las transmisiones del conjunto social con los procesos de subjetivación de los niños desde pequeños en espacios escolares socialmente vulnerables? ¿Cómo impacta en las transmisiones subjetivantes de los docentes de nivel inicial en contexto de vulnerabilidad social?

Partimos del supuesto de que la escuela se despliega en un territorio de tensiones: así como debe ejercer su función explícita de transmisión de lo instituido, y tiene como objetivo que los niños y niñas que allí concurren se apropien de elementos de la cultura, también es un espacio en el que tiene lugar la dialéctica instituido-instituyente como movimiento potencial para la transformación de sentidos estables (Castoriadis, 1993), es un espacio potencial para la diferencia, la creación y las rupturas. Entonces, ¿cuándo una relación pedagógica va en la línea de favorecer experiencias (Larrosa, 2002) escolares enriquecedoras subjetivamente tanto para los niños como para los docentes?

La escuela realiza, en ocasiones, ofertas homogeneizantes de objetos y modalidades procesuales que se orientan al despliegue de dinámicas adaptativas y deductivas por parte de los niños y las niñas, escindidas de

su subjetividad, que podrían restringir la complejidad de sus aprendizajes. En muchas ocasiones las prácticas de los docentes están escindidas de su propia subjetividad, lo cual redundaría en la burocratización y protocolización de sus tareas. El despliegue de la tarea docente como oficio de lazo (Frigerio *et al.*, 2017) implicaría (sin desconocer su función didáctica) invertir encuentros, experiencias y procesos de trabajo en el marco de prácticas subjetivantes (Álvarez *et al.*, 2017). El despliegue de la función docente incluye inevitablemente transmisiones simbólicas, libidinales e identificatorias, que podrían enriquecer o restringir las posibilidades de los niños y niñas de dar trámite a las experiencias que involucran al mundo externo e interno.

El encuentro con otros sujetos y otros discursos demanda al niño trabajos psíquicos de elaboración y complejización de su actividad psíquica (Schlemlenson, 2004), para lo que resulta fundamental la presencia de un adulto que acompañe estos procesos. Surgen entonces las siguientes preguntas, ¿qué queda excluido en una relación pedagógica regida exclusivamente por objetivos preestablecidos, fijos y homogéneos? ¿Qué efectos pueden tener experiencias escolares de este orden en los adultos y niños que los protagonizan? ¿Cómo se incluye la subjetividad en la tarea docente? ¿Cuáles son las funciones metapsicológicas de los adultos en la institución escolar, especialmente con niños pequeños que concurren a nivel inicial, que enriquecerían los procesos subjetivantes de niños y docentes?

En esta tesis en elaboración nos proponemos como objetivos centrales:

- Interpretar características de las transmisiones subjetivantes de docentes en espacios escolares de nivel inicial socialmente vulnerables, desde una perspectiva compleja.
- Elaborar hipótesis sobre las articulaciones de las transmisiones subjetivantes de los docentes, con los procesos de subjetivación de niños y niñas que asisten a espacios escolares de nivel inicial en contexto social vulnerable.
- Describir e interpretar transformaciones y permanencias de las transmisiones subjetivantes de los docentes, a partir de intervenciones fundadas en propuestas de pensamiento clínico.
- Transferir los resultados investigativos al campo educativo y clínico.

Y como objetivos específicos planteamos:

- Elaborar hipótesis sobre las transmisiones docentes en un jardín de infantes en contexto socialmente vulnerable en tanto entramadas en una dinámica institucional y epocal específica.
- Elaborar hipótesis acerca de las incidencias de las dimensiones simbólica, libidinal e identificatoria de las transmisiones subjetivantes de docentes, en los procesos de subjetivación de niños y niñas que concurren a un jardín de infantes en contexto de vulnerabilidad social.
- Interpretar transformaciones y permanencias de las dimensiones simbólica, libidinal e identificatoria de las transmisiones subjetivantes de docentes de un jardín de infantes en contexto de vulnerabilidad social.
- Elaborar hipótesis sobre las potencialidades de la inclusión del pensamiento clínico, para enriquecer las experiencias escolares de docentes, niños y niñas que participan en espacios escolares de nivel inicial.

El pensamiento clínico (Green, 2010) es un ejercicio de reflexión que se nutre de la teoría psicoanalítica, que surge de las experiencias en la medida en que particulariza y singulariza las prácticas. La inclusión de esta modalidad reflexiva específica en el espacio escolar favorecería las condiciones de subjetivación para docentes, niños y niñas. Nos preguntamos, finalmente, ¿cómo construir oportunidades de pensamiento clínico en la escuela?

Reflexiones finales

Abordar las dificultades en el aprendizaje de niños pequeños demanda poner la atención en dos cuestiones: una, relativa a la mirada atenta, despatologizante y afectivamente comprometida sobre las modalidades singulares de producción simbólica de cada niño y niña, de manera situada en lo que refiere a la escuela, en una trama relacional en la que se incluyen otros niños y adultos; otra, absolutamente ligada a la primera, referida a la inclusión y consideración de las transmisiones adultas que, si bien no determinan, generan y ofrecen condiciones de posibilidad para el despliegue (o no) de aprendizajes comprometidos subjetivamente, y privilegiando o favoreciendo distintas modalidades de despliegue subjetivo que serán tramitadas de manera singular por cada sujeto.

Los aportes de estas investigaciones esperan contribuir a ampliar las posibilidades de un ingreso al nivel escolar primario más satisfactorio, ya que la promoción de la curiosidad y la apertura a novedades y diferencias establecen las condiciones más propicias para el ingreso a esta etapa de la escolaridad. De este modo se espera brindar herramientas de intervención temprana en el nivel inicial que posibiliten profundizar el conocimiento de un modelo de abordaje específico de los procesos de simbolización en la primera infancia. La celeridad de los tiempos escolares, muchas veces compromete la posibilidad de pausar y reflexionar (Castoriadis, 1993), al modo en que propone André Green (2010) al pensamiento clínico. Nos proponemos con nuestros proyectos de tesis, dar (nos) tiempo para ello.

Bibliografía citada

- Althusser, L. (1970). *Ideología y aparatos ideológicos del Estado. Freud y Lacan*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Álvarez, P., G. Cantú, A. Duràn, A. Diéguez, D. Grunberg e Y. Patiño (2017): *Imaginando (en) la escuela. Experiencias de producción simbólica con niños y adolescentes*. Buenos Aires: Entreideas.
- Aulagnier, P. (1977). *La violencia de la interpretación*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Baquero, R. y F. Terigi (1996). “En búsqueda de una unidad de análisis del aprendizaje escolar”. *Apuntes pedagógicos*, UTE/ CTERA.
- Bozzolo, R. (2015). “Nuevas armas para pensar los procesos de subjetivación. Argentina”. *Pablo Hupert Historiador*. Disponible en <http://www.pablohupert.com.ar/index.php/nuevas-armas-para-pensar-los-procesos-de-subjetivacion/> [consulta, abril de 2019].
- Castoriadis, C. (1993). “Lógica, imaginación, reflexión”, en R. Dorey *et al.*, y otros, *El inconciente y la Ciencia*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Frigerio, G., D. Korinfeld y C. Rodríguez (2017). *Trabajar en instituciones: los oficios dellazo*. Buenos Aires: Noveduc.
- Green, A. (1996). *La metapsicología revisitada*. Buenos Aires: Eudeba.
- Green, A. (2000). “Una teoría general de la representación”, en A. Fine y J. Schaeffer, *Interrogaciones psicosomáticas*. Buenos Aires: Amorrortu.

- Green, A. (2010). *El pensamiento clínico*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Larrosa (2002) “Experiencia y pasión”, en *Entre las lenguas. Lenguaje y educación después de Babel*. Barcelona: Laertes.
- Morin, E. (2000). *Introducción al pensamiento complejo*. Barcelona: Gedisa.
- Schlemenson, s. (2001) “*Constitución psíquica y espacio escolar*. La narración como activador de la complejización simbólica. Tendencias y perspectivas”. Tesis de doctorado, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.
- Schlemenson, S. (2004). *Subjetividad y lenguaje en la clínica psicopedagógica*. Buenos Aires: Paidós.

¿Escuela especial o especial escuela? Estudio sobre los recorridos escolares de los niños, niñas y adolescentes en el Municipio de Lomas de Zamora

Magdalena Bouzigues

Introducción

El presente escrito es fruto de la investigación que llevé a cabo para mi tesis de Antropología Social, cuya directora fue la doctora Alejandra Barcala. La misma tuvo como fin visibilizar los recorridos escolares de los niños, las niñas y adolescentes con discapacidad mental.

Como trabajadora de la salud de la Agencia Nacional de Discapacidad, dependiente de Presidencia de la Nación –ex Servicio Nacional de Rehabilitación, organismo descentralizado del Ministerio de Salud de la Nación– tengo la función de integrar la junta interdisciplinaria que otorga o deniega el Certificado Único de Discapacidad (CUD) a quien lo viene a tramitar. El CUD es un trámite gratuito y voluntario, aunque la voluntariedad del trámite es cuestionable.

A través de mis años de trabajo he observado cantidad de veces a padres que vienen a tramitar el CUD para sus hijos, muy angustiados generalmente. Vienen sin entender mucho por qué, pero saben que si no tramitan el CUD, su obra social no les va a cubrir las prestaciones que médicos y terapeutas le indicaron. En el caso particular de los niños con discapacidad mental, los padres relatan que las escuelas especiales solicitan el CUD para poder inscribir al niño, mientras que las escuelas comunes solicitan el CUD si al niño se le prescribe una maestra integradora. Es decir que en estos casos el CUD se convierte en una puerta de entrada al acceso a la educación del infante.

Los diagnósticos que aparecen en los CUD de estos niños son: trastorno generalizado del desarrollo, trastorno oposicionista desafiante, retraso mental leve, retraso madurativo, trastorno por déficit atencional, trastorno del aprendizaje, trastorno del lenguaje, trastorno del comportamiento perturbador. El portar un CUD repercute en la vida cotidiana, ya que aparecen prestaciones como estimulación temprana, adaptación curricular, escuela especial, maestra integradora, fonoaudiología, psicología, psicopedagogía, neurología, psiquiatría, terapia ocupacional, etcétera, que si bien

son necesarias y fundamentales para el funcionamiento del niño a veces lo priva de espacios de ocio y recreación. Liliana Sinisi (2010) postula que su trabajo de campo en escuelas especiales e integradoras le ha demostrado que se despliega ante estos infantes un dispositivo escolar que incluye escuelas con proyecto de integración y un equipo atento a estos niños.

Los niños con discapacidad son percibidos muchas veces en las escuelas comunes como anormales. Michel Foucault define a lo anormal teniendo en cuenta que cada cultura lo hace de forma propia y particular. “La conciencia moderna tiende a otorgar a la distinción entre lo anormal y lo patológico el poder de delimitar lo irregular, lo desviado, lo poco razonable, lo ilícito y también lo criminal. Todo lo que se considera extraño recibe, en virtud de esta conciencia, el estatuto de la exclusión cuando se trata de juzgar y de la inclusión cuando trata de explicar” (Foucault, 2008: 13).

Lo que se observa en las escuelas es que sobre estos niños supuestamente “anormales” los procesos de exclusión se encuentran a diario en las instituciones educativas (Sinisi, 2010).

En nuestro país, los niños, niñas y jóvenes con discapacidad deben recorrer distintos y diversos trayectos en su escolarización. Estos itinerarios no siempre son claros y esto lleva a que las familias deban dedicar tiempo y aprendizaje a identificar y establecer el posible y adecuado a las necesidades de cada niño o niña. Es decir que se trata de un recorrido escolar diferente a la de un niño o niña sin discapacidad. El derecho a una educación igualitaria, el derecho a una escuela para todos y el derecho a educar para la diversidad son inobjetable (Skliar, 2008). Sin embargo, en las prácticas esto no es así. Este autor propone que existe una brecha entre la razón jurídica y la propuesta de inclusión en los sistemas educativos.

El enfoque que debe guiar a la educación es la inclusión, que se basa en la diversidad, para que todos los estudiantes de determinada comunidad aprendan juntos, respetando sus diferentes condiciones personales, sociales o culturales. Sin embargo, la educación especial ha sido concebida hasta ahora como un conjunto de propuestas educativas orientadas a los niños con discapacidad. Asimismo, la problemática se complejiza si pensamos que los proyectos de integración en la escuela común, muchas veces excluyen a ese niño del aula escolar.

El trabajo de investigación que dio origen a esta presentación centró su análisis en función del derecho a la educación, considerándolo fundamen-

tal, y se propuso visibilizar y cuestionar prácticas instituidas en relación a la escolaridad de niños, niñas y adolescentes. Para esto se analizó y describió cómo transitan los niños, niñas y adolescentes con discapacidad mental por las distintas modalidades de educación existentes en el Municipio de Lomas de Zamora, de la provincia de Buenos Aires.

Metodología

El diseño del estudio es exploratorio descriptivo, se realizó entre los años 2015 y 2016, y en base a una lógica compleja/dialéctica, la cual “parte de concebir el mundo social como complejo, contradictorio y en permanente movimiento” (Achilli, 2000: 39). Se abordó la temática desde el paradigma de la complejidad teniendo en cuenta los diversos niveles de análisis y actores implicados, partiendo de la imbricación existente entre lo económico, lo institucional y la vida cotidiana (Stolkiner, 1994).

Se utilizó la estrategia de entrevistas en profundidad (Guber, 2001) para registrar las narrativas acerca de las experiencias y percepciones, en relación a la escolaridad de los alumnos con discapacidad mental, de los directivos, docentes, profesionales del equipo de orientación escolar y profesionales que trabajan en la temática de la discapacidad. Las entrevistas se realizaron en ocho escuelas (públicas, privadas y especiales) del Municipio de Lomas de Zamora, en el área de discapacidad del Municipio, en la Sede de Inspectores de Escuelas de Lomas de Zamora y en el Servicio Nacional de Rehabilitación. Mediante la técnica bola de nieve fue posible entrevistar en escuelas comunes a: una directora general, una vicedirectora, una docente de escuela secundaria, y una psicóloga y una psicopedagoga pertenecientes al equipo de orientación escolar. En escuelas especiales se entrevistaron una vicedirectora, una docente del primer nivel, y una docente y maestra integradora. Se ha entrevistado también a una inspectora de escuelas especiales públicas, a una directora del área de Discapacidad del Municipio y a una psiquiatra infantil que integra la junta evaluadora de discapacidad. Azarosamente, todas las entrevistadas fueron a personas de género femenino.

Se ha ajustado el proyecto a las normas éticas consecuentes con el campo de las ciencias sociales: a todos los entrevistados se les explicaron los motivos de la investigación, garantizándose la confidencialidad e incluso el anonimato, y se firmó un consentimiento informado.

Análisis de los resultados

El niño, niña y adolescente con discapacidad inicia su recorrido escolar en una escuela que tiene ciertas características desde su creación.

Tanto el modelo capitalista como la aparición de la infancia son cruciales para pensar por qué la escuela es como es hoy. El formato simultáneo que la escuela adoptó en su creación, y que sigue vigente en nuestros días, hace que exista un maestro para muchos alumnos con un solo método de enseñanza. La escuela se erigió como un lugar separado del resto de la sociedad con reglas, tiempos y espacios propios, debido a que la estrategia para gobernar a los niños fue el encierro. La escuela buscó y busca aún hoy homogeneizar; que no sepa qué hacer con las diferencias es consecuencia de la filosofía adoptada para las escuelas del trabajo en serie en la fábrica, donde cada uno cumple una función específica, siempre la misma. Aparece la escuela como fabricación, como dispositivo homogeneizador oculto detrás del discurso de la igualdad de derechos.

[...] porque la escuela de ahora no está preparada para esta realidad, para ese para todos. De momento no puede ni enseñarle al que se mueve mucho, y no tiene ningún diagnóstico [...]. La escuela está muy poco contenedora de la diversidad en su conjunto (psicóloga, equipo de orientación escolar, escuela común).

La escuela común sigue siendo una institución disciplinaria que reproduce la cultura hegemónica donde el niño, niña o adolescente con discapacidad, que no encaja, queda afuera. Este afuera de lo hegemónico es tanto la escuela especial –que desde su creación está ligada a la idea de anormalidad y a la exclusión– como el proyecto de integración.

El niño con discapacidad entra a una escuela en donde el discurso legal choca con la realidad en las aulas. Lo que se espera a partir de la aplicación de la Ley de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes leyes (N° 26.061/2005) y de la Ley de Educación Nacional (N° 26.206/2006) es lograr identificar tempranamente las necesidades educativas relacionadas con la discapacidad, con el fin de que los niños tengan una atención temprana interdisciplinaria y una intervención educativa que les permita lograr la inclusión desde el nivel inicial.

La Ley dice que todos los niños tienen derecho a ir a [...] al colegio que quieran, donde quieran, y bueno, siempre te van a pedir una integración si es necesario. Obviamente uno no se puede negar. [...] Lo que pasa que en casi ninguna escuela quieren a los chicos integrados (docente, escuela especial).

Muchas veces las prácticas no se condicen con lo legislado, lo cual influye directamente en la cotidianeidades y subjetividades de los niños. El texto de una ley termina dependiendo de situaciones particulares de personas que trabajan en instituciones particulares:

[...] todo depende de la dirección de la escuela porque cada escuela es un mundo. Hay una sola ley de educación [...] pero los directores son los que en definitiva deciden si quieren integrar o no al chico (psiquiatra infantil, junta evaluadora de personas con discapacidad).

Consecuentemente, al llegar a una escuela, si el niño puede cumplir el horario escolar, se puede quedar quieto mientras la maestra habla, no interrumpe las actividades escolares, etcétera, no va a tener problema con su recorrido escolar. Ahora, si el niño presenta alguna conducta que otro interpreta como anormal, muy probablemente ese recorrido escolar va a empezar a cambiar.

Se retoman los aportes de Sinisi, quien plantea: “Por lo documentado durante mi investigación puedo afirmar que, paralelamente a los intentos –factibles o no– de las políticas socio-educativas de los últimos años de promover la inclusión, se producen a nivel de lo escolar circuitos diferenciados que etiquetan, tipifican y rotulan a niños que no cumplen con el formato de ‘alumnos deseados’” (Sinisi, 2008: 9).

Muchas veces, en nombre del cuidado de la salud se proponen tratamientos médicos, los cuales no siempre están bien indicados y son formas de medicalización de la salud. Ante estas anormalidades percibidas por distintos actores escolares (docentes, equipo de orientación escolar, directivos), el colegio deriva a terapias a los niños, niñas y adolescentes, realizando asimismo un seguimiento de esas intervenciones. La concurrencia o no a las mismas influye en la relación de esa familia y ese niño en particular con

la institución escolar. No hay que olvidar que existe una delgada línea entre el discurso del cuidado de la salud y la medicalización.

Me pasó con un nene que en primer grado comenzó, y los papás dijeron que hacía tratamiento fonoaudiológico. Perfecto. Segundo grado le pregunto a las docentes. “¿Cómo lo ven?”, “Y, sigue hablando mal”. “Bueno, ¿me pueden enviar una constancia?” No me la envían. Tercer grado, me dice la maestra: “A, la R no la tiene. Y está en tercer grado, pero ¿qué pasa con el tratamiento?” Cito al padre. “No, a fines de primero lo dejamos porque estaba cansado”. “¿Quién? ¿Ustedes o el nene?”, le dije. “¿Y segundo?”, “No, no hizo porque no me dijeron nada” (psicopedagoga, equipo de orientación escolar, escuela común).

Si bien seguramente sea bueno para ese niño que alguien se ocupe de su fonética, no deja de llamar la atención que la respuesta a todo lo diferente sea un tratamiento médico.

La hegemonía de la forma de atención biomédica hace que los padres sigan las indicaciones del psiquiatra, neurólogo, etcétera, y también hace que desde el colegio se realice una derivación a psiquiatra, neurólogo, psicólogo u otros profesionales de la salud cuando se observan ciertas conductas o rasgos en los niños que llaman la atención. Las entrevistas realizadas revelan que:

[...] nosotros para pedir la intervención o la integración de un nene o un acompañante terapéutico de un nene, nosotros, el legajo no es que solamente lo visamos nosotras. Tiene que tener el diagnóstico de los profesionales (vicedirectora, escuela común).

Generalmente estos profesionales suelen estar atravesados por la biomedicina, la cual objetiva e individualiza la problemática a tratar, reduciéndola a trastornos mentales. A partir de las entrevistas realizadas se evidencia que la mayoría de los colegios no suelen trabajar conjuntamente ni con los profesionales de la salud ni con las familias, como si el niño fuera solo, sin un contexto. El que tiene que trabajar para quedar en el colegio es el niño. Tal como el sistema de salud, el sistema educativo no tiene en cuenta lo histórico-social, sino que individualiza y biomedicaliza las problemáticas.

Cabe aclarar que no todos los chicos que presentan comportamientos catalogados como diferentes tienen una discapacidad. La escuela tiene mucho para hacer antes de derivar a un psiquiatra o neurólogo. Las escuelas que cuentan con equipo de orientación escolar tienen los recursos para acompañar a los niños, niñas y adolescentes.

Nosotros tenemos nenes con dislexia, nenes con déficit atencional, que estuvieron medicados, que ahí lo que se hizo fue acompañar [...]. Pero están incluidos porque, a ver, la educación tiene que incluir a todos. [...] Entonces nosotros incluimos a un montón de chicos sin certificado. A nenes que tienen dislexia, que se les toma lecciones orales. [...] se les dan fotocopias para que escriba menos, hacemos un montón de estrategias para ayudar al chico (psicopedagoga, equipo de orientación escolar, escuela común).

Sin embargo, muchas veces, ante este niño *anormal* el colegio va a responder con un pedido de tramitación del CUD. El CUD es un documento público y de carácter voluntario. María Alicia Terzaghi retoma a Agamben para pensar a los certificados, a las certificaciones como estado de excepción, es decir, “[...] la forma legal de lo que no puede tener forma legal, porque es incluido en la legalidad a través de su exclusión” (Terzaghi, 2013: 64).

El CUD es una política pública federal. Existen juntas evaluadoras en todas las provincias del territorio nacional (hay más de 400) que evalúan a las personas que van a solicitar el certificado a partir de las mismas normativas para la certificación de discapacidad.

En consonancia con el cambio de paradigma para pensar la discapacidad, donde ya no impera el modelo médico sino el biopsicosocial, han cambiado tanto las normativas para certificar discapacidad como la conformación de las juntas evaluadoras.

Desde el modelo médico se certificaba la discapacidad de acuerdo a normativas basadas únicamente en el diagnóstico, sólo se evaluaba lo corporal, la falta, lo que no estaba bien. La junta que evaluaba a la persona con discapacidad era médica (dos médicos).

El modelo universal con enfoque biopsicosocial fue plasmado por la Organización Mundial de la Salud a través de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud, publicada en 2001.

Esta Clasificación adopta el paradigma de la complejidad e incluye al contexto en la definición misma de la discapacidad.

En función de este nuevo paradigma, la Agencia Nacional de Discapacidad elaboró, con equipos interdisciplinarios –integrados por médicos, psicólogos, trabajadores sociales, kinesiólogos, terapeutas ocupacionales–, nuevas normativas basadas en el marco conceptual de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud. Existe una normativa para cada tipo de discapacidad existente en nuestro país: motora, mental, visceral, auditiva y visual.

[Antes] eran otras normativas, por condición de salud... por ejemplo, en la psicosis [...] eran descripciones de patologías básicamente” (psiquiatra infantil, junta evaluadora de personas con discapacidad).

Consecuentemente, las prácticas de la junta evaluadora cambiaron; han dejado de ser médicas para pasar a ser interdisciplinarias. Están compuestas por un médico, un psicólogo y un trabajador social. También pueden estar integradas por distintos profesionales de la salud, como terapeutas ocupacionales, fonoaudiólogos y kinesiólogos.

Existen visiones diferentes respecto del CUD. Si bien es cierto que otorga derechos, también es cierto que se lo puede pensar como un acto medicalizante ya que el mismo permite un recorrido casi permanente por distintas terapias sin tope de cantidad de prestación; es decir, que si el niño necesita ir a terapia ocupacional, kinesiología, psiquiatra, neurólogo, psicólogo, psicopedagoga, fonoaudiólogo todas las semanas, al tener CUD la obra social le cubre las prestaciones que le indica el equipo tratante. Estas prestaciones en realidad las paga el Estado, ya que las obras sociales lo recuperan. Esta situación se complica aún más si se tiene en cuenta que, muchas veces, el CUD está mal tramitado y mal otorgado. En muchos casos el sobre tratamiento no les deja tiempo para hacer lo que tienen que hacer todos los chicos, que es jugar y aburrirse, generando de esta manera un deterioro en las vidas cotidianas de estos jóvenes. Podría pensarse que el sobre tratamiento a los únicos que favorecería es a los profesionales que cobran esas terapias.

Yo tuve casos de chicos que para mí no necesitaban el certificado de discapacidad, y me ha pasado de que me dijeron: “No, bajales el informe porque van a ir a renovar el certi-

ficado, y no se lo van a dar”. [...] Entonces vos, como trabajás en relación de dependencia y que necesitás el laburo, [...] a ver, que la obra social cubre el tratamiento, la escuela y lo que sea, [...] quieras o no quieras es el nene el que es portador de eso, el que carga con eso. [...] Yo entiendo como que no se ponen demasiado en el lugar (psicopedagoga, maestra integradora y de escuela especial).

Si bien la legislación en discapacidad establece que el trámite del CUD es voluntario, lo que se encuentra en la práctica es que el mismo pasa a ser la condición indispensable para poder seguir escolarizados: ya sea que el niño necesite un proyecto de integración en escuela común o que concurra a la escuela especial.

Entonces, la escolaridad de los niños con discapacidad mental empieza, en la mayoría de los casos, por la escuela común. Si se observa alguna anomalía, se le solicita al niño que tramite un CUD para poder acceder al proyecto de integración, el cual se elabora entre la escuela común y la especial; el mismo puede tener diversas modalidades: que el niño vaya solo a la sede de la escuela común o que vaya a las dos sedes (común y especial). Este proyecto se elabora para cada niño, niña o adolescente en particular. El próximo recurso existente es el pasaje a la sede de una escuela especial.

Las formas que toma el proyecto de integración son tan variadas como escuelas existen: la maestra integradora puede ir a la escuela común una, dos, tres o cinco veces por semana; una, dos horas o todo el horario que el niño con discapacidad permanezca en la escuela.

La maestra de la escuela especial viene a la escuela, generalmente no todas las escuelas trabajan de la misma manera. Es de acuerdo a la cantidad de matrículas que tengan y la cantidad de maestros que tengan para homologar esa matrícula [...] (psicopedagoga, equipo de orientación escolar, escuela común).

Para empezar con un proyecto de integración se debe firmar un acuerdo entre la escuela común, la escuela especial y los padres. Ninguna entrevistada refirió que en este proceso se involucre o se escuche a los niños.

Firman la escuela especial, la escuela común, eso se presenta a la inspección en hoja A4, que son los originales... Ah, y los padres. Eso lo firma la inspectora y ahí se arranca. Ahí vos [maestra integradora] como que estás habilitada (psicopedagoga, maestra integradora y de escuela especial).

El proyecto de integración debieran realizarlo la escuela común y la escuela especial en conjunto, aunque muchas veces esto no sucede en la práctica.

[...] hay toda una cuestión de que “A este nene no me lo dejes acá”. [...] Hacete cargo porque es tuyo. Vos faltás, el nene no entra a la escuela. Implícito, porque no hay nada escrito que diga que vos no podés. Al contrario... En este caso, el nene iba los días que yo iba [el resto de los días] en la casa con la mamá. [Esto lo decide] el directivo... encubierto, porque no hay ningún acta, no hay nada (psicopedagoga, maestra integradora y de escuela especial).

Este pasaje deja bien en claro lo que en muchas escuelas sucede: los proyectos tienen poco y nada de integración entre los docentes que lo deberían llevar adelante. El proyecto pedagógico individual lo suelen armar las maestras integradoras solas:

El PPI [proyecto pedagógico individual] es como obligatorio que cuando se firma, lo piden las inspectoras esto, para aprobar una integración, vos tenés que presentar un proyecto pedagógico individual que es el diseño curricular, o sea la planificación anual que te da la docente de grado de escuela común. Si vos supuestamente te sentás con la docente de escuela común y la maestra integradora, y lo hacen en conjunto acorde a las características del nene. Nunca me tocó ninguna maestra que me diga “hagámoslo en conjunto” (psicopedagoga, maestra integradora y de escuela especial)

El proyecto de integración puede adquirir diferentes modalidades: el niño puede cursar en la escuela común acreditando por la misma o acreditando por la escuela especial, en el caso de que no se quiera romper el vínculo que ese niño tiene con sus compañeros y maestros.

Cuando un chico llega a los contenidos mínimos tiene integración pero el título es de la escuela común. Cuando el chico no llega con los contenidos lo que hace es ir a la escuela común, pero acredita por especial. [...] En secundaria hay chicos que tienen, digamos, de ocho materias, tres se acreditan por especial, por ejemplo, matemática. Si ellos logran dar los exámenes bien, el título es por escuela común. Y si no, al tener más de una materia por especial, el título secundario es por especial. Estas son cosas que algunas escuelas lo hacen y otras no, y depende también la patología (Entrevista psicopedagoga, equipo de orientación escolar, escuela común.)

El proyecto de integración, llamado actualmente “proyecto de inclusión”, no incluye. Lo que se logra en los colegios es integrar al niño con discapacidad en el aula. Si bien se lo nombra como proyecto de inclusión, hay que tener presente que existe una diferencia entre las prácticas inclusivas y las integradoras. Los debates actuales sostienen que se ha pasado del paradigma de la integración –que supone a los niños, niñas y adolescentes como portadores de necesidades educativas especiales–, al paradigma de la inclusión –que se centra en el derecho de los niños a acceder a una educación que los incluya con sus diferencias– (Sinisi, 2010). Este cambio de paradigma no queda claro ni en la enunciación ni en las prácticas.

Tienen que ser las capacidades de cada alumno, con los tiempos de aprendizaje de cada alumno. Entonces es muy difícil quebrar, porque este es un tema que no se trabaja en los profesorados docentes, ahí empieza la base. Un docente se forma en el único modelo de clase, que es la clase frontal, donde el docente tiene un background de información que lo escupe a los chicos. Vos tenés una generación de chicos que, digamos, la capacidad auditiva es la que menos desarrollada tiene, o la capacidad de una persona que no incluye otra estrategia (directora, escuela común).

Si bien el término “inclusión” está ligado a programas socio educativos en los últimos años y ha sido adoptado en nuestro país, lo que se encuentra en los colegios son integraciones. El concepto de *integración* agrupa realidades

diferentes, basado en deficiencias individuales, el colectivo allí no aparece. Por eso el tratamiento impartido elegido es trabajar sólo con ese joven, el que tiene que integrarse es el niño al sistema y no el sistema al niño.

Cuando el proyecto de integración entre escuela común y escuela especial no es funcional para determinado niño, el próximo recurso existente es el pasaje a la sede de la escuela especial.

Todas las entrevistadas concuerdan en que el tránsito de la escuela común a la escuela especial es un proceso que supone ir cumpliendo determinadas etapas. Las entrevistadas relatan distintas situaciones que llevan a derivar a un niño con discapacidad a una escuela especial. Este pasaje evidencia que es necesidad de los jóvenes pertenecer a un grupo de pares:

Yo particularmente pienso que hay un momento en el que los chicos necesitan tener también sus pares de condición, sobre todo el tema de la adolescencia, la juventud, quieren un novio (vicedirectora, escuela especial).

También se indica la escuela especial cuando el niño con discapacidad se frustra por no poder realizar las mismas actividades que los demás:

[...] porque vos hacés adaptaciones curriculares, pero si el chico realmente no puede, y aparte ellos necesitan generar, no socializa, no poder realizar las actividades les genera frustración (docente escuela especial).

Muchas veces el tema conductual es el detonante:

Teníamos un nene que está en cuarto o tercer grado, venía con muchas dificultades de conducta, se supo que también era un Asperger pero tenía rasgos psicóticos. [...] Pero, a ver, todos los chicos le tenían miedo porque le agarraban crisis, tenía un acompañante terapéutico; pero, a ver, llegó un momento que un día entre cinco lo tuvimos que agarrar (psicopedagoga, equipo de orientación escolar, escuela común).

La escuela especial es obligatoria para todos los niños con discapacidad. Y los alumnos con discapacidad tienen las mismas obligaciones del mundo escolar que los niños sin discapacidad.

Al hacerse la obligatoriedad de la escolaridad [...] te digo, hace, no sé, 20 o 15 años atrás, había familias que decían: “Ay, no, se aburrió de la escuela. No lo mando más”. No. Ahora tenés que hacer el seguimiento como con cualquier otro alumno del sistema educativo, a las tres faltas, bueno, por qué, si se le están vulnerando sus derechos, tiene derecho a la educación (vicedirectora, escuela especial).

Asimismo, la inspectora de escuelas especiales sostuvo que el objetivo es que la sede de escuela especial sea transitoria: se espera que el niño no haga recorridos lineales sino que pueda volver a la escuela común. Con este fin, la escuela especial no cuenta con una planificación formal de contenidos mínimos a aprender, sino que el diseño curricular está unificado. Para que el tránsito de la escuela común a la escuela especial sea posible, esta última planifica en base a la currícula formal de la escuela común, adaptando los contenidos de acuerdo a las particularidades de cada niño.

Es como que hacen como sí, o sea... vos tenés un primer ciclo, un segundo ciclo. Con ellos trabajás contenidos en quinto grado, suponete. [...] Pero vos las adaptás las actividades, porque los chicos no pueden hacer un contenido de quinto grado, entonces, qué sé yo, trabajar una unidad de quinto grado en chicos que tienen una edad de quinto grado pero que no están alfabetizados... Es imposible, entonces todo lo tenés como que adaptar (psicopedagoga, maestra integradora y de escuela especial).

Esto genera que en cada aula de cada la escuela especial se aprendan contenidos diferentes. De alguna manera, la problemática sigue individualizándose.

Es necesario entender las prácticas desde el paradigma de la complejidad para desnaturalizar teorías y prácticas, y tratar de pensar cuál es la mejor forma escolar para cada niño con discapacidad.

[...] uno tiene que tratar de... de buscar qué es lo mejor para este nene. Y lo que vos le estás enseñando, quiere decir que algo, que de eso se trata, que ellos hagan un clic... Y si no le significa, y bueno, seguir buscando otra manera (psicopedagoga, maestra integradora y de escuela especial).

Conclusiones

Los recorridos escolares de los niños, niñas y adolescentes con discapacidad muchas veces están invisibilizados y fuera de agenda de la política educativa.

La legislación existente, tanto en materia de discapacidad como de educación, coincide en que todos los niños con discapacidad tienen que tener el acceso garantizado a la educación; sin embargo, el CUD, que es un trámite voluntario, se convierte en una condición indispensable para poder permanecer escolarizado: ya sea que el niño necesite un proyecto de integración en escuela común o para que concurra a la escuela especial.

En escuelas del Municipio de Lomas de Zamora se evidencia que muchas veces la escolaridad de estos niños es poco accesible: los relatos de las docentes, directivas e integrante del equipo de orientación escolar respecto de derivaciones al psiquiatra o neurólogo, de que la mayoría de las escuelas no quiere chicos integrados, generan niños, niñas y adolescentes que no tienen donde ejercer su derecho a aprender. Una problemática colectiva se individualiza y cada uno tiene que seguir su trayecto y buscarse su solución. Si bien todas están reguladas por el Ministerio de Educación, la decisión de los directivos parece ser lo determinante.

Se encuentra de esta manera el antagonismo existente en nuestra sociedad entre prácticas subjetivantes y prácticas objetivantes, donde la sola mención de la “escuela inclusiva” es un contenido vacío porque las escuelas estudiadas, en los hechos, no son inclusivas y tratan al niño *diferente* como un *anormal*. Y muchas veces no saben cómo tratarlo y lo que aparece son las “derivaciones”, ese incansable círculo al que deben someterse los niños y jóvenes para alcanzar un diagnóstico que *explique* los comportamientos que suceden en el aula.

En Lomas de Zamora, la forma de lograr que los niños con discapacidad accedan a la educación es la integración, donde el que debe adaptarse a esa escuela es el niño, y no la inclusión, la cual implica una educación que los incluya con sus diferencias. El niño debe adaptarse a una escuela que siempre sigue las mismas reglas.

Lo instituido en relación al modo en que la institución escolar responde a los niños con discapacidad en el Municipio de Lomas de Zamora es que el mismo proyecto de integración se gesta en la no integración de la escuela común y especial, ya que por definición deberían trabajar en conjunto pero en la práctica pocas veces lo hacen. Consecuentemente, lo que se

logra en este Municipio es tratar de integrar en los colegios comunes a través de proyectos de integración que adquieren diferentes formas en los distintos establecimientos. Esto mismo sucede en la escuela especial, la cual curricularmente adapta los contenidos de la escuela común, con lo cual cada escuela y cada aula en particular adquieren diferentes formas.

Los alumnos con discapacidad interpelan a la escuela común, dejando en evidencia que hay que superar barreras simbólicas para diversificar la escuela y hacerla accesible a todos.

Mi recorrido por esta temática me permitió comprender que las tensiones no se resuelven sólo con la ley, sino que hay que tener presente una fuerte cuestión ética para que todos los niños, niñas y adolescentes con discapacidad puedan ejercer su derecho a la educación. Propongo capacitar a los actores involucrados en la educación en los nuevos paradigmas para poder desarrollar prácticas inclusivas.

Creo que lo fundamental es visibilizar la problemática. Para recién, a partir de ahí, poder pensar las complejidades de la infancia que se presentan en la institución escolar sin patologizar las diferencias, haciendo que el *integrado* pase a ser *integrante* de esa institución. Para que cualquier escuela, común o especial, sea especial para ese niño, niña o adolescente con discapacidad.

Bibliografía citada

- Achilli, E. (2002). *Investigar en Antropología Social. Los desafíos de transmitir un oficio*. Rosario: Laborde.
- Foucault, M. (2008). *Historia de la sexualidad*, volumen 1, “La voluntad del saber”. Buenos Aires: Siglo Veintiuno.
- Guber, R. (2001). *La etnografía. Método, campo y reflexividad*. Buenos Aires: Norma.
- Skliar, C. (2008). “¿Incluir las diferencias? Sobre un problema mal planteado y una realidad insoportable”. *Orientación y Sociedad*, vol. 8. Disponible en http://www.psico.unlp.edu.ar/articulo/2015/11/16/revista_orientacion_y_sociedad [consulta, abril de 2019].
- Sinisi, L. (2008). “Contribuciones de la etnografía para el estudio de redes y tramas psico-educativas”, en N. Elichiry (comp.), *Perspectivas Interdisciplinarias en Educación. Historia y viva cotidiana*. Buenos Aires: Manantiales.

- Sinisi L. (2010). “Debates en torno a los procesos de exclusión-inclusión/ integración en el marco de la educación especial”. Presentación, XIX Jornadas nacionales de red de cátedras y carreras de educación especial de las Universidades Nacionales (RUEDES) y XIII Jornadas de red de estudiantes de cátedras y carreras de educación especial (RECCES), septiembre 2010, San Martín, Buenos Aires.
- Stolkiner, A. (1994). Tiempos posmodernos. Procesos de ajuste y salud mental”, O. Saidón y P. Troianovsky (comp.), *Políticas en Salud Mental*. Buenos Aires: Lugar.
- Terzaghi, A. (2013). “El efecto epidemia. Algunas preguntas sobre el lugar de lo médico”, en M. Viñar *et al.*, *La patologización de la infancia (III). Problemas e intervenciones en las aulas*. Buenos Aires: Noveduc.

Intervenciones educativas concretas. Un análisis desde programas socio-comunitarios de la Universidad Nacional de Lanús y su articulación con la comunidad

Carla Micele

Introducción

A partir de mi experiencia en la coordinación de programas socio-comunitarios en la Universidad Nacional de Lanús desde hace más de cinco años, aparece como interrogante a desarrollar de qué forma una institución de educación superior puede contribuir en la promoción de la salud mental comunitaria para adolescentes en riesgo de vulnerabilidad social.

Para ello, se analiza de qué manera su paso por el Programa Permanente “La UNLa de los jóvenes”, de la Universidad Nacional de Lanús, produce transformaciones en su cotidianidad (proyectos educativos e inserción laboral) en particular, y la forma en que este Programa permite o no nuevos modos de desenvolverse en sus relaciones familiares, su entorno social y grupos de pertenencia, en general.

El trabajo de investigación, inscripto en mi tesis de Maestría en Salud Mental Comunitaria de la Universidad Nacional de Lanús,¹ se realizó con adolescentes que asistieron al Programa Permanente “La UNLa de los jóvenes” en el período que va de 2011 a 2015.

Generalmente, cuando se piensa en un concepto que defina salud inmediatamente se remite a la definición de la Organización Mundial de la Salud, es decir un estado de completo bienestar bio-psico-social; en este sentido nos preguntamos ¿cómo se puede afirmar que un sujeto puede estar en un estado de bienestar completo en estos tres aspectos al mismo tiempo? Alberto Vasco Uribe (1987) plantea una crítica a esta definición de la Organización Mundial de la Salud debido a su ahistoricidad, generalidad e implicaciones ideológicas, por lo tanto propone conceptualizar a la enfermedad como algo diferente a la simple pérdida de la salud.

¹ La misma se tituló “La UNLa como promotora de salud en adolescentes en riesgo de vulnerabilidad social. Un estudio desde la perspectiva de los participantes del programa permanente ‘La UNLa de los jóvenes’”, y fue dirigida por el doctor Joaquín Linne.

Formulación del problema de investigación

Se parte de los siguientes interrogantes: ¿Cuáles son las características de la población que asiste al Programa Permanente de la Dirección de Cooperación de la Secretaría de Cooperación y Servicio Público de la Universidad Nacional de Lanús? ¿Cómo valoran concurrentes al Programa Permanente, la utilidad de los conocimientos adquiridos respecto a posibles transformaciones en sus proyectos educativos y sociolaborales? ¿De qué manera influye la experiencia universitaria en las relaciones interpersonales de los adolescentes que participan en las actividades del Programa Permanente de la Universidad Nacional de Lanús?

Aspectos metodológicos

Para esta investigación se ha optado por una recolección de datos a través de fuentes primarias y secundarias. En lo que respecta a las fuentes primarias de información, se realizaron entrevistas en profundidad a adolescentes que participaron del Programa entre 2011 y 2015, a los docentes de los talleres y a funcionarios de la Universidad Nacional de Lanús. En las entrevistas se relevaron los aspectos relacionados a la función de la universidad como promotora de salud mental comunitaria desde la mirada de quienes cumplen roles en la toma de decisiones de la gestión de políticas públicas relativas al trabajo con adolescentes.

Respecto a las fuentes secundarias, se cuenta con encuestas realizadas a todos los participantes del Programa, entrevistas a adolescentes participantes de ediciones anteriores, resultados de investigaciones sobre la perspectiva de los usuarios de programas de cooperación de la Universidad Nacional de Lanús, registro de observaciones realizadas desde el año 2011, documentos de trabajo, actas de reuniones de los docentes de los talleres y equipo operativo, entre otros.

Programa Permanente “La UNLa de los jóvenes”

El Programa propone un trabajo sostenido desde el año 2010, que consiste en un proyecto de acompañamiento a la alfabetización en letras, tecnológica, y en oficios que convoque a jóvenes y adolescentes de entre 13 y 17 años que presentan distintas formas de vulnerabilidad social, y pertenecen a barrios con los que la Universidad Nacional de Lanús se vincula ininterrumpidamente desde el año 2000.

La población destino de estas acciones asisten a los comedores comunitarios de la región y/o participan de las acciones que se vienen llevando a cabo en estos, y reside en la zona de influencia de la Universidad. Se busca brindar cursos que favorezcan el desarrollo personal de los adolescentes y ofrecerles información referida a posibilidades y ofertas educativas, tanto formales como no formales.

A partir de la implementación de un conjunto de acciones de capacitación, se busca acercar a esta población destinataria a opciones para seguir y concluir estudios secundarios, estableciendo puentes con el sistema de educación formal. Entre sus objetivos se pueden enumerar:

- Propiciar desde la Universidad un espacio que pueda ser visualizado por los adolescentes en situación de vulnerabilidad social, como un lugar de pertenencia.
- Favorecer e incentivar la continuación de sus estudios secundarios.
- Acompañar en el desarrollo de un proyecto de vida educativo y socio-laboral propio.
- Fortalecer y profundizar los vínculos que los adolescentes establecen con sus pares, familiares y docentes.

A partir de ello se busca lograr un impacto real que posibilite la construcción de trayectorias diferentes en estos jóvenes que, por su condición sociocultural, no ven a las instituciones como posibilitadores de cambio; de este modo se espera romper con el imaginario sobre el acceso a las instituciones educativas haciéndolas más “amigables”, y además se favorece la articulación de estudiantes universitarios con las problemáticas de la comunidad.

Desarrollo de las actividades

El Programa se desarrolla desde 2011 de forma ininterrumpida, con actividades entre abril y noviembre de lunes a sábados de 14 a 17 horas. Se accede a través de una inscripción abierta en dos momentos del año, lo que posibilita planificar cada taller en función de los cupos, así como prever la utilización de los espacios de la universidad, los materiales y los recursos necesarios. Los destinatarios del Programa son aproximadamente 200 chicos y chicas de entre 13 y 17 años, que residen en las zonas de Lanús,

Avellaneda, Lomas de Zamora, Esteban Echeverría y Longchamps, entre otras. Se organizan en grupos mixtos de género y edad, y su conformación se realiza de acuerdo a las elecciones de los propios adolescentes; en 2018 fueron de Informática, Percusión, Oficios, Bijouterie, Tejido, Medios Audiovisuales, Danzas, Serigrafía y Apoyo Escolar, entre otros.

El trabajo se realiza de manera conjunta con los referentes de las organizaciones civiles y comedores comunitarios, que operan de enlace entre las familias y la institución universitaria. Desde la universidad participan el equipo coordinador y los talleristas, además de estudiantes, docentes y no docentes.

Desde el Programa no sólo reconocemos otras acciones, espacios e instituciones que se involucran en pos de similares propósitos, sino que además nos vinculamos con ellas. El conocimiento y la vinculación con programas, tanto nacionales como de las organizaciones de la comunidad, permite fortalecer y profundizar las acciones emprendidas, respondiendo a lo que desde la Universidad Nacional de Lanús entendemos por *cooperación*.

Los jóvenes que inicialmente vinieron al Programa, lo hicieron mayoritariamente a través de canales como los comedores comunitarios y asociaciones civiles, que participaban del Programa de Verano de la Universidad Nacional de Lanús. Este acercamiento fue posible gracias al esfuerzo conjunto realizado con los referentes y organizadores de los comedores comunitarios, con las familias y actores de la comunidad que operaron y operan de enlace con la institución universitaria.

Hoy, estos canales se han ampliado y a partir de la reconfiguración de metas que vamos posibilitando los diversos actores del Programa, se han sumado a la propuesta inicial chicas y chicos de todos los sectores de incidencia de la Universidad Nacional de Lanús. Estos canales de acceso se multiplicaron a través de los medios de difusión de la Universidad, o por los comentarios de los propios adolescentes participantes del Programa a chicos y chicas con los que comparten otros espacios, como la escuela, el club, el barrio, y diversos grupos de pertenencia.

Antecedentes que contextualizan la institución Universidad Nacional de Lanús. Diferencias entre *extensión* y *cooperación*

La Universidad Nacional de Lanús fue creada por Ley N° 24.496 publicada en el Boletín Oficial de fecha 4 de julio de 1995, N° 28.177. Se ubica en el primer cordón del Conurbano de la provincia de Buenos Aires, en

el partido de Lanús. Ha establecido, como principio fundante definido en su Estatuto, la conformación de un perfil institucional y de formación académica tanto de grado como de posgrado, fuertemente volcado hacia las demandas y realidades de la comunidad en la que se insertó.

En un intento de realizar una contextualización de la región en la que la Universidad se ubica, podemos decir que el Municipio de Lanús se caracteriza por su gran concentración poblacional, de 459.263 habitantes de acuerdo a datos del último Censo Nacional (INDEC, 2010). En la actualidad se registran sectores de la población que pueden considerarse con ciertos déficits en los niveles educacionales (escolaridad incompleta, deserción escolar, asistencia irregular, no ingreso a instituciones educativas a las edades correspondientes), como así también altos niveles de desempleo o subempleo entre la población económicamente activa, datos que se desprenden de la Encuesta Permanente de Hogares.

Por estos motivos es que la Universidad Nacional de Lanús desarrolla desde sus orígenes una serie de acciones y proyectos tendientes a establecer lazos con la comunidad. Alicia Azubel (2009) describe la importancia de los vínculos que se establecen entre los sujetos y las instituciones. Retomando esta idea, entendemos que las actividades propuestas desde la Universidad permiten mejorar y profundizar vínculos en pos de revalorizar las estructuras existentes, mejorar o evidenciar opciones de progreso que tiendan a una mejora en la calidad de vida de la comunidad en la que está inserta, y establecer como principio básico la reciprocidad y la horizontalidad de las vinculaciones con otros actores y estamentos de la comunidad de pertenencia; y concibe a la Universidad como un eslabón más del sistema educativo.

La Universidad Nacional de Lanús establece como principio fundante de su proyecto institucional la conformación de un perfil de docentes, estudiantes y equipos técnicos; en resumen, la institución como un todo, fuertemente volcada hacia las demandas y realidades de la comunidad en que se inscribe, y no solamente a la acumulación de saberes sin contacto con la realidad.

Siguiendo un principio de responsabilidad social, la Universidad define políticas y estrategias tendientes al abordaje de problemáticas locales en áreas diversas. Esta vocación se plasma en su vinculación mediante convenios con instituciones comunitarias, empresas, organizaciones gremiales, educativas y organismos estatales, locales, nacionales e internacionales, que enmarcan el accionar educativo específico y lo relacionan con los más diversos actores sociales.

De acuerdo a lo planteado podemos establecer que los criterios que se fundan en su misión institucional se reflejan en el diseño de la oferta académica y líneas de investigación, como también en la ejecución de programas destinados a atender poblaciones usualmente alejadas de la concepción tradicional de las universidades.

El compromiso expresado en los lineamientos generales de la Universidad Nacional de Lanús cobra vida en distintas actividades destinadas a la comunidad, especialmente a aquellos sectores que tradicionalmente no se vinculan con la institución, concretándose en el desarrollo ininterrumpido desde el año 2000 de un programa de verano denominado “Los derechos de los niños no se toman vacaciones”. Este programa se dirige a niños y niñas de 5 a 12 años que provienen de instituciones cercanas a la Universidad, y propone actividades recreativas, culturales y deportivas que fomenten la búsqueda creativa de los participantes, así como la puesta en valor de su lugar en la sociedad.

En este sentido, no sólo nos referimos al uso y trabajo con los elementos y herramientas que generan aprendizajes en los distintos talleres, sino que además se trabaja fundamentalmente en dar a conocer cuáles son sus derechos y cómo ejercerlos, pero también cuál es su compromiso en ese ejercicio. Este trabajo se encuentra sustentado tanto desde el espacio que brinda la Universidad a través, no sólo del lugar físico o los materiales de los talleres, sino además a partir de la reflexión sobre ser sujeto de derecho, que se estimula desde los docentes de los talleres, utilizando como recurso de apropiación de derecho la especificidad de cada una de las propuestas de los talleres.

Tras el paso de los años, comenzó a suceder que aquellos niños que tenían más de 12 años no podían continuar en las actividades planteadas en el programa de verano, fue así que se decide desde la Secretaría de Cooperación y Servicio Público, a través de su Dirección de Cooperación, asumir un nuevo desafío. Ya no solo se trataba de invitar a la Universidad a niños pequeños, durante el mes de enero, sino que se generó un nuevo espacio de pertenencia y que además se prolongó en las ofertas de talleres.

Así fue como se diseñó y dio comienzo, en 2011, el Programa Permanente “La UNLa de los Jóvenes”, que consiste en brindar la posibilidad de realizar actividades culturales, recreativas y educativas de forma absolutamente gratuita a los adolescentes que asisten a los comedores comunitarios que participaron del programa de verano, y a todos aquellos adolescentes que estén interesados en la propuesta y quieran participar.

El eje que organiza y orienta esta propuesta es la difusión y el respeto a los principios plasmados en la Ley de Promoción y Protección de los Derechos de los Niños, Niñas y Adolescentes de la provincia de Buenos Aires (Nº 13.298); como así también la Convención sobre los Derechos de los Niños.

Como ya fue mencionado, desde sus inicios la Universidad Nacional de Lanús se definió como “universidad urbana comprometida”, con una fuerte preocupación por la comunidad en la que se inserta. Esto implica, entre otras cosas, el mantener sus puertas abiertas y desarrollar una política activa y sostenida de producción de conocimientos y cooperación direccionada a dar respuesta a las necesidades específicas de la región.

Resultados

Como ya ha sido señalado, uno de los objetivos de este Programa es el desarrollo de un proyecto de vida propio y alejado de un destino visiblemente desalentador desde la perspectiva de los jóvenes. En este sentido, algo de ello ha comenzado a germinar, cinco jóvenes que participan del Programa han comenzado a prepararse para ingresar a la universidad, uno de ellos ya se ha inscripto al curso de ingreso de la Universidad en la Licenciatura en Enfermería, mientras que los demás están trabajando en espacios de tutorías para iniciar sus estudios en la Licenciatura de Audiovisión, y de Diseño Industrial de nuestra universidad.

Más allá de acompañar a estos jóvenes en las decisiones que han podido tomar, seguimos trabajando con todos los demás para que la inclusión no quede sólo enunciada como un concepto, sino que pueda ser vivida desde cada uno de los actores del Programa. En este sentido, es posible relevar algunas expresiones de los propios jóvenes que permiten analizar los objetivos que el Programa se propone a partir de los interrogantes descriptos al inicio de esta presentación: ¿Cuáles son las características de la población que asiste al Programa Permanente de la Dirección de Cooperación de la Secretaría de Cooperación y Servicio Público de la Universidad Nacional de Lanús? ¿Cómo valoran concurrentes al Programa Permanente, la utilidad de los conocimientos adquiridos respecto a posibles transformaciones en sus proyectos educativos y sociolaborales? ¿De qué manera influye la experiencia universitaria en las relaciones interpersonales de los adolescentes que participan en las actividades del Programa Permanente de la Universidad Nacional de Lanús?

En relación a ello los resultados obtenidos son:

Percepción sobre la Universidad en general. Cuando se les pregunta sobre esto antes de que la conozcan aparece en las respuestas de los adolescentes la idea de que es un lugar donde principalmente se va a estudiar; muchos la perciben como un lugar al que no es sencillo acceder, ni que es un espacio por el que adolescentes pueden transitar. Aparece en muchos de los entrevistados la idea de que sólo se puede acceder luego de finalizados los estudios secundarios. Y refuerzan en sus respuestas la representación de que a la universidad se viene a aprender, en sus relatos:

Me daba miedo venir... todo nuevo, muy nuevo para mí.
Pero está bueno, al principio me costaba [...] Un lugar donde podes aprender... estoy nerviosa... y estudiar la carrera que querés hacer. Sólo pensaba que era para grandes, cuando terminas recién el colegio (mujer de 16 años).

Percepción sobre la Universidad Nacional de Lanús. Respecto a la indagación de cómo perciben específicamente a esta Universidad, se puede verificar que en principio el acercamiento a la institución es a través de un referente barrial o algún miembro de la familia o amigos que les comentaron las actividades que se realizan en el Programa, ya sea porque asisten a él o porque hacen alguna otra actividad en la Universidad. Los adolescentes valoran los espacios de la Universidad Nacional de Lanús, el trato de los adultos con los que trabajan, establecen una diferencia entre lo que pensaban de la universidad, un lugar “denso y aburrido”, para poder reposicionarlo en un espacio donde se viene a aprender. Se puede comprobar el sentido de pertenencia que estos adolescentes tienen con la Universidad Nacional de Lanús, han podido desmitificar el rol que la universidad cumple en la sociedad y sentirla como un lugar al que ellos también pueden acceder aún sin haber finalizado sus estudios secundarios.

Yo tengo mis tías que tienen 18 y 15 años, o sea son mis tías pero tienen mi edad, ellas también van a un lugar en Lanús donde les enseñan guitarra y el profesor nunca va, es como que ellos van y ese día le dicen que día va a ser la próxima clase, no es como nosotros que ya sabemos que es concurrente, es así, les va cambiando el día (varón, 15 años).

Percepción sobre los cursos. Al consultar a los adolescentes sobre esto se advierte la importancia de realizar una actividad que les interesa. Evalúan positivamente la relación con sus docentes, los espacios de trabajo, los materiales y herramientas que utilizan. Se manifiestan entusiasmados por los resultados que obtienen y los productos que ejecutan, y todo ello ligado al “aprender”. Los cursos aparecen como espacios de intercambio y aprendizaje valorados no sólo desde las cuestiones técnicas, sino también desde aspectos relativos a la calidad de los vínculos entre pares y con los docentes.

Hago música porque me gusta la música, los instrumentos.
E informática porque en la escuela tengo y está bueno. Se aprenden un montón de cosas (varón, 14 años).

Percepción acerca de modificaciones encontradas a partir de su participación en el Programa en cuanto a sus relaciones interpersonales. En lo que respecta a los modos de vincularse de los adolescentes, la participación en los espacios de taller resulta una actividad profundamente significativa para ellos. Aparece en sus relatos la idea de conformación de grupo del que ellos mismos se sienten parte. Otros aspectos a destacar son las modificaciones que ellos mismos perciben respecto al modo de vincularse con sus padres y docentes. Se valora la posibilidad que reconocen de poder acercarse a sus adultos de referencia y comunicarles cuáles son sus temores, dudas, en definitiva, qué es lo que les está sucediendo en esta etapa de sus vidas.

El grupo que formamos es bueno (mujer, 15 años).

Sí, algunos son compañeros, me llevo bien, pero no son amigos. Con algunos sí tengo más afinidad y hablamos incluso sin estar en el taller [...]. Aparte recién hablábamos que me gusta que haya diferentes edades [...] aparte somos todos muy diferentes, porque somos todos muy diferentes y me gusta (mujer, 15 años).

Percepción acerca de modificaciones encontradas a partir de su participación en el Programa en cuanto a su proyecto educativo. Aun cuando muchos de ellos ya portaban una historia escolar, acercarse a la Universidad antes de finalizar sus estudios secundarios es sin duda una revalorización de sus proyectos educativos particulares.

No podemos asegurar a partir de los datos obtenidos que el Programa *per se* asegure la continuidad de los estudios en el nivel superior, pero es muy significativo que reconozcan que sus posibilidades de formación se extienden más allá de sus expectativas y de los límites que en muchos casos la sociedad les imponen. Comienza a aparecer en sus relatos la idea de seguir estudiando o perfeccionarse para luego “trabajar de lo que les guste”, como uno de los adolescentes nos dijo en una de las entrevistas.

Algunas reflexiones finales

Los aportes de la psicología evolutiva, que se ocupa del estudio de los procesos de cambio psicológico que ocurren a lo largo de la vida humana, tales como los procesos de crecimiento, desarrollo y expectativas vitales significativas, permiten establecer cómo esos cambios guardan relación con tres grandes factores: la etapa de la vida en que la persona se encuentre; las circunstancias culturales, históricas y sociales en la que su existencia transcurre; y las experiencias particulares privativas de cada uno y no generalizables a otras personas.

El primero de estos factores introduce una homogeneidad entre todos aquellos seres humanos que se encuentren en una determinada etapa (por ejemplo niñez, adolescencia, jóvenes, adultos y adultos mayores); el segundo introduce una cierta homogeneidad entre quienes tienen en común vivir en una misma cultura, en el mismo momento histórico y dentro de un determinado grupo social; y el tercero introduce factores idiosincrásicos que hacen que el desarrollo psicológico, a pesar de presentar semejanzas de unas personas a otras, sea un fenómeno irrepetible que no ocurre de la misma manera en dos sujetos distintos.

En este sentido, y de acuerdo a lo planteado por Isabel Asquini y Graciela Nejamkis (2008) cuando uno ingresa a un lugar por primera vez se hace muchas preguntas, proyecta acciones, se incorpora a lo proyectado, imagina... Iniciamos un camino que sería nuestro presente hacia los demás y arribar con bien allí sería nuestro desafío. Desde nuestro rol como coordinadores de acciones tendientes a fomentar el desarrollo de proyectos educativos articulados con la promoción del desarrollo social y cultural, no es posible dejar de atender que nos encontramos frente a adolescentes y jóvenes que comienzan una etapa de trabajo con muchas significaciones relacionadas con el ingreso a un mercado laboral desconocido o amenazante, con características diferentes en muchos casos, y a la que nosotros los edu-

cadoreos debemos tender puentes y darles la bienvenida a estos nuevos modos de organización que requieren capacidad de adaptación y plasticidad.

El Programa intenta sortear este obstáculo, lo cual no siempre es logrado. Al respecto se puede decir que, como sucede en la mayoría de los espacios de formación, existe un desgranamiento del veinte por ciento de la inscripción inicial. Tal vez la institución universitaria todavía no sea del todo amigable con estos adolescentes. Esto no deja de interrogar a quienes somos parte de la gestión y ejecución del Programa. Ello requiere un trabajo continuo de reflexión acerca de lo que falta o aún no ha sido posible descifrar para que este porcentaje se vea reducido paulatinamente.

Asimismo, es importante preguntarse ¿Qué función cumplimos? ¿Para qué estamos? ¿De qué manera facilitar el acceso a esta nueva “cultura” y a las exigencias del mercado? Una posible respuesta y una tarea fundamental es producir acercamientos, integrarnos a los grupos, conocerlos, saber qué intereses tienen, qué implicancia tiene el contexto en todo esto, cómo se expresan verbalmente desde el cuerpo, desde sus gestos, su manera de vinculación con pares y docentes. Es decir, atenderlos, tener y generar expectativas respecto a sus logros, capacidades e intereses.

Bibliografía citada

Asquini, I. y G. Nejamkis (2008). “¿Por qué vale la pena una práctica entre varios?”, en *Dirigir las escuelas primarias hoy. Avatares de la autoridad pedagógica*. Centro de Pedagogías de Anticipación, Ministerio de Educación, Ciudad de Buenos Aires. Disponible en http://www.cerpe.org.ve/tl_files/Cerpe/contenido/documentos/Calidad%20Educativa/Dirigir%20escuelas%20primarias%20hoy.pdf [consulta, abril de 2019].

Azubel, A. (2009). “El vínculo educativo bajo transferencia”. Curso Psicoanálisis y Prácticas Socioeducativas, clase 8, FLACSO.

INDEC (2010). Censo Nacional de Población, viviendas y hogares. Disponible en https://www.indec.gov.ar/censos_provinciales.asp?id_tema_1=2&id_tema_2=41&id_tema_3=135&p=06&d=434&t=3&s=0&c=2010 [consulta, abril de 2019].

Vasco Uribe, A. (1987). “Estructura y proceso en la conceptualización de la enfermedad”. Taller Latinoamericano de Medicina Social, Medellín, Colombia.

Bibliografía consultada

- Martín-Barbero, J. (2002). “Jóvenes, comunicación e identidad. Pensar Iberoamérica”. Revista de Cultura de la OEI, 0. Disponible en <http://www.oei.es/pensariberoamerica/ric00a03.htm> [consulta, abril de 2019].
- Menéndez, E. (2010). *De sujetos, saberes y estructuras. Introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva*. Buenos Aires: Lugar.
- Micele, C. (2013). “Capacitación e intervenciones educativas concretas con niños y adolescentes”, en M. Lischetti (comp.), *Universidades Latinoamericana. Compromiso, praxis e innovación*. Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Buenos Aires.
- Moyano, S. (2009). “Los contenidos educativos: bienes culturales y filiación social”. Curso Psicoanálisis y Prácticas Socio educativas, Clase 9, FLACSO.
- Nuñez, V. (2006). “Violencia en niños y jóvenes: una lectura desde la pedagogía social”. Apuntes de clases.
- Nuñez, V. (2009). “La pedagogía social. Una apuesta educativa que propone modalidades de vínculo social, nuevas maneras de repartir el juego social y de atender las responsabilidades públicas en épocas de retracción del Estado”. Apunte de clase.
- Núñez, V. y T. Planas (1997). “Áreas de trabajo educativo”, extracto de “La educación social especializada. Historia y perspectivas: una propuesta metodológica” en A. Petrus (coord.), *Pedagogía social*. Barcelona: Ariel.
- Tizio, H. (2003). “El dilema de la instituciones: segregación o invención”. Presentación, VII Stage de Formación Permanente, Los vínculos con la cultura, Grupo de Investigación sobre Psicoanálisis y Pedagogía, Barcelona.

Formación universitaria en salud mental. Adecuación de los planes de estudio vigentes a las Recomendaciones a las Universidades relacionadas con el artículo 33° de la Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones (N° 26.657)

María Marcela Bottinelli, Mariela Nabergoi, Sergio Remesar,
Francisco Díaz, Patricia Vila, Daniel Frankel, Andrea Albino,
Carolina Maldonado, Cecilia Garzón y Sonia Olmedo

Introducción

El objetivo de esta presentación es describir algunos hallazgos realizados en la línea de investigación “Formación universitaria en Salud Mental. Adecuación de los planes de estudio vigentes a las Recomendaciones a las Universidades relacionadas con el artículo 33° de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657”, realizada en el período 2017-2018 en la Universidad Nacional de Lanús por el equipo dirigido por la doctora María Marcela Bottinelli. Se caracterizaron las universidades y carreras de Derecho, Enfermería, Medicina, Trabajo Social, Psicología, Psicopedagogía y Terapia Ocupacional que se dictan en universidades e institutos universitarios de gestión estatal y privada. En esta presentación se pone especial énfasis en el tratamiento de la efectivización del derecho a la salud en el contexto de la protección integral del derecho de la niñez y las adolescencias.

La Ley Nacional de Salud Mental (N° 26.657/2010) recupera la perspectiva de derechos superando el paradigma tutelar y el estigma de encierro-peligrosidad-locura-medicalización de los padecimientos, promoviendo la salud integral e incorporando una perspectiva de salud mental comunitaria. Del proceso de implementación de la Ley y siguiendo el proceso participativo previo, surgieron las Recomendaciones para Universidades (MSAL, 2014) que señalan la necesidad de orientar de forma integral los contenidos de los procesos de formación de los futuros profesionales recomendando la adopción del enfoque de derechos, la inclusión social y la interdisciplina como ejes transversales para la formación, extensión e investigación. Las mismas fueron operativizadas en articulación entre el Ministerio de Salud y el Ministerio de Educación, con la participación

de los directores de las carreras implicadas de universidades públicas y privadas del país. Dicho trabajo colectivo fue plasmado en el documento “Lineamientos para la mejora de la formación de profesionales en Salud Mental” (MSAL, 2015). El documento se dirige a las universidades, dado que en estas, así como en las instituciones de educación superior, es donde los profesionales adquieren las capacidades necesarias para desempeñarse en un determinado campo con cierto nivel de capacidad técnica, con base en una oferta educativa articulada con las necesidades sociales y culturales de la comunidad en la que se inserta (Jaramillo, 2005; Samaja, 2003).

El seguimiento y evaluación de políticas públicas brinda herramientas que permiten analizar en qué medida se expresan las propuestas y los marcos normativos que garantizan los derechos, en las acciones y contextos concretos en los que deben plasmarse. En este sentido, esta investigación se propone como objetivo central caracterizar la adecuación de los planes de estudio vigentes de carreras universitarias de grado implicadas en el campo de la salud mental del área metropolitana, respecto de las Recomendaciones a las Universidades relacionadas con el artículo 33° de la Ley Nacional de Salud Mental expresadas en los lineamientos para la mejora de la formación de profesionales en salud mental.

Se propuso para ello un diseño metodológico exploratorio-descriptivo. Paralelamente, en el proyecto se inscriben tesis de maestría y doctorado, dos de las cuales amplían el análisis de los perfiles de graduados en las carreras de Psicopedagogía y Terapia Ocupacional.

En cada una de las carreras universitarias se rastrearon los planes de estudio, los documentos oficiales afines (resoluciones ministeriales, resoluciones de Consejo Superior y resoluciones modificatorias, así como informes de evaluación de la Comisión Nacional de Evaluación y Acreditación Universitaria (Coneau) referidos al Art. 43 de la Ley de Educación Superior [N° 24.521/1995] en las carreras alcanzadas por dicha resolución) y materiales de difusión de las carreras. Se sistematizó una base de datos para la descripción básica de las carreras respecto de variables como: años de duración, cantidad de horas, cantidad materias, tipo de institución, presencia de materias que incluyeran los términos “salud mental”, mención a la Ley o a sus términos centrales, y presencia de prácticas preprofesionales, tanto en sus denominaciones como en sus contenidos mínimos, entre otros ejes de indagación.

En todos los casos se observa la formación de los profesionales en relación a las distintas etapas y dimensiones de la vida. En esta presentación nos

proponemos reflexionar sobre los aspectos que focalizan en el abordaje de los niños, niñas y adolescentes.

La indagación de las competencias explícitas e implícitas que se atribuyen a una profesión se expresan en los planes de estudio o programas de enseñanza, que compilan el conjunto de saberes, prácticas y valores que las instituciones educativas se proponen transmitir a los estudiantes respecto de las funciones que le fueron asignadas. Estos programas constituyen los principios básicos que organizan y regulan el proceso de formación. En este sentido, lo esencial del proceso formativo radica en la incorporación de un orden (a la vez lógico y social) que produce marcos regulatorios de la experiencia posterior y adquiere la capacidad de generar sistemas de pensamiento y de acción en contexto (Squires, 2002; Bottinelli, 2010). De este modo, la posibilidad de corporizar y sensibilizar al futuro profesional en relación a las particularidades de la niñez y la adolescencia, así como a los marcos normativos que resguardan la integridad de sus derechos, en este caso los referidos particularmente a su salud/salud mental, tiene lugar durante su trayecto formativo.

Por otra parte, desde el marco referencial de la evaluación o investigación evaluativa en el campo de la salud y de los sistemas de salud, se resalta que la comprensión de dicho campo no debiera ser considerado sólo como un conjunto de acciones, normas y personas relacionadas con la atención de la salud individual y colectiva, sino también como “el conjunto de relaciones políticas, económicas e institucionales responsables por la conducción de los procesos relativos a la salud de la población, expresados en organizaciones, normas y servicios, cuyo objetivo es alcanzar resultados consistentes con la concepción de salud prevalente en la sociedad” (Lobato, citado en Bottinelli, 2013: 15).

En este marco contextual, la evaluación de currículos en el ámbito de la formación de profesionales de la salud constituye un insumo riquísimo para la gestión y la toma de decisiones, particularmente por el alto impacto social en la instalación de políticas de salud integral de los niños, niñas y adolescentes con perspectivas de derechos, en nuestra investigación especialmente las referidas al campo de la salud mental. Por todo lo anterior, nos propusimos indagar acerca de la adecuación de los planes de estudio vigentes de carreras universitarias de grado implicadas en el campo de la salud mental del área metropolitana a las recomendaciones y lineamientos antes señalados.

Diversos autores nacionales e internacionales como Mario Testa, Isaac Levav, Jorge Rodríguez y Benedetto Saraceno explicitan las dificultades inherentes a todo proceso de implementación de cambios en el campo de la salud mental, particularmente cuando estos se enmarcan en cambios paradigmáticos en las concepciones de salud, enfermedad, atención y cuidado. Asimismo, señalan la importancia de realizar investigaciones tanto cualitativas como cuantitativas que permitan sistematizar experiencias, explorar, describir, comparar, explicar y comprender dicha complejidad, promoviendo la producción de conocimientos validados y fundamentados que permitan sostener los cambios, y aportar insumos para la implementación y la toma de decisiones necesarias garantizando la equidad, universalidad e integralidad de las acciones y propuestas. De acuerdo con Emiliano Galende (2008), la creación de condiciones de posibilidad de un proceso de reforma en lo programático requiere un cambio disciplinario que supone la inclusión de otras disciplinas como momento interdisciplinario, pero que debe tender hacia la conformación de un campo transdisciplinario común capaz de constituirse como campo teórico y cuerpo de prácticas sistematizado, con coherencia epistemológica y metodológica, resultado de la imbricación de las distintas disciplinas de origen de los profesionales y superador de las mismas (Bottinelli, 2013). Los colectivos profesionales son todavía hoy uno de los principales obstáculos a la reforma en SM en el mundo, tanto por su resistencia al cambio como por la inadecuada formación que suelen recibir para este tipo de abordajes (Saraceno *et al.*, 2007).

Al analizar la propuesta formativa, tal como se expresa en un documento curricular, interesa considerar la organización del mismo, por su potencia estructurante de los marcos interpretativos, la reflexión y las prácticas posteriores.

En tanto texto pedagógico, los planes de estudio materializan y condensan complejos procesos de selección y jerarquización cultural. Desde esta perspectiva, los planes de estudio son dispositivos que operan cristalizando y legitimando la apropiación, desubicación y reubicación de textos entre el campo de producción intelectual y la enseñanza. Esta conceptualización se apoya en la teoría social de los campos de Pierre Bourdieu. Los campos son “espacios estructurados de posiciones” que se definen por aquello “que está en juego” y por lo intereses específicos y, fundamentalmente, “la estructura del campo es un *estado* de la relación de fuerza entre los agentes o las instituciones que intervienen en la lucha” (Bourdieu, 1990: 136). La relación diferencial de fuerzas entre los diversos agentes del campo se explica por la desigual distribución de capital específico que, además, legitima

el monopolio de la autoridad específica. El análisis y la transformación de la formación es una cuestión donde se “ponen en juego” intereses y relaciones de poder que no pueden ser ignoradas. Desde este enfoque consideramos que las propuestas formativas ofrecidas en los planes de estudio vigentes son una expresión de las relaciones de fuerza que existen entre los diferentes actores del campo de la salud mental. De las recomendaciones y lineamientos del Artículo 33 de la Ley Nacional de Salud Mental surgen propuestas afines a una política nacional de articulación intersectorial para promover y sostener el nuevo marco normativo de defensa de derechos. En el marco de los cambios de gobierno y las políticas en el área, el reposicionamiento de actores muestra las continuidades o rupturas que se registran entre la oferta formativa para los profesionales del área y los consensos logrados y propuestos para la implementación de la Ley, que deben ser valorados, comprendidos y abordados como expresión de la fortaleza y debilidad relativa, de cada uno de los sectores involucrados, para hacer prevalecer sus opciones.

El marco normativo vigente incorpora la inclusión de la salud como derecho así como un entramado de leyes, decretos y adherencia a marcos normativos internacionales que incluye las recomendaciones internacionales más importantes e innovadoras en salud mental, como los referidos en los Principios para la Protección de las personas con Enfermedades Mentales y para el Mejoramiento de los Servicios de Salud Mental, la Declaración de la Asamblea de Naciones Unidas sobre Principios para la Atención, la Declaración de Caracas, la Conferencia Regional de Brasilia y el Consenso de Panamá. Asimismo, incluye antecedentes desde discapacidad (como la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de la Organización de las Naciones Unidas); derechos humanos y salud (como la Declaración de los Derechos Humanos de la Organización de las Naciones Unidas; el Convenio Internacional sobre Derechos Políticos y Civiles; el Convenio Internacional sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales; la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre; el Tratado o Convención Americana sobre los Derechos Humanos; y la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño). En todos ellos se resalta que las transformaciones en el campo requieren de cambios en la formación de los profesionales y en las representaciones sociales sobre la salud-enfermedad-atención y cuidado (Bottinelli, 2013).

La complejidad del campo de salud mental incluye discusiones y tensiones –relevadas en investigaciones previas y sintetizadas en la tesis doctoral de

María Marcela Bottinelli (2013)– que se entran a nivel conceptual, de planes, políticas y programas, a nivel de las leyes y normativas, de la formación de profesionales, y de las prácticas concretas en el territorio (que incluyen el registro, sistematización, uso y valoración de los datos en salud). Estos atravesamientos desdibujan, opacan e invisibilizan diversos aspectos del campo. Entre las discusiones y tensiones que se plantean actualmente se destacan la intención de la reorganización del esquema tutelar y manicomial, la medicalización y la reducción de los padecimientos mentales a explicaciones orgánicas que se contraponen a los principios sostenidos en la Ley N° 26.657. De este modo evidencian la contraposición entre dos paradigmas, cuyos atravesamientos se incluyen en el debate académico respecto a la vigencia de la Ley y de los planes curriculares con los que se forman los futuros profesionales que requieren de herramientas conceptuales, procedimentales, actitudinales y valorativas específicas para promover los lineamientos que sostiene la Ley.

Estas tensiones y atravesamientos hacen que muchas veces la infancia quede invisibilizada y los conocimientos y prácticas sobre el resguardo de sus derechos queden en situación irregular (Bottinelli, 2018).

Resultados preliminares

Si bien los planes de estudio de todas las carreras son información pública, el acceso a dichos documentos ha sido dispar. No todas las resoluciones ministeriales disponibles cuentan con el anexo donde consta la información completa, en la mayoría de los casos contienen sólo el esquema curricular, al igual que la información a la que se puede acceder desde las páginas web de las universidades, y en algunos casos, incluso siendo un documento público, algunas unidades académicas las tratan como información confidencial.

Se analizaron documentos de 25 carreras de Abogacía, 22 de Enfermería, 17 de Psicología, 12 de Medicina, y 11 de Trabajo Social de universidades e institutos universitarios de gestión estatal y privada del Área Metropolitana de Buenos Aires. Se excluyeron las modalidades a distancia y los ciclos de complementación curricular. De dicho corpus, la única carrera que no es acreditada aún por los estándares establecidos por el Art. 43 de la Ley de Educación Superior es Trabajo Social. En los casos en que sí son alcanzados el Art. 43, se incluyó asimismo un análisis de los estándares aprobados re-

lacionados con el Art. 43, que constituyen la referencia para la adecuación de las carreras a nivel nacional.

Todas las disciplinas analizadas se encuentran implicadas en intervenciones relacionadas con salud mental y derechos humanos en las infancias y adolescencias.

La mayoría de las carreras cuentan con horas de prácticas preprofesionales pero no especifican generalmente cuántas de ellas corresponden a salud mental.

Respecto de la proporción de horas asignadas al campo de la salud mental, hallamos diferencias relevantes según la universidad para una misma carrera en el porcentaje de horas de las asignaturas, específicamente respecto de la carga horaria total (horas teóricas y prácticas). Por ejemplo, en las carreras de Medicina, una tiene 10% de horas de asignaturas en salud mental respecto de la carga horaria total, a diferencia de otra que presenta un 4,66%.

En todas las carreras se realizó además una búsqueda por contenidos que refieran puntualmente a los términos de “niño”, “niña”, “niñez”, “adolescencia”, “infancia”, “juventud”, “juventudes”; que al mismo tiempo fueron cruzadas con los términos de “salud mental”, “psiquiatría”, “psicología”, “derechos”. En virtud de los primeros hallazgos se fueron incluyendo nuevos términos en la búsqueda tales como: “etapas”, “ciclos vitales”, “familia”, “trastornos”, “adicciones”, y otros que fueron emergiendo de lo propio de la organización de los planes de cada disciplina, que eventualmente permitieron ampliar los resultados. A continuación se presentan los principales hallazgos por disciplina.

Acerca de la formación en Psicología

En la carrera de Psicología, en el análisis de los contenidos curriculares básicos, la carga horaria mínima, los criterios de intensidad de la formación práctica y los estándares para la acreditación de la carrera correspondiente al título de Licenciado en Psicología relacionados con el Art. 43 de la Ley de Educación Superior (Resolución 343/2009) observamos que no se encuentran referencias específicas a la problemática de la salud mental en niños, niñas y adolescentes. Sin embargo, en las actividades reservadas para el licenciado en Psicología y psicólogo se menciona, en el campo jurídico-forense, “intervenir en los aspectos psicológicos de las problemáticas de mi-

noridad”. La mención a “minoridad” hace referencia a una concepción enmarcada dentro del modelo tutelar no acorde a la perspectiva de derechos que promueve la Convención Internacional de Protección de Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes. También se hace mención a la intervención del psicólogo en todo lo concerniente a los aspectos estrictamente psicológicos en el área educacional y procesos psicológicos y psicopatológicos a lo largo del ciclo vital.

En relación con los planes de estudio, en los contenidos mínimos de las asignaturas de la carrera de Psicología se puede observar que en pocos planes se menciona en la nominación de las materias a niños, niñas y adolescentes, con excepción de las materias de *Clínica de niños y adolescentes*, *Psicología evolutiva de la niñez* y *Psicología evolutiva de la adolescencia*, en algunos planes, mientras que en otros esta referencia se hace en los contenidos mínimos de la materia *Psicológica clínica*.

Por otro lado, en los contenidos mínimos especificados por los programas algunas materias definen el abordaje de la temática. Por ejemplo, en algunos casos en la materia *Psicopatología I* se menciona “trastornos de la niñez y de la adolescencia”, y en *Técnicas de exploración psicológica* o *Teoría y técnica de exploración psicológica y diagnóstico* se mencionan aquellas técnicas específicas para niños, niñas y adolescentes. En las materias como *Desarrollo psicológico I* se especifican contenidos vinculados al desarrollo de niños y niñas, y en *Desarrollo psicológico II* se mencionan contenidos vinculados a adolescencia y crisis vitales. Materias como *Terapia gestáltica*, *Abordaje familiar* y *Violencia familiar* hacen mención a intervenciones específicas vinculadas a niños y adolescentes. Por otra parte, en la materia *Teoría y técnica de exploración psicológica I y II* se mencionan los contenidos mínimos vinculados a niños, niñas y adolescentes. Asimismo, todos los planes de estudios relevados mencionan a las materias *Psicología educacional* y/o *Orientación vocacional*.

En ninguno de los contenidos mínimos de las materias se hace mención a la Convención Internacional de Protección de Derechos de los niños, niñas y adolescentes. En el único plan correspondiente a una universidad de gestión estatal de esta carrera, en la materia *Psicología, ética y derechos humanos*, si bien no se detallan entre los contenidos mínimos temas referidos a niños, niñas y adolescentes, se ofrecen prácticas vinculadas al tema en el Hospital del Niño de San Justo (La Matanza), Comité de Bioética, Consejo de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes y Centro de Atención Transitoria del Consejo de Derechos Niño, Niñas y Adolescentes.

Acerca de la formación en Enfermería

En los estándares relacionados con el Art. 43 de la Ley de Educación Superior para la carrera de Enfermería, los contenidos curriculares mínimos están organizados por áreas: profesional, biológica y socio-humanística. Dentro del área profesional se encuentra la sub-área específica de Enfermería del Niño y Adolescente. Si bien en el desarrollo de los contenidos no se encontró explícitamente el término “salud mental en niños, niñas y adolescentes”, se identifican claras referencias al concepto en temáticas que abordan la problemática desde la perspectiva de derechos, partiendo del concepto de prevención, promoción de la salud y no desde la enfermedad. Es así que, por ejemplo, en la sub-área Enfermería Materno infantil se refieren a la “promoción de la estimulación temprana y desarrollo psicoafectivo de los niños” y en la de Enfermería del Niño y el Adolescente se mencionan “promoción y protección de los derechos de los niños y apoyo a la familia: asesoramiento y promoción”, “espacios de escucha para adolescentes” y “servicios locales de protección de derechos”. En la de Enfermería Comunitaria se hace especial énfasis en la promoción y protección psicosocial de familias y comunidades. Y en el área socio-humanística se incluyen “condicionantes y determinantes de la salud mental de las personas, familia y comunidad” y al “ser humano: etapas evolutivas”. Se observa que cuando se encuentran referencias explícitas a los términos “salud mental” y “niños, niñas y adolescentes”, no se encuentran articulados entre sí. Esta misma disposición se puede observar en los contenidos mínimos de las asignaturas de los planes de estudio de la carrera de enfermería en las distintas universidades.

Se describen a continuación los entrecruzamientos más específicos que se hallaron.

En una universidad pública se incluye en el plan de estudios la asignatura *Enfermería en el cuidado del niño, niña y adolescente*, se incluyen como contenidos “políticas para la niñez y adolescencia”; “legislación vigente de promoción y protección de los derechos de niños, niñas, adolescentes y de apoyo a la familia”; “estructuración del tiempo en los niños, niñas y adolescentes”; “aprendizaje y desarrollo de las competencias para la crianza”; “espacios de escucha y asesoramiento para adolescentes”; “promoción y protección de la salud escolar; intervención de enfermería, programas de juego y la escolarización en el hospital”; “actividades de promoción de los derechos de los niños, niñas y adolescentes (talleres, grupos de crianza, asesorías, juegotecas, otros)”; entre otros.

En otra universidad pública, en la asignatura *Psicología y desarrollo humano*, se incluye la “familia y desarrollo de la personalidad (mirada sistémica)”;

“conductas adolescentes: síndrome normal de la adolescencia”; “importancia de los ciclos vitales y las crisis que emanan de ella”. En otra universidad, en la asignatura *Enfermería materno infantil* se incluye entre los contenidos mínimos “aspectos fisiológicos y psicológicos de los padres y el niño sano”; “promoción de la estimulación temprana y desarrollo psicoafectivo de los niños”; y en *Enfermería del niño y el adolescente*, “el campo de la niñez, la adolescencia y la familia”; “políticas para la niñez y la adolescencia”; “promoción y protección de los derechos de los niños y apoyo a la familia: asesoramiento y promoción”; “espacios de escucha y asesoramiento para adolescentes”. Para la misma asignatura otras universidades presentan contenidos similares.

En general, en los diferentes planes de estudio se hace referencia a los ciclos vitales, al abordaje de las problemáticas psicosociales de la familia, a la problemática del embarazo adolescente, al enfoque de la promoción, prevención y cuidado desde una perspectiva de derechos. Es de destacar que en los contenidos de algunos planes de estudio aparece de forma explícita la Ley de Salud Mental; por ejemplo, en una universidad pública, en la asignatura *Enfermería en salud mental comunitaria* se explicita en sus contenidos mínimos “el proceso de la reforma en salud mental a nivel internacional y nacionales de desmanicomialización. Ley 26.657 de Salud Mental”.

Acerca de la formación en Trabajo Social

En Trabajo Social, en general, en los planes con los que se contó, los temas relacionados a niñez, infancia, adolescencia se encuentran en materias relacionadas a temas de derecho, políticas públicas, educación, salud y psicología. En algunos casos relacionadas a la problemática de la discapacidad.

En todos los planes las materias *Derecho, Derecho del Trabajo y Seguridad Social, Derecho Civil: infancia, jóvenes, familia, salud mental* tienen en sus contenidos explícitamente temas relacionados a infancia y adolescencia, especialmente referidos a las normativas de los derechos del niño, y mientras que en materias como Educación o Salud, según los contenidos que desarrollan (educación primaria, secundaria, terciaria, especial) y la bibliografía que enuncian, es específica de infancia y de políticas públicas para problemáticas de la niñez, por lo que es esperable que en los programas existan unidades temáticas relacionadas. En algunos planes de estudio las

materias de educación, como ámbito de intervención profesional, hacen mención a educación especial. Las problemáticas adolescentes que aparecen dentro de los contenidos mínimos están relacionadas a las adicciones y embarazo adolescente.

En cuanto a salud mental e infancia y adolescencia, aparecen en los contenidos de materias como *Psicología evolutiva, salud y ciclos Vitales*, con contenidos como violencia familiar, vinculación de la salud con los factores sociales, culturales y económicos, como así también las políticas públicas relacionadas a estos temas, si bien los contenidos mínimos no incluyen los términos específicos “niñez, infancia, niños, adolescente, niñas” abarcan proceso de socialización, proceso y etapas evolutivas en la conformación de la personalidad y es explícita la perspectiva de género.

Hay materias con contenidos relacionados a familia desde derechos humanos y ciudadanía, en los que podríamos suponer que se van a encontrar contenidos relacionados a niñez y adolescencia, pero que no están explícitos sino en forma general como “abordajes socio familiares”. En otros casos, en aquellas materias que abordan temas relacionados a la legislación vigente en temas de familia, niñez y adolescencia, se encuentran contenidos mínimos sobre: filiación, adopción, violencia familiar, tutela, guarda, curatela, patria potestad, emancipación. En general, en todos los planes las materias que toman el tema de niñez y adolescencia, tienen una perspectiva de sujeto de derecho. Asimismo en una materia, niñez aparece relacionada a salud mental y género en los contenidos mínimos.

Acercas de la formación en Abogacía

En las carreras de Abogacía, en los planes analizados es muy escasa la referencia a niños, niñas y adolescentes en las asignaturas y contenidos mínimos. En esta disciplina es fuerte la diferencia en las nominaciones relacionadas al paradigma tutelar; por ejemplo: menores e incapaces vs. las que implican perspectivas de derechos. Esto último se aborda especialmente en las materias relacionadas con, por un lado, los derechos de tercera generación, derechos humanos y lo relativo a la capacidad jurídica y, por otro, en el caso especial de los niños, niñas y adolescentes, en *Derecho de familia*. Esta materia se incluye como contenido curricular básico en los estándares relacionados con el Art. 43 de la Ley de Educación Superior, dentro del área de Derecho Privado. Sus contenidos en este documento incluyen

temas como: “derecho de familia: estado de familia. Acciones. Parentesco. Tendencias actuales, Matrimonio, Uniones convivenciales, Filiación, Adopción, Responsabilidad parental, Alimentos y Violencia doméstica”. En los planes analizados está incluida en varias de las carreras, aunque no en todas y en un caso de forma optativa. En otros casos se incluye como tema dentro de las materias *Derecho Civil* y *Derecho Romano*. Sólo en tres planes, todos de universidades públicas, se expresa explícitamente la perspectiva de derecho en sus contenidos, en contenidos mínimos como “derechos de las niñas, niños y adolescentes”, “el niño como sujeto de derecho”, “el sistema de promoción y protección de derechos”. En un caso se hace referencia explícita a la Convención de Niños, Niñas y Adolescentes en los contenidos mínimos, aunque llama la atención que aparece luego de una mención a los niños como “menores” (“Menores: Convención de los Derechos del Niño”); asociados a estos temas aparecen los conceptos de patria potestad, guarda, bienes de los menores y una mención a violencia familiar, cuya inclusión resulta de relevancia para la temática de salud mental y que, tal como se mencionó, fue incluida también en el documento para los estándares de acreditación. En otro caso se hace mención a los niños como grupo de derechos específicos, junto a las mujeres, ancianos y personas con discapacidad, dentro del Derecho Civil privado. Por otra parte, el derecho a la salud y la seguridad social es un tema que se trabaja como materia específica en algunos planes, o dentro de los derechos de tercera generación, en este marco se abordan los temas de asignaciones familiares, Asignación Universal por Hijo y los regímenes de Seguro de Salud y Obras sociales. En ningún caso se hace referencia directa en estas áreas de conocimiento a la salud mental. Esta es referenciada explícitamente sólo en algunos, cuando se hace referencia al sujeto del derecho, en particular en la cuestión de la capacidad jurídica.

Acerca de la formación en Medicina

De las carreras analizadas de Medicina que consignan los contenidos mínimos en sus planes de estudio y de las recomendaciones para dicha carrera que consigna el Art. 43, en su mayoría se abordan en referencia a las etapas del ciclo vital. Muchas materias incluyen contenidos desde una lógica de la patologización, como por ejemplo en una materia de Psiquiatría en la que figura “adolescencia normal y patológica [...] características psicovoluntivas. Conductas normales y alteraciones. Bulimia, anorexia” o bien

“adolescencia y consumo problemático de drogas” en la materia *Psicoadicciones*. No existen materias específicas a excepción de un solo plan de una universidad pública del conurbano en la que se halló la materia *Salud del Niño, Niña y Adolescente* cuyo objetivo incluye promover “hábitos de vida saludable para los pacientes y su familia”.

Acerca de la formación en Terapia Ocupacional

En Terapia Ocupacional la cuestión de la infancia se suele trabajar en una perspectiva de derechos de personas con discapacidad en general, aunque no siempre desde los documentos internacionales y nacionales sino indirectamente a través del modelo social de discapacidad y la Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad, que lo expresa. En lo que respecta a niños, niñas y adolescentes, aparecen materias específicas relacionadas con los ciclos vitales. Estas generalmente tienen un enfoque psicológico maduracionista, aunque hay algunas con enfoque de derechos, contextualizador y problematizador. En las materias troncales se trabajan perspectivas relacionadas con el desarrollo y con el juego, así como rehabilitación neuromotora y de integración sensorial, algunas veces con perspectiva comunitaria y otras con perspectiva institucional. Algunas de estas retoman determinantes sociales y perspectivas de derechos.

Acerca de la formación en Psicopedagogía

En Psicopedagogía la infancia suele presentarse desde la anomalía y al igual que en Terapia Ocupacional se describen los derechos de personas con discapacidad en general, aunque no siempre desde los documentos internacionales y nacionales sino indirectamente a través del modelo social de discapacidad y la Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad, que lo expresa. Se encuentran materias específicas relacionadas con los ciclos vitales desde una visión maduracionista, biologicista, poniendo el foco en las alteraciones y los trastornos del desarrollo. También hay asignaturas que presentan entre sus contenidos mínimos un enfoque de derechos, contextualizador y problematizador. En las materias troncales se trabajan perspectivas relacionadas con el juego desde su función cognitiva y simbólica, así como también rehabilitatoria. El diagnóstico de los problemas de aprendizaje en niños, niñas y adolescentes es crítico en tanto se suele sustentar en un marco epistemológico escindido, que deja por fuera la complejidad de los proce-

sos de aprendizaje desde una perspectiva ecológica del desarrollo humano. Los dispositivos para la intervención se muestran en algunos planes con una perspectiva comunitaria y otras desde la atención individual.

Palabras finales

El análisis del campo de la salud mental desde una perspectiva bourdiana nos permite identificar las tensiones y juegos entre los actores implicados. Desde las teorías del currículum Bernstein (1986) distingue tres contextos “cruciales” para el análisis del discurso, la práctica y la organización educativas: el contexto primario o ámbito de producción del discurso especializado; el contexto secundario, integrado por las agencias que realizan (o efectúan) la reproducción selectiva del discurso educativo; y el contexto de recontextualización en el cual se regula la circulación de los textos/prácticas entre el contexto primario y el secundario. Así, tanto en los procesos de decisión sobre la construcción de los planes como de los estándares, las propuestas particulares de cada universidad, los programas y docentes a cargo y las prácticas de enseñanza, pueden verse tensiones entre las lógicas e intereses de diferentes actores, niveles y dimensiones de análisis sociales, disciplinares, institucionales, políticos, económicos, personales, normativos, etcétera.

En función de lo relevado, la adecuación de los planes de estudios a las Recomendaciones del Art. 33 de la Ley de Salud Mental de las distintas carreras de las universidades, tanto de gestión estatal como privada, es dispar. En las carreras que se han incorporado recientemente al Art. 43 de la Ley de Educación Superior, encontramos una mayor adecuación a las Recomendaciones lo que no sucede en carreras donde los planes y/o los estándares acordados son anteriores a la Ley de Salud Mental.

Podemos observar que la salud mental en los niños, niñas y adolescentes es un tema específico escasamente abordado en los planes de estudio de las carreras analizadas, en particular desde la perspectiva de derechos. Si bien el abordaje de la niñez y las adolescencias varía según la disciplina, en los planes de estudio predominan aproximaciones desde la psicología y pediatría del desarrollo. Esto se pone en evidencia en las escasas referencias a la perspectiva de derechos, la Convención de Derechos de los Niños, y al abordaje desde la salud integral, protección de derechos y políticas públicas. Asimismo, no abundan aproximaciones en salud mental en niños, niñas y adolescentes que presenten en conjunto dichas conceptualizaciones, sino referencias a ambos temas por separado.

El análisis de la realidad es cambiante y los actores se repositionan en el “juego”. Los cambios de gobiernos, acciones y políticas en el campo, tanto de la salud como de educación, también repositionan y actualizan el planteo sobre la formación de los profesionales y las regulaciones del quehacer profesional, que quedan plasmados no sólo en los planes de estudio y en su aspecto más operativo los programas y el análisis de los curriculum (real, formal u oculto), sino también en las disposiciones y regulaciones sobre prácticas, dispositivos asistenciales, requisitos de formación, residencias, pasantías, creación de dispositivos sustitutivos, organización de sistema de salud. Estos repositionamientos y perspectivas serán los que proseguimos estudiando desde las perspectivas de los diferentes actores implicados en el proyecto Varsavsky, de la Universidad Nacional de Lanús, que da continuidad a este estudio. Esperamos así seguir contribuyendo a revisar la adecuación de la oferta académica actual y potencial en salud mental en niños, niñas y adolescentes en la región, y desarrollar propuestas de formación (actualización, adecuación y/o creación de carreras de grado, cursos de posgrado y capacitaciones específicas) que contemplen las necesidades y potencialidades territoriales en salud mental infantil comunitaria.

Bibliografía citada

- Bottinelli, M.M. (2010). “La tesis como proceso de evaluación e investigación: un problema actual. Dificultades y estrategias en el armado de tesis de estudiantes de posgrado”. Tesis de maestría en Metodología de la Investigación Científica (directora M. C. Chardón), Universidad Nacional de Lanús.
- Bottinelli, M. M. (2013). “Promoción y educación para la salud en los planes y políticas de Salud Mental en Argentina” Tesis de doctorado en Salud Mental Comunitaria (director E. Galende), Universidad Nacional de Lanús.
- Bottinelli, M. M. (2018). “La perspectiva de derecho y las tensiones en la implementación de las normativas”, en S. Morici, G. Untoiglich y J. Vasen (comp.) *Diagnósticos y clasificaciones en la infancia*. Buenos Aire: Noveduc.
- Bourdieu, P. (1990). *Sociología y cultura*. México: Grijalbo.
- Galende, E. (2008). *Psicofármacos y salud mental. La ilusión de no ser*. Buenos Aires: Paidós.

- Jaramillo, A. (2005). “Presentación”, en C. Casali, A. Farber, G. Giangiacomo, G. Hernández y D. Toribio (comps.). *Cuestiones de educación superior*. Remedios de Escalada: Editorial de la Universidad Nacional de Lanús.
- MSAL (2014). “Recomendaciones para universidades públicas y privadas relacionadas con el artículo 33º de la Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones N° 26.657”. Argentina, Ministerio de Salud de la Nación.
- MSAL (2015). “Lineamientos para la mejora de la formación de profesionales en Salud Mental”. Argentina, Ministerio de Salud de la Nación.
- Samaja, J. A. (2003). **Epistemología y Metodología. Elementos para una teoría de la investigación científica**. Colección Temas. Buenos Aires: Eudeba.
- Saraceno, B., M. van Ommeren, R. Batniji, A. Cohen, O. Gureje, J. Mahoney, D. Sridhar y C. Underhill (2007). “Barriers to improvement of mental health services in low-income and middle-income countries”. *Lancet*, Series Global Mental Health.
- Squires, G. (2002). *Managing Your Learning*. Londres: Routledge Study Guide, Taylor & Francis Books.

Bibliografía de referencia

- Levav, I. (2013). “Una mirada sobre la Ley de Salud Mental 26657, desde la Convención de los derechos de las personas con discapacidad, diversos instrumentos de DDHH, recomendaciones OMS y OPS, fallos de la Corte Suprema de Justicia de la Nación y aportes de organizaciones civiles”. Presentación, III Jornada Internacional de Salud Mental, Facultad de Derecho, Universidad de Buenos Aires, 23 de abril.
- Rodriguez, J. (2009). “Situación actual de la salud mental en America Latina y el Caribe desde la perspectiva de la OPS/OMS. Retos y proyecciones”, en H. Cohen, *Salud mental y derechos humanos. Vigencia de los estándares internacionales*, Serie Representación OPS/OMS Argentina, 65.

Saraceno, B. (2013). “Una mirada sobre la Ley de Salud Mental 26657, desde la Convención de los derechos de las personas con discapacidad, diversos instrumentos de DDHH, recomendaciones OMS y OPS, fallos de la Corte Suprema de Justicia de la Nación y aportes de organizaciones civiles”. Presentación, III Jornada Internacional de Salud Mental, Facultad de Derecho, Universidad de Buenos Aires, 23 de abril.

Testa, M. (1989). *Pensamiento estratégico y lógico de programación (El caso de la salud)*. Buenos Aires: Lugar.

Testa, M. (2006). *Pensar en salud*. Buenos Aires: Lugar.

Marco normativo

Declaración de Caracas. Adoptada por aclamación por la Conferencia Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina, Caracas, Venezuela, 11 al 14 de noviembre de 1990

Ley Nacional N° 24.521 de Educación Superior. Disposiciones preliminares. Educación Superior. Educación superior no universitaria. Educación superior universitaria. Disposiciones complementarias y transitorias. Sancionada: julio 20 de 1995. Promulga parcialmente: agosto 7 de 1995.

Ley Nacional N° 26.657 de Salud Mental. Sancionada: noviembre 25 de 2010. Promulgada: diciembre 2 de 2010. Boletín Oficial de la República Argentina, 03/12/2010, año CXVIII, número 32.041.

Ley N° 26.378 de Aprobación de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y su Protocolo Facultativo. Sancionada: mayo 21 de 2008. Promulgada: junio 6 de 2008.

Principios Rectores para el Desarrollo de la Atención en Salud Mental en las Américas (Principios de Brasilia). Adoptados en la Conferencia Regional para la Reforma de los Servicios de Salud Mental: 15 años después de Caracas, 7 al 9 de noviembre de 2005.

Recomendación de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos sobre la Promoción y Protección de los Derechos de las Personas con Discapacidad Mental. Aprobada por la Comisión Interamericana de Derechos Humanos en su 111° período extraordinario de sesiones, el 4 de abril de 2001.

Apartado II

Investigaciones sobre líneas de trabajo

II-E. Desigualdad y exclusión social. Vulneración y restitución de derechos

En esta línea se convocaron investigaciones destinadas a indagar las problemáticas de salud mental en la niñez en su articulación con los procesos de exclusión y desigualdad propios de las transformaciones socio políticas actuales; como así también el estudio de la producción de padecimiento mental en la niñez desde campos específicos de abordaje tales como niños, niñas y adolescentes en situación de calle, en conflicto con la ley penal o en situación de encierro institucional.

También se incluyeron los análisis de la implementación de distintas políticas actuales enmarcadas en la legislación vigente (Ley Nacional de Salud Mental [N° 26.657] o la Ley de Protección Integral de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes [N° 26.061] en Argentina o sus pares en otros países latinoamericanos) en su capacidad de ampliar los márgenes de derechos de la niñez en el seno de los procesos de desigualdad crecientes que atraviesa esta franja etaria en la región.

Particularmente, interesaron las líneas de indagación relativas a las violencias institucionales tales como la institucionalización, las medidas coercitivas o la sobremedicación en su relación con la producción o incremento del sufrimiento psíquico en la niñez.

Todas las rutas llevan a... Descripción trans-institucional de internaciones de niños, niñas y adolescentes en hospitales públicos y privados de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Hernán Crespo Kaul, María Laura Folgar y Rosalía Muñoz Genestoux

Introducción

En el marco de nuestro lugar de trabajo, la Unidad de Letrados de Personas Menores de Edad Art. 22 de la Ley 26.657, de la Defensoría General de la Nación, ejercemos la defensa técnica y especializada prevista en los arts. 22 y 26 de la Ley Nacional de Salud Mental (N° 26.657/2010), de los niños, niñas y adolescentes que en su calidad de usuarios del servicio de salud mental atraviesan una internación (por salud mental o consumo problemático) en instituciones públicas y privadas (hospital monovalente, general, clínica, sanatorio o comunidad terapéutica) en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

El modo en que tomamos conocimiento de una internación es a través de una comunicación a la Unidad de Letrados vía fax o mail dentro de las 10 horas del ingreso del niño, niña o adolescente a la institución, o por cualquier otro medio. En ocasiones, hemos recibido llamados del Consejo de Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes, de familiares, través del expediente judicial, etcétera. A partir de ese momento, en el plazo de 24 a 48 horas, un letrado o letrada se constituye en la institución para tomar contacto personal con el defendido o defendida, teniendo como norte, desde el inicio, poner al niño, niña o adolescente en conocimiento de sus derechos y de la información que requiera; procurar que reciba el tratamiento que necesite, el más conveniente, que sea el menos restrictivo de sus derechos y en condiciones adecuadas; relevar su historia clínica –a saber, que se encuentre unificada, foliada, que las intervenciones del equipo tratante se registren a diario y que obre el consentimiento informado, etcétera–; que la internación no se prolongue innecesariamente y obtener la externación del niño, niña o adolescente, ya sea con el regreso al domicilio familiar o al dispositivo (hogar convivencial; hogar de atención especializada u hogar terapéutico) que se entienda pertinente; y propiciar su integración comunitaria.

Cabe destacar que el Art. 22 de la Ley N° 26.657 dispone que “la persona internada involuntariamente o su representante legal, tiene derecho a designar un abogado. Si no lo hiciere, el Estado debe proporcionarle uno desde el momento de la internación”, es por ello que nuestra intervención es de carácter subsidiaria, coherente con la naturaleza de nuestra intervención cuyo objetivo es garantizar que cuente con la “defensa técnica”. Desde la puesta en funcionamiento, el 1° de junio de 2012, hasta el 31 de diciembre de 2017 la Unidad de Letrados ha intervenido en 6.044 internaciones de niños, niñas y adolescentes. Trabajamos aproximadamente con 40 instituciones de la Ciudad de Buenos Aires.

El recorrido periódico por todas las instituciones que internan niños, niñas y adolescentes¹ nos enseña lecciones que ningún manual ni protocolo concibe. Es así, que nos encontramos habitualmente con muchas particularidades, falencias y parches que el sistema de atención y protección de la infancia no puede disimular. Sin embargo, son escasos los intentos por revelar o bien corregir las prácticas usuales o los modos de abordaje habituales. Los viejos, conocidos y poco aggiornados esquemas de tratamiento siguen siendo la única alternativa ante muchas desigualdades y vulneraciones. Pese a que nuestro campo de acción entrelaza el campo de la salud mental con el desarrollo social, la infancia, la protección de derechos y la educación, en muchos casos vemos que en la práctica cotidiana estas áreas suelen funcionar como compartimientos estancos, casi sin interconexiones eficaces.

Para el presente artículo nos propusimos investigar fundamentalmente aspectos relacionados con la procedencia y los abordajes terapéuticos previos de los niños, niñas y adolescentes que son internados por razones de salud mental y adicciones en el ámbito de la Ciudad de Buenos Aires.

Esta investigación surge como inquietud y necesidad a fin de poder indagar algunas hipótesis, plasmar observaciones y abrir el panorama para futuras investigaciones sobre esta población.

1 Ello, en el ejercicio de la función de la Unidad de Letrados de Personas Menores de Edad (art. 22 Ley 26.657) del Ministerio Público de la Defensa, que consiste en ejercer la defensa técnica –en los términos del Art. 22 de la Ley Nacional de Salud Mental 26.657/2010 y su reglamentación Dec. 603/13; art. 47 de la Ley N° 27.149; Res. DGN N°1451/11 y 516/12; art. 18 Principios ONU y art.41 del Código Civil– de los niños, niñas y adolescentes que en su calidad de usuarios del servicio de salud mental atraviesan una internación (por salud mental o consumo problemático) en instituciones públicas y privadas en la Ciudad Autónoma de Buenos (Ministerio Público de la Defensa, 2015).

Metodología

Como metodología de investigación realizamos un estudio descriptivo, transversal, sobre la casi² la totalidad de niños, niñas y adolescentes internados en instituciones del ámbito público y privado de la Ciudad por el plazo de una semana. Para ello, elaboramos una herramienta de análisis que releva en particular datos referidos a: demografía de la muestra, cantidad de internaciones, localidad de residencia o último domicilio, tipo de alojamiento previo y tratamientos o internaciones previas. Es importante destacar que obtenemos información mediante una triangulación metodológica, incorporando datos de tres fuentes: comunicaciones de internación, relevamiento de historias clínicas y entrevistas con niños, niñas y adolescentes, referentes familiares y profesionales involucrados. El período de análisis elegido fue una semana del mes de abril de 2018, incluyendo todas las internaciones en las que tuvimos intervención durante esa semana. Cabe señalar que, según la Ley 26.657 las internaciones por salud mental y adicciones deben ser comunicadas en un plazo de 10 hs. Dado que nuestra intervención comienza a partir de dicha comunicación, podemos afirmar que intervenimos en la totalidad de las internaciones comunicadas. Este punto tiene una salvedad y es que podrían existir internaciones en las que no intervenimos porque no fueron comunicadas, incumpliendo la Ley. Por otro lado, cabe destacar que este artículo representa el análisis inicial de una investigación en proceso. Hemos planteado para una segunda etapa realizar entrevistas a informantes claves sobre las dimensiones antes mencionadas en su experiencia actual y en su evolución histórica.

Resultados

En el período seleccionado se tomaron datos referidos a 159 internaciones de niños, niñas y adolescentes. Queremos enfatizar que este número de casos representa la totalidad de las internaciones comunicadas. Vale decir que fueron debidamente informadas en los términos de la Ley 26.657. Por otro lado, advertimos que en algunos casos no se pudieron recabar datos de todas las áreas exploradas. Se hará mención oportunamente en cada ítem respecto de ello.

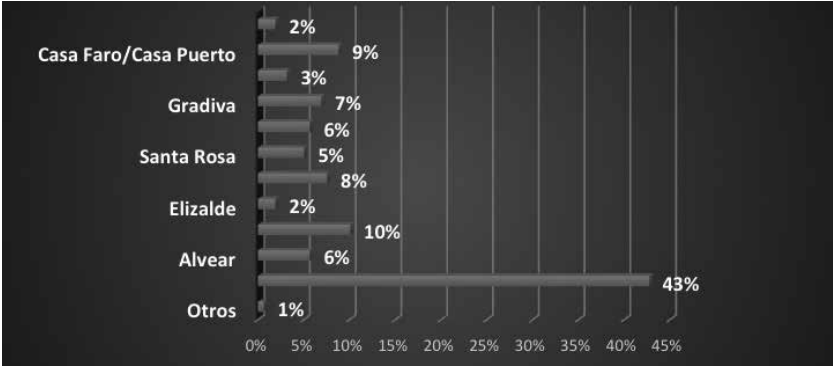
2 Hablamos de “casi” la totalidad, toda vez que nos referimos a las internaciones que fueron comunicadas debidamente por los hospitales, clínicas y/o comunidades terapéuticas.

En la muestra relevada la mayor parte de los casos corresponde al grupo de adolescentes, de entre 14 y 18 años, que representan el 83% del total, siendo el 53% entre 16 a 18 años y 27% de 14 y 15 años. En cambio, entre 11 y 13 años hay un 14% y entre 8 y 10 años un 3%.

En relación a la distribución referida a la identidad de género de los niños, niñas y adolescentes internados, observamos una leve predominancia de niños, de sexo masculino, con un 52%, mientras que un 48% fue de niñas, de sexo femenino. Cabe señalar que se indagó acerca de la presencia de niños, niñas y adolescentes cuya identidad de género autopercibida sea otra y en esta muestra no se halló ninguno.

En el sector público (hospitales o comunidades terapéuticas) se internaron el 72% de los casos, mientras que en el privado (clínicas o comunidades terapéuticas) el 28%. En el Gráfico 1 se observa la distribución de los casos investigados según las instituciones donde se internaron.

Gráfico 1. Distribución de los casos investigados según las instituciones



Podemos observar que, en la muestra general, el Hospital Tobar García reúne la mayor cantidad de las internaciones. Este 43% del total de internaciones representa a 68 niños, niñas y adolescentes internados en una semana en dicha institución. Dicha institución posee tres salas de internación (Mujeres, Varones y Niños menores de 12 años) que en total tienen 60 camas aproximadamente, por lo cual su ocupación es completa en el transcurso de una semana. Esto ocurre porque algunos niños, niñas y adolescentes fueron dados de alta en dicha semana y otros ingresaron en el mismo período.

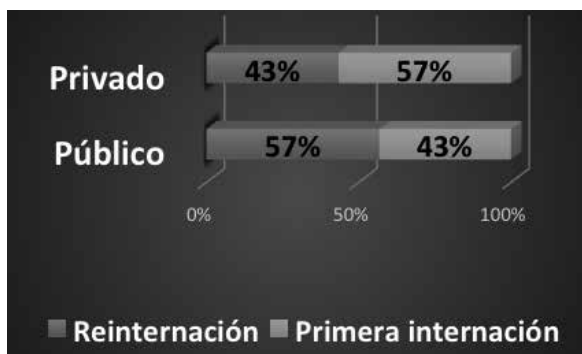
Si en cambio realizamos una discriminación, individualizando los recursos del sector público, observamos que, entre ambos hospitales monovalentes, se reparte el 67% de los casos (Hospital Tobar García 59% y Hospital Alvear 8%). En cambio, la distribución de niños, niñas y adolescentes en hospitales generales sólo llega al 21% de nuestra muestra (Hospital Gutiérrez, Elizalde y otros).

En el análisis del sector privado, la muestra se reparte principalmente entre tres instituciones. La Clínica Dharma tiene un 37% de las internaciones de niños, niñas y adolescentes, seguido de la Comunidad Terapéutica Gradiva, con un 26%, y la Clínica Santa Rosa, con un 19%. Vale la pena aclarar que en Gradiva el giro cama anual es muy bajo, a diferencia de las otras dos clínicas (Dharma y Santa Rosa). Otras clínicas tienen porcentajes menores de internaciones de niños, niñas y adolescentes.

Otro de los puntos investigados fue si la actual internación era la primera del niño, niña o adolescente, o bien si representaba una reinternación. Mientras que el 47% de las internaciones relevadas corresponden a internaciones de primera vez, en más de la mitad de los casos (53%) se trata de reinternaciones, observando un número muy alto de niños, niñas y adolescentes que tienen entre cuatro o más internaciones (15%).

Un dato llamativo surge de la discriminación y comparación de este punto entre el sector público y privado. Como vemos en el Gráfico 2, la relación entre internación y reinternación es exactamente inversa. En el sector público, son más frecuentes las reinternaciones.

Gráfico 2. Relación entre internaciones y reinternaciones en los sectores público y privado



En el siguiente ítem evaluado, obtuvimos que un 86% de los niños, niñas y adolescentes provenía de su domicilio familiar, mientras que un 8% se encontraba en situación de calle y el 5% restante venía de algún hogar.

Indagamos también acerca de los antecedentes previos a la internación. Más específicamente, sobre la realización de tratamiento previo, y el tipo de tratamiento y el tiempo que llevaban sosteniéndolo. En este punto cabe señalar que se buscaron datos referidos al tratamiento previo antes de la primera internación de la persona. En diez casos de reinternaciones no se pudo constatar si antes de la primera internación habían realizado tratamiento previo. Sin embargo, esta muestra sigue siendo representativa (149 casos) y nos resulta muy llamativo corroborar que antes de la primera internación un 42% de los niños, niñas y adolescentes no había realizado ningún tipo de tratamiento previo a su primera internación.

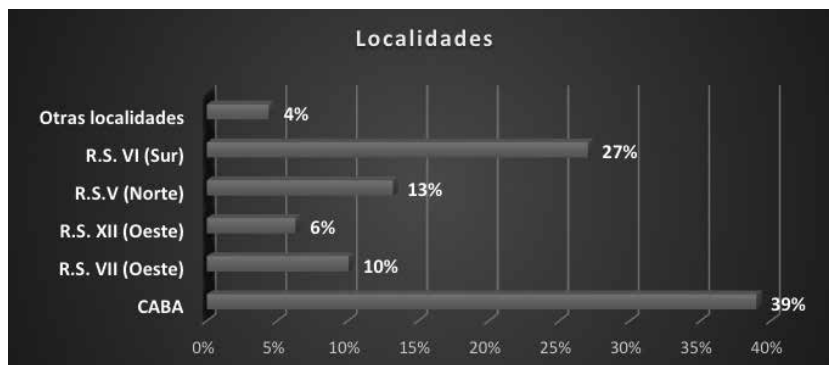
Al indagar acerca de qué tipo de tratamiento había realizado el 58% restante obtuvimos los siguientes datos. La mayor parte, un 62% de nuestra muestra, realizaba un tratamiento psicológico y psiquiátrico en forma ambulatoria, un 16% realizaba sólo tratamiento psicológico, el 11% realizaba Hospital de Día, un 7% sólo realizaba tratamiento psiquiátrico, mientras que un 2% concurrían a Centros Educativos Terapéuticos.

Por otro lado, indagamos acerca de si este tratamiento previo lo realizaban en la misma zona de residencia. Sobre un total de 87 casos obtuvimos información de 80, en los cuales el 86% realizaba tratamiento en su zona de residencia, mientras que un 14% restante lo hacía en otra zona.

Asimismo, indagamos sobre cuánto tiempo antes de la primera internación hacían tratamiento. El 33% de los niños, niñas y adolescentes llevaba menos de un año de tratamiento, siendo en su mayor parte tratamiento de algunas semanas, mientras que un 24 % había cumplido un año de tratamiento. Entre ambos datos, podemos reunir el 57% de los casos. La muestra se completa con un 15% de niños, niñas y adolescentes que llevaba dos años de tratamiento, un 8% con tres años de tratamiento, un 6% con 4 años de tratamiento, otro 6% con cinco años de tratamiento y un 8% con más de cinco años de tratamiento.

Por último, realizamos una caracterización de las localidades de procedencia de los niños, niñas y adolescentes internados en instituciones en la Ciudad de Buenos Aires. Como podemos observar en el Gráfico 3, la mayor parte de las internaciones (61%) en este distrito se corresponden de niños, niñas y adolescentes cuyo centro de vida es otro distrito.

Gráfico 3. Procedencia de los niños, niñas y adolescentes internados según la Región Sanitaria



En su mayor parte provienen del Conurbano Bonaerense, representado en el siguiente gráfico por las Regiones Sanitarias V, VI, VII y XII. Como se puede ver la Región Sanitaria VI, hacia el sur de la Ciudad es el lugar del que provienen un 27% de las internaciones, mientras que las regiones sanitarias XII y VII, de zona oeste, representan el 6% y 10% completando entre ambas un 16%. En cambio, de la Región Sanitaria V, de zona norte proviene el 13% de los casos.

Si hacemos un recorte diferenciando todos los casos provenientes del Conurbano Bonaerense observamos que los niños, niñas y adolescentes provenientes de la Región Sanitaria VI representan casi la mitad de los casos (48%), mientras que 29% provienen de las regiones sanitarias VII y XII y el 23% provienen de la Región Sanitaria V.

Por otro lado, discriminamos si fueron internados en el sector público o privado. Es así como observamos que en el sector público la mayor parte de las internaciones son de personas que provienen de la Región Sanitaria VI, de la zona sur del Conurbano Bonaerense, con el 51% de los casos, mientras que la zona oeste (regiones sanitarias VII y XII) agrupa el 34% y la zona norte (Región Sanitaria V) el 16% (Gráfico 4).

En cambio, en el sector privado la mayor parte de los niños, niñas y adolescentes provienen de la Región Sanitaria V, de zona norte (48%), la proporción de niños, niñas y adolescentes provenientes de Región Sanitaria VI, de zona sur, desciende al 38% y aquellos provenientes de las regiones sanitarias VII y XII, de zona oeste, al 15% (Gráfico 5).

Gráfico 4. Distribución de las internaciones en el sector público de acuerdo a la región sanitaria de origen del niño, niña o adolescente

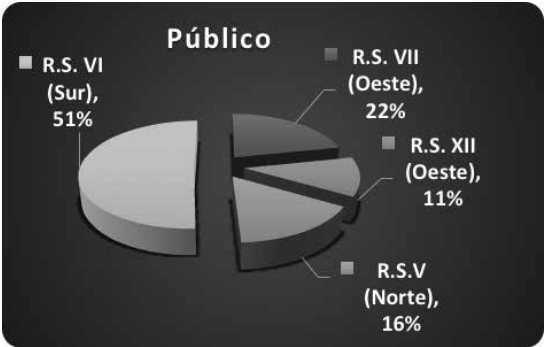
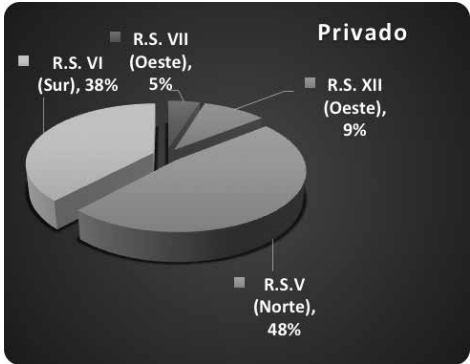


Gráfico 5. Distribución de las internaciones en el sector privado de acuerdo a la región sanitaria de origen del niño, niña o adolescente



Conclusiones preliminares

Luego de la descripción de nuestros resultados, queremos destacar algunas conclusiones preliminares para reflexionar sobre las prácticas actuales, cuestionar y volver a indagar en profundidad.

En nuestra muestra observamos una alta proporción de adolescentes que son internados por razones de salud mental y adicciones en la Ciudad de Buenos Aires, con una ligera predominancia de varones sobre mujeres. La mayoría de los y las jóvenes son internados en el ámbito público, incluso en casos donde cuentan con algún tipo de cobertura social.

Es imprescindible señalar, que una abrumadora mayoría de las internaciones se producen en el Hospital Infantojuvenil Monovalente en Salud Mental Tobar García. Dicha institución posee habitualmente una ocupación de sus camas prácticamente completa y en nuestra muestra se vio reflejado. En el ámbito privado, las internaciones se distribuyen entre más instituciones, pero la mayoría corresponden a la Clínica Dharma. Por otro lado, advertimos que, tanto en el ámbito público como privado, la mayor parte de las internaciones se realizan en instituciones monovalentes (Hospital Tobar García, Hospital Alvear, Clínica Dharma, Clínica Santa Rosa, Comunidad Terapéutica Grádiva, entre otras). Esto marca una sustancial diferencia con lo que propone la Ley 26.657 en relación a la implementación de internaciones en instituciones polivalentes y hospitales generales. Por otro lado, más de la mitad de las internaciones corresponden a reinternaciones, dando cuenta de la dificultad de sostener tratamientos ambulatorios eficaces en evitar dicha situación. En suma, estos dos últimos datos nos abren numerosas inquietudes acerca de la disponibilidad, el acceso y la eficacia de las alternativas terapéuticas ambulatorias disponibles, dado que son poco eficaces para evitar las internaciones e, incluso, tampoco evitan luego las reinternaciones.

El otro aspecto central de relevamiento en nuestra muestra era la proveniencia de los niños, niñas y adolescentes internados en la Ciudad de Buenos Aires. En su mayor parte, provienen del Conurbano Bonaerense, lo cual corrobora una de las presunciones iniciales de nuestra investigación y un dato conocido en nuestro medio. A su vez, se destaca que de este número de casos existe un marcado predominio de niños, niñas y adolescentes que provienen de zona sur; esto último resulta particularmente evidente discriminando el sector público. En cambio, si hacemos un análisis seleccionando el ámbito privado observamos que la relación se invierte y la mayoría proviene de la zona norte.

Discusión

Estos resultados preliminares confirman gran parte de nuestras presunciones iniciales y dan cuenta del modo en que se aborda el padecimiento mental de niños, niñas y adolescentes en nuestro medio.

Para ello, entendemos necesario en primer lugar destacar que, en diciembre de 2010 entró en vigor la Ley Nacional de Salud Mental N°26.657, que incorpora las recomendaciones de la Convención sobre los Derechos

de las Personas con Discapacidad y los estándares internacionales más modernos en el campo de la salud mental, arrojando como consecuencia la instalación de un nuevo paradigma jurídico de la protección integral de derechos de las personas con padecimiento en su salud mental y un viraje en la manera de abordar las problemáticas relacionadas a la salud mental y las adicciones.

Esta Ley, de orden público (art. 45) establece un “piso mínimo” de protección de los derechos a la salud y derechos humanos fundamentales de las personas que requieran atención en su salud mental en nuestro país.

Podríamos resumir los postulados de la ley en que “[...] Reafirma la condición de sujetos de derechos de las personas con padecimiento mental [...]; Reconoce el derecho a recibir la atención integral de la salud mental, mediante abordajes respetuosos de derechos a la integración a la comunidad, que tienden a mantener lazos sociales, familiares y laborales; Aclara el derecho a que los tratamientos en salud mental sean guiados por el derecho a la rehabilitación de la persona, y en el marco de abordajes interdisciplinarios; Establece el derecho de las personas con padecimientos mentales a vivir en su comunidad, lo que significa la desinstitutionalización de la salud mental mediante la prohibición de la creación de los nuevos manicomios, la adaptación de los efectores existentes, la promoción primaria de la salud y la atención en dispositivos comunitarios, incluyendo los hospitales generales; Preserva el derecho de que toda prestación sea provista luego de que la persona otorgue su consentimiento libre e informado [...]; Implica el derecho a no ser objeto de investigaciones clínicas ni de tratamientos experimentales sin consentimiento fehacientes; la internación debe ser considerada como un recurso terapéutica excepcional y por el menor tiempo posible [...]; Reserva para la justicia el rol de contralor y garante de los derechos [...] desde el comienzo de la internación; Garantiza el debido proceso, incluyendo ...el derecho a contar con asistencia letrada gratuita [...] (Laufer Cabrera, 2016).

Es decir, la Ley 26.657 propone modificaciones de las prácticas e intervenciones y la implementación de nuevas; sin embargo, por la experiencia que nos brinda nuestra labor diaria con los niños, niñas y adolescentes que atraviesan una internación por padecimiento mental, y en particular por el resultado de la presente investigación, debemos señalar que a pesar de los más de siete años transcurrido desde su entrada en vigencia, algunas de ellas no fueron implementadas.

A saber, a contramano de los postulados de la Ley 26.657 que propone que “El proceso de atención debe realizarse preferentemente fuera del ámbito de internación hospitalario y en el marco de un abordaje interdisciplinario e intersectorial, basado en los principios de la atención primaria de la salud. Se orientará al reforzamiento, restitución o promoción de los lazos sociales” (art. 9). Nuestra investigación demuestra que un porcentaje preocupante de niños, niñas y adolescentes llega a una internación como primer abordaje terapéutico. Es decir que la previsión de la internación como recurso terapéutico de carácter restrictivo, y que sólo puede llevarse a cabo cuando aporte mayores beneficios terapéuticos que el resto de las intervenciones realizables en su entorno familiar, comunitario o social (art. 14), no se ajusta –por lo menos en gran parte– a los contextos previos de las internaciones relevadas.

Por otro lado, la respuesta del sistema ante la necesidad de una internación sigue predominantemente destinada en los hospitales monovalentes y en clínicas privadas que también son monovalentes.

Ello nos lleva a sostener que no se cumple con lo previsto por el art. 28 de la Ley 26.657 en cuanto prevé que las internaciones de salud mental deben realizarse en hospitales generales, para lo que dispone que a ese efecto los hospitales de la red pública deben contar con los recursos necesarios.

Al respecto, podemos agregar que desde la práctica se advierte en general resistencia de los hospitales generales a internar a niños y niñas con padecimientos en su salud mental y/o adicciones, pese a estar previsto expresamente que el rechazo de la atención de pacientes por el sólo hecho de tratarse de problemática de salud mental “será considerado acto discriminatorio en los términos de la ley 23.592”. Por otro lado, se advierte que algunos hospitales generales, no se encuentran actualmente adaptados para las internaciones de niños, niñas y adolescentes teniendo en cuenta el abordaje interdisciplinario, integral y específico que requiere esta franja etaria.

Cabe citar el informe efectuado por la Asesoría General Tutelar respecto de la intervención de los hospitales generales de agudos en materia de internaciones por razones de salud mental, del que se desprende los principales déficits y se identifican resistencias señalando que: “[...] a) Falta de fortalecimiento de los Equipos de Salud Mental para asumir las funciones dispuestas por la Ley N° 26.657 [...]. b) Prolongación de las internaciones en Guardia [...]. c) Discriminación por parte de personal médico y pacientes [...]. d) Resistencias a intervenir en casos vinculados a adicciones [...]. e) Ausencia

de lugares para la realización de actividades de recreación y rehabilitación [...]. f) Déficit de enfermería especializada [...]. g) Falta de dispositivos alternativos en la Red de Salud Mental para favorecer los egresos [...]”. En este contexto, se concluye que “puede afirmarse que el proceso de adecuación de la intervención de los Hospitales Generales de Agudos en materia de salud mental en la CABA previsto tanto la Ley N° 448 como la Ley N° 26.657, se encuentra en un estancamiento producto de la ausencia de acciones efectivas que posibiliten los recursos mínimos para dar cumplimiento a lo estipulado por el marco normativo vigente” (AGT, 2014).

Es que, sin recursos resulta difícil implementar los cambios que trajo aparejado la Ley de Salud Mental, y para que ello sea posible las políticas de salud mental deben formar parte de la agenda federal.

Y en este sentido, nos parece atinado citar la investigación realizada sobre los gastos en servicios de salud mental que arrojó como resultado que Argentina (analizando los casos de Estados Unidos, Brasil, Chile, Uruguay, Costa Rica, España, Australia y Argentina) “es el país que menos invierte en salud en general, y en salud mental en particular, como porcentaje de su PBI. El gasto en salud se encuentra muy por debajo del realizado por los países de ingresos altos” (González *et al.*, 2017).

No vamos a soslayar destacar la necesidad y la pertinencia que puede tener la internación como medida de salud, específicamente prevista por la Ley de Salud Mental. Ahora bien, ello debe ser complementado con la previsión del art. 27, orientada a propiciar las internaciones –como último recurso terapéutico y por el menor tiempo posible– en los hospitales generales.

Particularmente, respecto a las internaciones de niños, niñas y adolescentes en instituciones especializadas se ha sostenido que “se ha instalado un modelo de intervención en los niños, niñas y adolescentes con sufrimiento psicosocial que refuerza los procesos de internación y medicalización, de prácticas desubjetivantes que fomentan diagnóstico, etiquetas psiquiátricas, exclusión y la cosificación e institucionalización de los niños, niñas y adolescentes” (Barcala, 2014).

El otro parámetro evaluado y que confirma lo que cotidianamente observamos es que las instituciones de la Ciudad de Buenos Aires reciben una importante cantidad de internaciones de niños, niñas y adolescentes que provienen del Conurbano Bonaerense, y en especial de zona sur. Creemos, asimismo, que existe una relación entre las desigualdades sociales y el nivel

socioeconómico con la mayor proporción de internaciones provenientes de las zonas sur y oeste. Esta línea de investigación debe trabajarse más a fondo, sin embargo, tiene un dato probablemente relacionado dado que en el ámbito privado predominan las internaciones de niños, niñas y adolescentes de zona norte.

Entendemos que ello ocurre, dada la inexistente o inadecuada red de salud mental en otras jurisdicciones que propicia emprender el viaje hasta Ciudad de Buenos Aires. Se trata, en palabras de Alejandra Barcala, de una “importante barrera de accesibilidad geográfica” que lleva los usuarios a recorrer las distancias para acceder a un tratamiento (Barcala, 2011). Es que, como se ha sostenido, el entramado institucional que según derecho debería constituirse como sistema (tanto en relación con la protección integral de los derechos de niños, niñas y adolescentes, como con la atención integral de la salud) carece de cuestiones fundamentales, esto es, de una adecuada distribución geográfica de los efectores, de una ajustada articulación en red de los organismos que lo componen y de un equilibrado reparto de los recursos entre las distintas etapas de abordaje de las problemáticas (Michalewicz *et al.*, 2017).

Como se dijo, desde hace varios años se propuso un cambio paradigmático en relación al modo de atención de la salud mental: “[...] El paso del modelo institucional al modelo comunitario representa un cambio epistemológico en el modo de entender y abordar las enfermedades mentales. Se pasa de un modelo centrado en la exclusión a otro basado en la integración en la comunidad. De un espacio institucional cerrado al espacio comunitario abierto, territorializado y complejo. De un enfoque basado en la enfermedad y la peligrosidad a otro basado en el sujeto como elemento activo en su proceso de integración social y poseedor de derechos y deberes. Un sujeto con una dimensión social además de la dimensión biológica y psicológica” (Saraceno, 2006).

Pese a ello observamos que poco ha cambiado desde la sanción y reglamentación de la Ley 26.657 en función de las respuestas que el sistema ofrece para cambiar las prácticas. Persiste una modalidad centrada en los Hospitales monovalentes sin que se promueva aun “[...] el desarrollo de dispositivos tales como: consultas ambulatorias; servicios de inclusión social y laboral para personas después del alta institucional; atención domiciliaria supervisada y apoyo a las personas y grupos familiares y comunitarios; servicios para la promoción y prevención en salud mental, así como otras

prestaciones tales como casas de convivencia, hospitales de día, cooperativas de trabajo, centros de capacitación socio-laboral, emprendimientos sociales, hogares y familias sustitutas” (art. 11).

Cabe señalar que el modelo comunitario de atención es un enfoque histórico-social, ético y democrático, que propone una atención territorial, accesible, descentralizada, participativa e integral, sosteniendo valores de solidaridad y equidad [...] y con él se amplían de esta forma la variedad y cantidad de respuestas terapéuticas, ya que las provenientes del sector sanitario se agregan aquellas de la propia trama social del paciente, posibilitando una atención más abarcativa y sostenida, que logre prescindir del hospital psiquiátrico (Natella, 2010). Por ello, y tal como recomienda la Organización Mundial de la Salud, se debe fomentar los servicios de apoyo comunitario y para ello resulta necesario la inclusión de los recursos humanos y el financiamiento suficiente (OMS, 2011).

En función a esa falta de respuesta en la implementación de los servicios con base comunitaria es que la internación termina siendo, en algunos casos, el único recurso terapéutico al que pueden acceder. Y al respecto se ha sostenido que “en la Argentina, es posible observar la lógica de los niveles de complejidad tradicionalmente en la medida en el que el tercer nivel (el hospital especializado en salud mental) suele tener un peso desmesurado en relación a las posibilidades de los niveles comunitarios” (Yanco *et al.*, 2012).

Desde nuestro lugar de trabajo somos observadores y partícipes del complejo entramado de relaciones que se establecen en la atención y abordaje de niños, niñas y adolescentes con padecimientos mentales y problemáticas de consumo de sustancias que requieren una internación. Este trabajo surge como una necesidad de formalizar nuestras observaciones e indagar la realidad cotidiana. Es imprescindible continuar transformando las prácticas desde una perspectiva de derechos y esperamos colaborar con este trabajo a que ello suceda.

Bibliografía citada

- AGT (2014). “Internaciones por salud mental en hospitales generales de agudos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires”.
- Barcala, A. (2011). “Dispositivos e Intervenciones en salud mental infantil en la Ciudad de Buenos Aires”. Premio Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires.

- Barcala, A. (2014). “Sufrimiento psicosocial de la niñez: el desafío de las políticas en salud mental. Disponible en https://gruposaludmentalfits.files.wordpress.com/2014/02/barcala-sufrimiento_psicosocial_en_la_nic3b1ez.pdf [consulta, abril de 2019].
- Gonzalez, G. P., N.B. Moscoso y F.P. Lago (2017). “Gasto en servicios de salud mental: Estudio en un grupo de países y comparación con el caso Argentino”. Presentación, 1° Congreso Provincial de Salud Mental y Adicciones, 13 de mayo. Disponible en <http://www.ms.gba.gov.ar/sitios/congresosaludmentalyadicciones/2017/05/13/gasto-en-servicios-de-salud-mental-estudio-en-un-grupo-de-paises-y-comparacion-con-el-caso-argentino/> [consulta, abril de 2019].
- Laufer Cabrera, M. (2016). “Derechos humanos de las personas con discapacidad psicosocial. Nuevos estándares para la defensa pública en salud mental”. *Revista del Ministerio Público de la Defensa*, 11, 12-13.
- Michalewicz, A. y J.N. Varela (2017). *Prácticas de salud mental infantojuvenil. Entre la hospitalidad y el hospitalismo*. Buenos Aires: Noveduc.
- Ministerio Público de la Defensa (2015). “Acceso a la Justicia de NNyA internados por Salud Mental o Adicciones. Testimonio 2012-2014”. Disponible en www.mpd.gov.ar/pdf/publicaciones/biblioteca/Libro%20Salud%20Mental%20web.pdf [consulta, abril de 2019].
- Natella, G. (2010). “La creciente medicalización contemporánea. Prácticas que la sostienen, prácticas que la resisten en el campo de la salud mental”. Disponible en file:///D:/Usuario/Downloads/Natella_La_creciente_medicalizacion_contemporanea.pdf [consulta abril de 2019].
- Saraceno, B. (2006). “Prólogo”, en J. Leal Rubio y A. Escudero Nafs (coord.), *La continuidad de cuidados en la salud mental comunitaria*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- Yanco, D., S. Gerlero, A. Augsburg, M. Duarte y R. Gómez (2012). “Investigación sobre los cuidados en salud mental en centros de atención primaria en Argentina”. *Salud Mental y Comunitaria*, 2, 2, 329.
- OMS (2011) *Informe Mundial sobre la Discapacidad*. Organización Mundial de la Salud. Disponible en https://www.who.int/disabilities/world_report/2011/es/ [consulta, abril de 2019].

Vulnerabilidades y cuidados: el sufrimiento y la salud en los adolescentes que viven en el Bajo Flores

Carolina Fernández

Introducción

Esta investigación se enmarca en mi tesis de maestría¹ y su interés radicó en aportar conocimiento para la planificación y ejecución de políticas de salud destinadas a adolescentes que viven en barrios populares. Para ello, se consideró fundamental escuchar y darle lugar a las voces de los jóvenes, posibilitando así que puedan asumir sus prácticas de ciudadanía como sujetos activos de derechos.

A fines del año 2010 comenzó mi práctica como psicoanalista de niños, niñas y adolescentes en un Centro de Salud y Acción Comunitaria ubicado en la zona sur de la Ciudad de Buenos Aires, con el entusiasmo que implicó para mí el hecho de emprender un nuevo trabajo, hacía tiempo anhelado, y frente a una tarea que no había realizado con anterioridad. No sólo me encontré con una clínica con sus especificidades sino también con una población con sus particularidades. Llamó mi atención que los padres llevaran a sus niños y niñas a las consultas, pero en gran parte de las entrevistas hablaban acerca de sus hijos adolescentes a los que no lograban llevar a los encuentros. Ahora bien, lo que más me conmovió es que en muchas historias se deslizaban acontecimientos que no eran los motivos de consulta pero que se imponían a aquel que escuchaba; me refiero a la presencia de la muerte en los relatos: “tengo cinco hijos, uno fallecido”, “M está mal desde que murió su hermano”, “J no vino a la escuela porque murió su mamá”, “lo mataron”.

La primera lectura que pude realizar al confrontarme con este campo fueron preguntas: ¿cómo es posible que aparezcan con tanta frecuencia muertes tan cercanas a los niños, niñas y adolescentes?; ¿cómo impacta la inminencia de la muerte en la subjetividad de los y las jóvenes?; ¿cuáles son las maneras que encuentran los adolescentes de habitar en un barrio como el Bajo Flores?

1 La misma se tituló “Vulnerabilidades y cuidados: el sufrimiento y la salud en los adolescentes que viven en el Bajo Flores”, contó con la dirección de la doctora Alejandra Barcala y la co-dirección de Pablo Di Leo.

Decidí hacer lugar a estas preguntas y abordar una investigación que bordara lo angustiante de esta realidad, intentando ponerle palabras a lo indecible, dando lugar a la escucha de aquello que les producía sufrimiento a los chicos y chicas así como también propiciando un espacio para propuestas, proyectos y deseos que provinieran de los adolescentes.

Algunas conceptualizaciones y reflexiones sobre los jóvenes

La *adolescencia* es una construcción social compleja que implica la relación entre los adolescentes y los adultos de un grupo social como también las disposiciones normativas. Se considera actualmente que un problema que se ha instalado, sobre todo desde los medios masivos de comunicación, es el hecho de que para los niños y niñas en riesgo la respuesta vuelve a ser la judicialización. Hemos fracasado como sociedad si esta es la respuesta: parafraseando a Fernando Ulloa (2012), se quiere solucionar la crueldad con más crueldad porque no hemos actuado con la ternura suficiente hacia nuestros niños y niñas, y la segunda oportunidad que nos dan nuestros jóvenes también la desperdiciamos. En lugar de proteger a nuestros jóvenes, queremos protegernos de ellos.

El campo de los derechos de la infancia y la adolescencia y el campo de la salud mental comunitaria son indisociables, ambos se confrontan con el paradigma objetualizante que se apoya en la ideología del encierro y de institucionalización (Efrón, 2007). ¿Cómo derribar los muros conceptuales y los prejuicios instalados en el imaginario social acerca de los adolescentes en situación de vulnerabilidad? Se hace referencia a la realidad de los niños, niñas y adolescentes en situación de pobreza sumado a la escasa cobertura de las políticas de protección básica y a las serias dificultades de inserción en el ámbito educativo-laboral.

Es importante considerar la existencia de una diversidad de grupos de jóvenes en lugar de tomar a la adolescencia como un grupo homogéneo. Las características de cada adolescente resultarán de las articulaciones dialécticas entre lo individual y lo colectivo, lo particular y lo universal. Para las ciencias sociales no habría un solo modo de ser adolescente, sino que se trataría de identidades diversas que se construyen a partir de relaciones sociales con los adultos y otros grupos de adolescentes en contextos concretos que a su vez deben ser analizados (Adaszko, 2005).

Ubicar a los jóvenes como sujetos activos de derechos implica que a los mismos se les posibilite asumir las prácticas de ciudadanía, que a su vez son necesarias para la construcción de una identidad. Si consideramos imprescindible escuchar a los adolescentes será necesario cuestionar una concepción ahistórica de la adolescencia y permitir que sea el diálogo con ellos el que nos oriente acerca de lo que padecen y lo que necesitan.

Preguntarse de qué manera el sistema de salud puede responder a las problemáticas complejas que pueden presentar los adolescentes es pertinente frente a las rápidas respuestas mediáticas que suelen acompañarse de un discurso punitivo.

Se considera importante escuchar y darle lugar a la voz de los jóvenes para poder pensar y planificar propuestas desde el ámbito de la salud. El artículo 12 de la Convención Sobre los Derechos del Niño (Unicef, 1989) se refiere a la importancia de que los niños, niñas y adolescentes tengan la posibilidad de expresarse, de reunirse y de decidir. Por lo tanto, la herramienta que nos proporciona el indagar acerca de aquello que los propios adolescentes perciben como malestar o sufrimiento es imprescindible para complejizar la problemática.

Consideraciones del contexto

El Bajo Flores es un barrio donde conviven muchos barrios. Está conformado por diferentes tipos de construcciones urbanas: villas, asentamientos, barrios obreros y un sector de clase media. A su vez está integrado por cinco comunidades: peruanos, bolivianos, paraguayos, una fuerte impronta de la comunidad coreana y la comunidad local (desde los años noventa en la villa empezó a predominar la comunidad boliviana y peruana mientras que a unas cuadras de la misma se encuentra la coreana, establecida allí desde 1965).

A partir de la sanción de la Ley Orgánica de Comunas de la Ciudad de Buenos Aires (N° 1777/2005), el área corresponde a las comunas 7, 8 y 9. Esto genera la dificultad de que si se analizan indicadores de salud o educación por comuna se produce una dispersión ya que estos parámetros exceden la superficie del área programática del Hospital Piñero y se agrupan poblaciones que no poseen condiciones de vida similares.

Dentro del Bajo Flores está la villa. Ella se percibe en todos y cada uno de los sentidos. Sorprende mirar su arquitectura: la composición de las vi-

viendas, la distribución de las casas y piezas, calles angostísimas, escaleras, pasillos, barro y miles de cables que forman una especie de red en el cielo. Su disposición es laberíntica, uno podría decir que la colocación de los diversos elementos se fue dando de forma azarosa. No pareciera haber un plan anterior sino que la estructura se fue armando en la medida en que se fue poblando y esta dinámica es la que continúa hoy día. Ahora los ladrillos van hacia arriba, no hay más lugar en lo bajo, así que se puebla el cielo.

Según los resultados del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010 en la Ciudad de Buenos Aires (INDEC, 2012) hubo un alto crecimiento de la población residente en villas de emergencia y asentamientos entre los años 1991 y 2010, destacándose la Villa 1-11-14 como la primera de la lista (en 1991 se registraron 4.894 residentes; en 2001, 21.693; y en 2010, 25.973). De esta población se estima que más del 50% corresponde a personas menores de 18 años. El tema habitacional es preocupante: el hacinamiento es generalizado y las consecuencias de una mala calidad de vida se detecta en los servicios de salud de la zona, que no llegan a cubrir la demanda.

Los objetivos

El objetivo general de la investigación fue identificar las problemáticas que generan sufrimiento o malestar a los adolescentes que viven en un contexto de vulnerabilidad, e indagar sobre lo que piensan acerca de la salud y el cuidado.

Los objetivos específicos fueron:

- Identificar las problemáticas que los adolescentes que viven en el Bajo Flores vinculan a su padecimiento subjetivo.
- Indagar acerca de las preocupaciones que tienen los adultos que trabajan en los servicios y programas destinados a adolescentes.
- Identificar lo que piensan los adolescentes acerca de la salud y el cuidado.
- Reconocer cuáles son las propuestas e intereses de los adolescentes en relación con su salud y la de su comunidad.
- Aportar información y propuestas que puedan resultar de utilidad a los servicios de salud y otros programas que trabajan con adolescentes que viven en el Bajo Flores.

El abordaje metodológico

Partiendo de mis preguntas-problemas, referidos en los objetivos específicos y acorde al marco conceptual adoptado, elegí la estrategia metodológica cualitativa por considerarla la más pertinente para abordar los objetivos planteados y construir algunas respuestas y nuevas preguntas (Samaja, 1993; Sousa Minayo *et al.*, 2005; García, 2006).

Para realizar el trabajo de construcción de datos me basé en las siguientes técnicas de investigación-intervención cualitativa:

- Entrevistas semiestructuradas (cuadros 1 y 2).
- Taller en una escuela media del Bajo Flores.

Para poder delimitar la muestra, realizar el análisis y construir los datos me apoyé en la teoría fundamentada (en inglés: *grounded theory*) (Glaser *et al.*, 1967; Jones *et al.*, 2004; Soneira, 2007) y utilicé a modo de herramienta informática auxiliar el programa *Atlas.ti* (Glaser *et al.*, 1967).

El análisis de los datos se organiza teniendo en cuenta las variables planteadas en los objetivos. Como se trata de un esquema exploratorio, el análisis está centrado en las variables y en las categorías más sustantivas, esto incluye un análisis dimensional sin dejar de tener en cuenta las respuestas y manifestaciones espontáneas que pudieran agregar otras variables no advertidas con anterioridad. De esta manera, la construcción de las categorías significativas se basa en la articulación de los emergentes del trabajo de campo, las herramientas conceptuales y las relaciones, coincidencias y tensiones entre los mismos.

Cuadro 1. Entrevistas a adolescentes

Institución de contacto	Entrevistados
Centro de Salud y Acción Comunitaria N° 40*	3 mujeres, de 12, 14 y 16 años; 1 varón, de 13 años
Centro de Salud y Acción Comunitaria N° 19	1 mujer, de 15 años
Escuela de Enseñanza Media N° 3 DE 19	1 mujer, de 17 años
Manzana Villa 1-11-14	2 mujeres, de 13 y 15 años
Radio Bajo Flores	1 varón de 16 años; 1 mujer de 17 años
Parroquia Madres del Pueblo	2 mujeres, de 16 y 21 años

Cuadro 2. Entrevistas a adultos

Institución	Cargo
Centro de Salud y Acción Comunitaria N° 19	1 médica psicoanalista
Centro de Salud y Acción Comunitaria N° 20	2 trabajadoras sociales
Cooperación en Producción y Aprendizaje	2 trabajadoras sociales
Radio Bajo Flores	Coordinadores del Taller Adolescentes
Villa 1-11-14	Delegado de manzana
Parroquia Madres del Pueblo	Cura a cargo del movimiento de niños, niñas y jóvenes
Escuela de Enseñanza Media N° 3 DE 19	1 profesora de Biología; 1 profesora de Literatura; 1 profesora de Teatro; 1 preceptor

En el proceso del trabajo de campo adopté los resguardos éticos de confidencialidad y respeto, preservando el anonimato, la identidad y la integridad de todas las personas que participaron tanto en las entrevistas como en el taller, siendo todas estas actividades voluntarias.

Resultados de la investigación

A partir del procesamiento de los datos y la interpretación de los mismos en la tesis, consideré pertinente dividir los resultados en tres partes, en función de los objetivos y de las preguntas planteadas. En la primera parte, abordé la problemática del sufrimiento y la vulnerabilidad desde la perspectiva de los adolescentes que viven en el Bajo Flores y, a su vez, la articulé con lo relatado por los adultos que trabajan con ellos en diferentes espacios del barrio. En la segunda parte, desarrollé las problemáticas asociadas a la adolescencia y el sufrimiento que ponen en tensión las intervenciones de los adultos y se despliegan apreciaciones en torno al barrio como categoría transversal. En la tercera parte, abordé las valoraciones de los adolescentes sobre las respuestas de los servicios de salud de su comunidad, y finalmente presenté las propuestas, proyectos e intereses de los chicos y chicas sobre la salud y el cuidado. Las categorías significativas son:

- Adolescencia, Sufrimiento y Vulnerabilidades (violencias, muertes y duelos, consumo de drogas, delitos e inseguridades, desamparo).

- Adolescencia, Problemáticas e Intervenciones (maternidad y paternidad, discriminación, rendimiento escolar, falta de reconocimiento, el barrio).
- Salud, Cuidado y Hospitalidad (accesibilidad, cuidado, hospitalidad).

Conclusiones, preguntas y propuestas

Teorizamos como podemos, por momentos con viejos esquemas, intentando crear nuevos. No es sin nuevas voces que podemos crear nuevas categorías y nuevas lógicas que nos permitan pensar. Para Hannah Arendt (2002) los niños y niñas son un acontecimiento imprevisto, son “los nuevos” y los compara con una acción política impensada. Somos nosotros, “los viejos”, los que los necesitamos a ellos para pensar y para crecer.

La *salud mental comunitaria* elabora categorías conceptuales complejas para pensar los problemas. Conviven diversas teorías, ya que desde esta perspectiva no tiene hegemonía el saber psiquiátrico sino que se piensa con categorías sociológicas, antropológicas y políticas. Nos preguntamos entonces por las causas del padecer psíquico, concibiendo al ser humano como histórico, social y político, entendiendo el padecimiento como relacional y al sujeto como miembro de una comunidad. Por lo tanto, la sociedad es responsable por sus formas de sufrimiento. Es por esto que las intervenciones en salud mental comunitaria apuntan a la participación, democratización de las decisiones, distribución y circulación del poder entre los diferentes actores comprometidos en el proceso salud-enfermedad-atención. Este modo de abordaje implica restituir la palabra al sujeto.

En el transcurso de mi tesis y a partir de las preguntas que guiaron la investigación, quise poder plasmar las realidades que atraviesan el Bajo Flores desde la perspectiva de los jóvenes, así como desde aquellos adultos que pertenecen a distintas instituciones que los alojan o deberían hacerlo.

El marco teórico fue una plataforma desde la cual pude pensar los ejes que guiaron el trabajo de campo pero justamente fue dicho trabajo empírico aquel que me posibilitó reformular las dimensiones y a su vez poner en tensión las herramientas conceptuales.

Desde los chicos y chicas hay preocupación, reclamo, lucidez, empatía y solidaridad para aquel que sufre y para su comunidad. No hay indiferencia sino propuestas, sueños, proyectos y reflexiones.

Se corrobora en los relatos que no es posible tomar a la adolescencia como un grupo homogéneo sino que se trata de la existencia de una diversidad de identidades que se construyen en relación a otros adultos y jóvenes en contextos particulares. Es así que los chicos y chicas retratan de diferente manera las realidades del barrio en el que viven, y reflexionan acerca de los fenómenos que atraviesan su cotidianidad. Por otro lado, en los relatos de los adultos se pueden deducir cómo conviven diversos discursos acerca de la juventud; considero que prevalecen el discurso sociologista, el psicologista, pero también aquel que reconoce al joven como un actor social.

Respecto de las instituciones, al haber tomado diferentes establecimientos destinados a jóvenes, se puede identificar cómo cada una de ellas genera determinado tipo de relaciones y estrategias que apuntan fundamentalmente a que los destinatarios permanezcan en las mismas. Y cuando hablo de permanencia, hablo del esfuerzo que realizan aquellos que trabajan en las instituciones para propiciar la presencia real de los jóvenes; es decir, en la mayoría de los casos lo que se busca es que los jóvenes concurren efectivamente a los espacios y logren algún tipo de continuidad en los mismos. Y es en este punto en donde confluyen las categorías significativas que se desarrollan en mi tesis: violencias, muertes, consumo de drogas, delitos e inseguridades, desamparo, maternidad y paternidad, discriminación, rendimiento escolar y falta de reconocimiento.

Todas las categorías descritas, a su vez, son atravesadas por un lugar-espacio que las contiene y marca: el Bajo Flores. Se escucha un “afuera” y un “adentro” que genera una particularidad. Desde los adultos hay una percepción acerca de este lugar: los adolescentes no circulan por todo el barrio y menos aún por el resto de la ciudad. Denuncian así una estigmatización territorial. Es diferente lo que escuchamos en los chicos y chicas ya que sus posiciones son heterogéneas: para algunos el barrio es un lugar que no eligen para vivir, lo encuentran “feo y peligroso”; para otros es un lugar de pertenencia, “divertido y vivo” y aprecian a la gente que vive junto a ellos. En ningún relato apareció una dificultad para circular por otros barrios, como postulan los adultos, pero sí un reconocimiento de los lugares por los cuales no es conveniente pasar debido a la inseguridad de determinadas zonas del Bajo Flores.

Los jóvenes que viven en el Bajo Flores hablan claro: tanto cuando nos dicen “lo que me hace mal es...” y nos relatan sin vueltas realidades que lindan lo insoportable; así como cuando nos recuerdan lo evidente al

enunciar “estaría bueno que...” y nos piden que los escuchemos, hablemos sobre sus preocupaciones, les propiciemos lugares de encuentro, de reunión, de confianza, lugares saludables.

¿Cómo propiciar encuentros entre los trabajadores de la salud y los adolescentes? No es posible sin la participación real de los chicos y chicas. Ahora bien ¿cómo generarla? ¿Cómo lograrla sin forzar el campo?

A partir de lo recabado en esta investigación puedo ensayar respuestas que deberán ser puestas a prueba: los chicos y chicas se “quedan” cuando se sienten alojados, cuando son tratados con “cariño”, “paciencia”, “confianza”; y los adolescentes se van “a la mierda” cuando los adultos “no tienen paciencia”, los atienden con “mala gana”, los “retan” y juzgan. Podríamos decir entonces que los jóvenes se quedan cuando se sienten cuidados y pienso que si hay personas que saben bien de eso son ellos: para cuidar no basta con atender una necesidad, para cuidar hay que reconocer al otro con sus sufrimientos y sus proyectos existenciales.

Será nuestro desafío que algo de lo familiar y tierno se ponga a jugar para posibilitar encuentros.

Bibliografía citada

- Adaszko, A. (2005). “Perspectivas socio-antropológicas sobre la adolescencia, la juventud y el embarazo”, en M. Gogna (comp.) *Embarazo y maternidad en la adolescencia. Estereotipos, evidencias y propuestas para políticas públicas*. Buenos Aires: CEDES.
- Arendt, H. (2002). *La condición humana*. San Pablo: Forense Universitaria.
- Efrón, R. (1997). Subjetividad y Adolescencia. *Adolescencia, pobreza, educación y trabajo*, 8, 13. Unicef-Losada, Buenos Aires.
- García, R. (2006). *Sistemas complejos. Conceptos, método y fundamentación epistemológica de la investigación interdisciplinaria*. Buenos Aires: Gedisa.
- Glaser, B. y Strauss, A. (1967) *The Discover of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*. Chicago: Aldine.
- Jones, D., Manzelli, H. y Pecheny, M. (2004) “La teoría fundamentada: su aplicación en una investigación sobre vida cotidiana con VIH/sida y con hepatitis C”. En A. L. Kornblit (coord.), *Metodologías cualitativas en ciencias sociales. Modelos y procedimientos de análisis. op. cit.*

- INDEC (2012). Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010. Disponible en http://estatico.buenosaires.gov.ar/areas/hacienda/sis_estadistico/resultados_provisionalescenso_2010.pdf [consulta abril de 2019].
- Samaja, J. (1993). *Epistemología y metodología*. Buenos Aires: Eudeba.
- Soneira, A.J. (2007). “La teoría fundamentada en los datos (*Grounded Theory*) de Glaser y Strauss”, en I. Vasilachis de Gialdino (coord.), *Estrategias de investigación cualitativa*. Barcelona: Gedisa.
- Souza Minayo, M., S. Goncalves De Assis y E. Ramos De Zouza (2005). *Evaluación por Triangulación de Métodos*. Buenos Aires: Lugar.
- Ulloa, F. (2012), *La novela clínica psicoanalítica. Historial de una práctica*. Buenos Aires, Paidós.
- Unicef (1989). *Convención de los derechos del Niño*. Disponible en <https://www.unicef.org/argentina/informes/convenci%C3%B3n-sobre-los-derechos-del-ni%C3%B1o> [consulta abril de 2019].

Niñez y violencias institucionales en la internación por salud mental: estudio exploratorio en la Ciudad de Buenos Aires

Alejandra Barcala, Leandro Luciani Conde, Alejandro Wilner, Carlos Tisera y Gerardo Prol

Introducción

El presente trabajo tiene como eje temático las prácticas de salud mental en la niñez desde la perspectiva de los derechos. En particular aborda el ejercicio de la violencia institucional en el contexto de las internaciones por razones de Salud Mental en niños niñas y adolescentes.¹

En 2010 se sancionó en Argentina la Ley Nacional de Salud Mental (N° 26.657), que tiene por objeto asegurar el derecho a la protección de la salud mental de todas las personas. Junto con la sanción de la Ley Nacional de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes (N° 26.061/2005) y la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, aprobada por la Organización de las Naciones Unidas en 2007, se plasma una adecuación normativa nacional a estándares internacionales de derechos humanos, que tiende a efectivizar y consolidar un cambio de los principios vigentes en el campo de la salud mental en nuestro país.

La Ley de Salud Mental establece responsabilidades políticas y sociales que promueven el efectivo acceso al ejercicio de los derechos de un grupo con alto nivel de vulnerabilidad: las personas con sufrimiento psicosocial. Asimismo, promueve la transformación de las prácticas y los modelos de atención destinados al cuidado de la salud mental.

En lo que se refiere a la niñez, a partir de los lineamientos de Plan Nacional de Salud Mental (Ministerio de Salud de la Nación, 2013), que impulsa la

1 Se inserta en un proyecto de investigación Amilcar Herrera Programación 2016-2017 “Utilización de medidas restrictivas en el tratamiento institucional de niñas, niños y adolescentes con padecimiento psicosocial: un estudio desde la perspectiva de derechos humanos”, dirigido por Alejandra Barcala, co-dirigido por Leandro Luciani Conde, y financiado por la Universidad Nacional de Lanús.

implementación de dispositivos institucionales para abordar la complejidad de los nuevos problemas y demandas de salud mental; y la realización en 2015 del II Foro Nacional de Salud mental de niños, niñas y adolescentes, las respuestas institucionales existentes deberían adecuarse en el marco de la necesaria construcción del Sistema de Protección Integral de la Niñez.

El aumento progresivo de nuevas problemáticas psicosociales en niños, niñas y adolescentes ha situado a esta población como uno de los de mayor nivel de derechos vulnerados en nuestro país, requiriendo de iniciativas equitativas y universales para la promoción y cuidados de la salud mental. Sin embargo, en estudios realizados hemos documentado la ausencia de servicios de salud mental apropiados para brindar cuidados a este grupo etario (Barcala *et al.*, 2015).

Incluso en algunas jurisdicciones, como la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, se desmanteló el único programa de atención comunitaria destinado a brindar cuidados y evitar internaciones de niños, niñas y adolescentes en situación de alta vulnerabilidad, así como al mantenimiento de sus lazos sociales y su pertenencia comunitaria y familiar (Torricelli *et al.*, 2014; CELS, 2015). Dicha situación ahondó la implementación de prácticas que conllevan a la estigmatización, discriminación, exclusión e institucionalización psiquiátrica; circuito que contribuye desde el sector salud a patologizar y medicalizar la niñez y juventud con sufrimiento psíquico (Barcala, 2011; Barcala *et al.*, 2015).

El problema de la institucionalización psiquiátrica en la niñez se incluyó en la agenda estatal y cobró notoriedad a partir de la intervención de la Asesoría General Tutelar, cuya función es la protección, promoción y satisfacción de los derechos y garantías de niños, niñas y adolescentes y personas con padecimiento en su salud mental. En el año 2010, la justicia hizo lugar al *habeas corpus* colectivo presentado por dicho organismo y ordenó al Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires que cesara con la práctica de mantener internados en las instituciones psiquiátricas públicas a niños, niñas y adolescentes que carecían de un grupo familiar que pudiera asumir su cuidado, a pesar de contar con el alta de internación. Indicó que se dispusiera lo necesario para su alojamiento y continuación del tratamiento ambulatorio dado que dicha situación configuraba una privación de la libertad, al no mediar razón médica alguna y sin autorización judicial. Se explicitó, además, que los motivos invocados por el gobierno –falta de profesionales formados para trabajar en los dispositivos de salud mental y

la inexistencia de establecimientos— no justificaban el atropello a la libertad ambulatoria que esa práctica provoca (AGT, 2013a).

En 2013, la Asesoría General Tutelar y la Legislatura porteña denunciaron, en un informe de la Comisión Especial para el Seguimiento y Evaluación del cumplimiento de la Ley de Salud Mental (AGT, 2013a), graves irregularidades en instituciones privadas y conveniadas por el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires para la atención en salud mental en niños, niñas y adolescentes, que implicaban la vulneración de derechos humanos fundamentales. Desde entonces, cobró relevancia la utilización frecuente de medidas coercitivas adoptadas en las unidades hospitalarias en las internaciones de niños, niñas y adolescentes por razones de salud mental. Entre ellas, una creciente disposición de internaciones en la niñez, la implementación de contenciones físicas y químicas, un uso excesivo y/o indebido de la medicación y la vulneración del derecho a la identidad (muchos no tenían documentos de identidad). También se veía quebrantado el derecho a la educación y a sostener vínculos familiares, a través de restricciones arbitrarias a dicho contacto, a pesar de que los niños y las niñas pedían relacionarse con sus referentes afectivos, ir a la escuela o participar en actividades de inclusión social (Barcala, 2018).

El proceso de reforma de la atención en salud mental en nuestro país, iniciado a partir de la promulgación de la Ley 26.657, plantea la necesidad de desarrollar investigaciones interdisciplinarias rigurosas que analicen las prácticas de cuidados y atención en el marco de desarrollo progresivo de los derechos humanos. En este contexto, el análisis de la utilización de los métodos restrictivos en la infancia y adolescencia constituye un área incipiente de conocimiento del cual no se ha relevado suficiente desarrollo; menos aún, indagaciones que analicen el grado de adecuación de las prácticas a la normativa vigente. Por ello, constituye un área de vacancia que requiere especialmente ser estudiada, en tanto constituyen violencias hacia los niños, niñas y adolescentes, dado los efectos perjudiciales que tienen en su constitución subjetiva y su alcance y consecuencias en la efectivización del derecho a la salud mental y la atención adecuada.

Las preguntas que guiaron la investigación son las siguientes:

- ¿En qué medida son utilizadas estas medidas coercitivas en las instituciones de salud mental que brindan cuidados a niños, niñas y adolescentes con padecimiento psíquico y cuáles son los motivos por los que los profesionales de los equipos de salud deciden utilizarlas? ¿Cuál es el objetivo de estas medidas?

- ¿Con qué frecuencia son aplicadas? ¿Existen factores asociados con estas medidas? Es decir, ¿hay niños, niñas y adolescentes con quienes se utilizan con más frecuencia? ¿Se trata de infancias con mayor vulnerabilidad psicosocial? ¿Están relacionados con algún tipo de diagnóstico? ¿Hay situaciones del contexto asistencial que hacen más frecuente su utilización?
- ¿Cuál es el marco jurídico que regula tales intervenciones? ¿Existen indicaciones claras para su aplicación o contraindicaciones para las mismas? ¿Qué procedimientos se emplean? ¿Se aplican protocolos?
- ¿Cuál es la tensión que existe entre los marcos jurídicos existentes y las prácticas implementadas institucionalmente?

Objetivos

El presente artículo se propone identificar la utilización de medidas restrictivas en la producción de cuidados en salud mental para niñas, niños y adolescentes en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires desde una perspectiva de derechos. Estas medidas incluyen la institucionalización, el aislamiento, la contención física y química, las restricciones arbitrarias al contacto con familiares y lazos sociales, y el uso excesivo y/o indebido de la medicación.

Se pretende aportar al conocimiento interdisciplinario de las prácticas institucionales de salud mental en la niñez desde una perspectiva de derechos, a fin de contribuir al desarrollo de estrategias en el campo de la salud mental que favorezcan la toma de decisiones orientadas a garantizar los derechos de los niños, niñas y adolescentes.

El objetivo general de la investigación fue describir y analizar la utilización de prácticas restrictivas en las instituciones de salud mental de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y la zona sexta del conurbano bonaerense que atienden niños, niñas y adolescentes. A los fines de este trabajo se presentarán resultados vinculados a los siguientes objetivos específicos:

- Caracterizar y analizar los servicios de internación psiquiátrica destinados a niños, niñas y adolescentes y su grado de adecuación a la normativa vigente y los criterios de buenas prácticas.
- Explorar y analizar las prácticas coercitivas implementadas en las instituciones a través de los discursos de los profesionales, y los motivos y los factores asociados a las mismas.

- Identificar los elementos que inciden en la implementación de medidas coercitivas.

Metodología

El estudio se llevó a cabo mediante un diseño exploratorio-descriptivo enmarcado en un abordaje de tipo cualitativo (De Sousa Minayo, 2003; Vasilachis, 2007) realizado en el período 2016-2017. Se enmarca en un período temporal establecido entre 2010 y 2017, a partir de la sanción de Ley Nacional de Salud Mental N°26.657.

El escenario de estudio es la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y la zona sexta del conurbano bonaerense. Se han elegido ambas jurisdicciones incorporando como criterio la dimensión territorial de las acciones (georreferenciación de efectores y tecnologías de atención) dado que niños, niñas y adolescentes que viven en el Conurbano se atienden en servicios de salud mental de la Ciudad y residentes en la Ciudad se atienden en el Conurbano.

Las unidades de análisis seleccionadas fueron instituciones de salud que atienden niñas, niños y adolescentes; se incluyeron servicios de guardia e internación de hospitales pediátricos y generales, e instituciones de internación psiquiátrica (instituciones monovalentes).

Para la recolección de datos se utilizaron los siguientes procedimientos: estudio documental exhaustivo de los datos existentes respecto a las internaciones de niños y niñas hasta los 18 años, observaciones participantes, entrevistas a informantes claves –entre las que se incluyen referentes de organismos de protección de derechos (la Unidad de Letrados n°22 de la Ley de Salud Mental [Ministerio Público de la Defensa,2014] y el Órgano de Revisión Nacional de la Ley de Salud Mental)–, entrevistas en profundidad y grupos focales a profesionales que trabajan en los servicios de salud mencionados.

Las dimensiones de análisis estudiadas han sido: Caracterización de los servicios, modalidad de acciones, intervenciones y prácticas; Modos de utilización de la contención y salas de aislamiento, profesionales que intervienen e indican la medida, duración, motivos, diagnósticos asociados; Valoración del estado del niño, niña o adolescente en el momento de la medida; Intervenciones previas asociadas a la medida; Momento de la contención; Produc-

ción de lesiones; Acompañamiento familiar; Administración de medicamentos; Capacitación en protección de derechos; Conocimiento de la legislación y los derechos; Utilización de protocolo; Formas de registros; Conocimiento de estándares mínimos; Valoraciones respecto de la atención en salud mental de la niñez; Derechos y medidas de restricción; Identificación de facilitadores y obstáculos de las prácticas; Adecuación, tensión y conflicto entre marcos normativos e intervenciones desarrolladas.

Los datos se procesaron siguiendo los enfoques procedimentales (Rodríguez *et al.*, 1996) que incluyen el desarrollo de tareas de reducción de datos, disposición de datos y extracción/verificación de conclusiones (Huberman *et al.*, 1994), y se utilizaron procedimientos de combinación y de triangulación como estrategias de integración metodológica (Bericat, 1998).

El equipo de investigación estuvo formado por docentes-investigadores de la Universidad Nacional de Lanús pertenecientes a diversos campos disciplinares: psicología, psiquiatría, pediatría y derecho. La complejidad del tema de estudio requirió adoptar un abordaje interdisciplinario que articule saberes de diferentes campos de conocimiento.

Resultados

Los resultados de la investigación muestran el incremento de la institucionalización en los niños y niñas con mayor nivel de sufrimiento psíquico y situación de vulnerabilidad (MPD, 2015). Cabe destacar que la internación, de por sí, constituye una medida restrictiva en situaciones de padecimientos severos y también es utilizada, en forma incorrecta, en situaciones de vulnerabilidad. La dimensión de dicho incremento es notable y exponencial: entre los años 2011 y 2012 se registró en los hospitales de la Ciudad de Buenos Aires un incremento del 30% (AGT, 2013b), en el período comprendido entre agosto de 2012 y octubre de 2014 fueron internados 1.718 niños, niñas y adolescentes, y en 2015 se informaron 1.200 internaciones (MPD, 2015).

Las infancias institucionalizadas por razones de salud mental son objeto de distintas medidas coercitivas. A estas condiciones se suman violencias subjetivas tales como la ausencia de perspectiva de género, el cambio de la matriculación escolar, la restricción de los contactos familiares y la desvinculación comunitaria. Estas cuestiones impactan y vulneran los derechos de las niñas y los niños, y profundizan su estigmatización. Estos procedimientos, utilizados ampliamente en instituciones totales (Goffman, 1972), constituyen formas

de violencia naturalizadas e invisibilizadas, que tienen efectos importantes en la constitución subjetiva e identitaria de las niñas, niños y adolescentes. En este escenario se instituyen procesos de medicalización y lógicas asilares que, en tanto estrategias de gobierno sobre las *infancias* más vulnerables, tienden al control y la normalización social (Barcala *et al.*, 2015).

A continuación se analizarán algunas de las medidas restrictivas que se identificaron en las instituciones de salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Internación

La internación constituye una medida restrictiva de extendido uso en situaciones de padecimientos severos y que, en forma inadecuada, es utilizada también en situaciones de vulnerabilidad social. De todos modos, en muchas oportunidades no es conceptualizada de esta manera por los trabajadores del campo. Teniendo en cuenta la Ley Nacional de Salud Mental, su indicación debiera ser excepcional, una vez que las modalidades ambulatorias resultaran insuficientes para dar cuenta de la problemática abordadas.

Un elevado porcentaje de las niñas, niños y adolescentes en esta situación suelen provenir de localidades por fuera de la ubicación de los servicios que los internan. Durante el relevamiento realizado, se verificó que el mayor porcentaje de niñas, niños y adolescentes eran derivados a los efectores públicos de la Ciudad de Buenos Aires desde otras jurisdicciones, tanto a un establecimiento monovalente como a los servicios de internación de salud mental en los efectores pediátricos.² Según los entrevistados, era imposible asumir que se hubieran implementado y agotado los abordajes ambulatorios previos y necesarios, a la vez que en muchas oportunidades pudo constatarse que los abordajes en las localidades de procedencia eran fragmentados, asistemáticos, escasos y de baja calidad.

La ausencia o insuficiencia de los dispositivos adecuados en el contexto sociocomunitario es una de las razones habituales por las que muchas niñas, niños y adolescentes continúan internados pese a estar en condiciones de

2 Para una mayor precisión respecto a esta información, ver en esta publicación el artículo titulado “Todas las rutas llevan a... Descripción trans-institucional de Internaciones de Niños, Niñas y Adolescentes en Hospitales Públicos y Privados de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires”, escrito por Hernán Crespo Kaul, María Laura Folgar y Rosalía Muñoz Genestoux.

alta. Resulta alarmante la ausencia de estructuras intermedias que provean diferentes niveles de apoyo, que aunque debieran existir no existen, por lo que se genera así un “embudo” (así denominan a esta situación los profesionales) que se instituye como el principal obstáculo a la continuidad de cuidados en el marco de las necesarias externaciones sustentables. La inexistencia de políticas tendientes a promover y financiar los dispositivos previstos por las normativas nacionales y locales, resulta clave en la determinación de esta situación.

Sujeciones mecánicas

Son variados también los criterios en torno a las contenciones mecánicas, algunos profesionales aceptan su utilización y la consideran un medio para alcanzar un fin terapéutico, sin que la práctica misma lo constituya, otros la entienden como un fin terapéutico en sí mismo, y otros la rechazan categóricamente. En general, los entrevistados tienden a evitar su uso y a indicarlo como último recurso; sin embargo, en la investigación recabamos referencias a situaciones de sujeción por tiempos prolongados en efectores monovalentes, sin ningún tipo de acompañamiento. Estas intervenciones son realizadas más frecuentemente en niñas, niños y adolescentes privados de cuidados parentales internados sin el acompañamiento de adultos referentes. Los trabajadores indican que la presencia de adultos junto a las niñas, niños y adolescentes, ya sea acompañantes terapéuticos o profesionales con una actitud de escucha, disminuyen la frecuencia y la duración de las contenciones.

En el hospital neuropsiquiátrico público especializado en niñas y niños, las contenciones se realizan con mayor frecuencia que en los hospitales pediátricos; por otro lado, en las guardias de esos hospitales se utilizan las contenciones mecánicas en menor medida que en sus salas de internación; pareciera que la ausencia de actividades durante el día promueven situaciones propicias al incremento de las contenciones mecánicas.

Aislamiento

El Decreto Reglamentario de la Ley 26.657 (603/ 2013) explicita en su artículo 14 que “No será admitida la utilización de salas de aislamiento”, por lo que esta es una práctica expresamente prohibida en el plexo normativa vigente en nuestro país.

Tal lo relevado en las entrevistas, no se registran salas de aislamiento en los efectores analizados; sin embargo, han sido relatadas modalidades infor-

males de aislamiento tales como el traslado de niñas, niños y adolescentes a sectores desocupados donde quedaban en condiciones de potencial aislamiento, o bien que se los ha separado del grupo de pares como forma de sanción frente a conductas disruptivas o no deseadas.

Violencia sexual y agresiones físicas

Si bien estas modalidades de violencia institucional no forman parte del carácter propio de la internación, hacen a la forma en la que se implementa en el marco de una cultura institucional propia del encierro. Así, una de las violencias que asume mayor gravedad refiere a las situaciones de agresión física que tienen lugar en las instituciones monovalentes. En las entrevistas se relevó la existencia de abusos sexuales entre niñas y niños internados, golpes perpetrados por personal de enfermería, y peleas y violencia física entre niños, niñas y adolescentes en un mismo servicio. A esto se suman, con frecuencia, las referencias a violencias verbales y psicológicas tanto por parte de los profesionales como de los internados.

El paisaje institucional que se desprende de los relatos, que se encuentra latente, es el de mañanas con cierta apariencia apacible de cuidados profesionales, y tardes-noches con situaciones de desamparo, en las que rigen los códigos típicos de las instituciones de encierro: la cultura de la violencia institucional se encarna en los niños, niñas y adolescentes que la actúan, reproduciendo las violencias que han sufrido en su ámbito familiar y social.

La normativa que establece que todos los niños, niñas y adolescentes deben estar acompañados permanentemente por un familiar o figura adulta se cumple en forma completa, según lo observado, en los hospitales pediátricos, en gran medida en los monovalentes privados, y de forma deficiente en monovalentes públicos y comunidades terapéuticas privadas.

Violencia de género y cultural

La perspectiva de género está habitualmente ausente en los servicios relevados; si bien todos dividen a las niñas, niños y adolescentes según la tradicional división respecto del sexo biológico, con sectores para varones y para mujeres, las situaciones relatadas respecto de quienes se identifican con sexualidades gays, lesbianas o travestis, representan un problema para los servicios.

Por otro lado, se constató ausencia de abordajes que contemplen la diversidad cultural y religiosa; teniendo en cuenta que muchos de los niños, niñas y adolescentes internados en efectores públicos provienen de contextos socio culturales heterogéneos, se identificó en los relatos de los entrevistados la ausencia de prácticas de atención inclusivas interculturales (Luciani Conde *et al.*, 2018).

Conclusiones

La presente investigación evidenció, en los efectores relevados de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, una importante brecha entre los estándares de atención en salud mental y la utilización de medidas restrictivas en niños, niñas y adolescentes. La atención de problemáticas relacionadas con salud mental en este grupo se encuentra en la actualidad en una encrucijada entre un marco normativo garantista y promotor de derechos de la niñez, y una modalidad de abordaje de los servicios de salud que reproducen muchas de las características de modelos tradicionales de corte asilar, propias de principios de siglo XX.

El incremento y la naturalización de las internaciones como respuesta privilegiada frente al sufrimiento psíquico y la vulnerabilidad social está determinado, en gran medida, por el déficit de cuidados integrales oportunos y de calidad en el territorio en que viven los niños, niñas y adolescentes. A su vez, la ausencia de políticas en salud mental infantil, la escasa operacionalización en los servicios de dichas políticas y de la implementación de un modelo de salud mental comunitaria, promueven la prolongación de las internaciones por carencia de dispositivos adecuados para la externación y la integración comunitaria, en especial de aquellos de mayor vulnerabilidad social.

Entre los aspectos más significativos se destaca que la internación de niños, niñas y adolescentes en efectores monovalentes funciona con frecuencia como una puerta de entrada a un circuito de institucionalización, trans-institucionalización, medicalización y cronificación del sufrimiento psíquico; a su vez, se detectó que los servicios de internación investigados no abordan adecuadamente la diversidad de género, cultural y religiosa.

El modo en que opera el corpus de saberes médicos e intervenciones sobre la niñez con sufrimiento psíquico y múltiples derechos vulnerados, a través de estrategias de control de los cuerpos y disciplinamiento, producen nuevas tecnologías de normalización (Foucault, 2010) colaborando con la patologización de la infancia y su consecuente medicalización.

Bibliografía citada

- AGT (2013a). *Niñez, adolescencia y salud mental en la Ciudad de Buenos Aires. Informe final de gestión del Ministerio Público Tutelar 2007-2013*. Buenos Aires: Eudeba-Ministerio Público Tutelar, Poder Judicial de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
- AGT (2013b). *Niñez, adolescencia y salud mental en la Ciudad de Buenos Aires. Informe de gestión del Ministerio Público Tutelar, período 2012*. Buenos Aires: Eudeba-Ministerio Público Tutelar, Poder Judicial de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
- Barcala, A. (2011). “Los dispositivos de atención en niños, niñas y adolescentes con padecimiento en su salud mental en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires”, en *Panoramas en Salud Mental*. Buenos Aires: Eudeba-Ministerio Público Tutelar.
- Barcala, A. y L. Luciani Conde (2015). *Salud mental y niñez en la Argentina. Legislaciones, políticas y prácticas*. Buenos Aires: Teseo.
- Barcala, A (2018). “Políticas de salud mental en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires: su participación en los procesos de medicalización del sufrimiento psíquico de niños y niñas” en S. Faraone y E. Bianchi (coord.) *Medicalización, Salud Mental e Infancias: perspectivas y debates desde las Ciencias Sociales. Investigaciones desde el sur de América Latina*. Buenos Aires: Teseo.
- Bericat, C. (1998). *La integración de los métodos cuantitativo y cualitativo en la investigación social*. Barcelona: Ariel.
- CELS (2015). *Derechos humanos en Argentina. Informe 2015*. Centro de Estudios Legales y Sociales. Buenos Aires: Siglo XXI.
- De Souza Minayo, M.C. (2003). “Ciencia, técnica y arte: el desafío de la investigación social”, en M. C. de Souza Minayo (org.), *La investigación social. Teoría método y creatividad*. Buenos Aires: Lugar.
- Foucault, M. (2010). *Los anormales*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Goffman, E. (1972). *Internados: ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Huberman, A. y M. Miles (1994). “Data management and analysis methods”, en N. Denzin e Y. Lincoln (ed.) *Handbook of qualitative research*. London: Sage.

- Luciani Conde, L. y A. Barcala (2018). “El uso de medidas restrictivas en la atención de salud mental de niños, niñas y adolescentes: implicancias desde la perspectiva de derechos y sanitaria”. *Revista Igualdad, Autonomía Personal y Derechos Sociales*, 6.
- Ministerio de Salud de la Nación Argentina (2013). *Plan Nacional de Salud Mental*. Dirección de Salud Mental. Disponible en http://bvs.psi.uba.ar/local/File/2013-10-29_plan-nacional-salud-mental.pdf [consulta abril de 2019].
- Ministerio Público de la Defensa (2014) *Informe Anual. Unidad de Letrados N°22. Ley 26657. Defensoría General de la Nación*. Disponible en <http://www.mpd.gov.ar/uploads/Informe%20Anual%202013.pdf>. [consulta abril de 2019].
- MPD (2015). *Acceso a la Justicia de Niños, Niñas y Adolescentes internados por Salud Mental o Adicciones. Testimonio 2012- 2014*. Ministerio Público de la Defensa. Disponible en <http://www.mpd.gov.ar/pdf/publicaciones/biblioteca/Libro%20Salud%20Mental%20web.pdf> [consulta abril de 2019].
- ONU (1991). *Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención en salud mental*. Organización de las Naciones Unidas, Asamblea general, 17 de diciembre.
- Rodríguez, G., J. Gil y E. García (1996). *Métodos de investigación cualitativa*. Málaga: Aljibe.
- Torricelli, F. y P. López (2014). “Y no comieron perdices... Análisis evaluativo de un programa de atención comunitaria para niños y adolescentes con problemática mental severa en la Ciudad de Buenos Aires”. *Topia*. Disponible en <https://www.topia.com.ar/articulos/y-no-comieron-perdices> [consulta abril de 2019].
- Vasilachis de Gialdino, I. (2007). *Estrategias de investigación cualitativa*. Buenos Aires: Gedisa.

Prácticas en materia de prevención del consumo de sustancias psicoactivas en el contexto comunitario en la ciudad de Santiago del Estero

Paula Andrea Ledesma y Mariano Anival Chávez

Introducción

Existen características específicas de funcionamiento del sistema de salud que deben ser tomadas en cuenta para la planificación de políticas públicas con los equipos de salud a nivel comunitario. Frente a esto, nos preguntamos: ¿cuál es la visión de los trabajadores de salud sobre las prácticas de prevención? ¿Cómo se incorpora esa visión a la construcción de las políticas públicas en el ámbito comunitario?

Cuando pensamos, en general, en prácticas de prevención del consumo problemático de sustancias a nivel comunitario, centramos sus objetivos en la promoción de hábitos saludables en la comunidad, retardar el inicio de consumo y trabajar en la reducción de daños a personas que ya poseen una dependencia (Navarro *et al.*, s.f.)

Es por ello que las acciones del equipo de salud, en conjunto con la comunidad, se organizan en función de “intervenir en aquellas personas con consumo problema o dependiente logrando motivar al proceso de cambio de la conducta adictiva, derivando oportunamente y evitando complicaciones mayores en problemas de salud asociados al mismo” (Navarro *et al.*, s.f.: 81). Así también, la constitución de una red de atención que contemple la suficiente fluidez para la referencia y contrarreferencia de los y las pacientes, en las diversas etapas de su proceso de tratamiento contemplando el acceso comunitario a todas las esferas de desarrollo de la persona.

Estos objetivos, según los autores mencionados, son comúnmente buscados a través de un proceso que evalúe los factores protectores y deteriorantes a nivel individual, familiar y social, para brindar información objetiva sobre diagnóstico, pronóstico y conducta, aconsejable a seguir por la persona consumidora de sustancias psicoactivas. Ahora bien, estas prácticas están ejecutadas por equipos de salud cuyos integrantes se encuentran insertos en sociedades de consumo y poseen sus representaciones sobre consumidores.

En la ciudad de Santiago del Estero hay un total de ocho Centros de Atención Primaria de Salud y un Centro Integrador Comunitario, que se encuentran ubicados en los barrios Los lagos, Tradición, 8 de abril, Borges, Campo contreras, Francisco de Aguirre, Juan XXIII, Juan Díaz de Solís, Los flores; sus áreas programáticas de atención no se limitan a un barrio si no que abarcan también zonas aledañas. Además hay un total de 24 Unidades de Atención Primaria de la Salud provinciales, tres hospitales polivalentes y tres monovalentes (oftalmología, neumonológico y psiquiátrico), y un instituto de rehabilitación integral para personas con discapacidad. Por último, existen dos dispositivos específicos de la temática, dependientes de la provincia, una dirección provincial que realiza asesoramiento y tratamiento ambulatorio, un centro de rehabilitación, para varones mayores de 18 años, de gestión privada con prestación de servicios públicos y dos dispositivos territoriales dependientes de la Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas (Sedronar) para el abordaje preventivo.

Las instituciones públicas de salud de la ciudad están concentradas en la zona centro y sur de la ciudad, y los Centros de Atención Primaria y las Unidades de Atención Primaria de Salud se encuentran distribuidas de forma más periférica en toda la ciudad, aunque existe una zona sin cobertura dentro del ejido municipal.

Cabe destacar que, en términos de políticas públicas en el ámbito de la salud mental, la provincia no se encuentra adherida con leyes propias a la Ley Nacional de Salud Mental (N° 26.657/2010) y el municipio tampoco posee adhesiones en la materia. Asimismo, los datos epidemiológicos sobre la temática del consumo de sustancias son de fuentes nacionales como el Observatorio Argentino de Drogas, así como de relevamientos sobre condiciones de salud en general.

Sobre la planificación anual del municipio en materia de salud, encontramos que históricamente se vienen realizando acciones o intervenciones que incumben a la problemática del consumo, pero estas aún no estaban siendo articuladas o sistematizadas a un objetivo institucional general. Además, las planificaciones de la Dirección de Salud municipal priorizan el calendario nacional de salud en detrimento de las problemáticas de salud locales, de cada territorio de su zona programática de acción. El sistema de salud mental municipal se encuentra fragmentado en dispositivos nacionales, provinciales y Centros de Atención Primaria, no trabajan en conjunto, además están diseñados en su mayoría para jóvenes y de género masculino

(los dispositivos de abordaje de internación sólo reciben hombres y los ambulatorios no poseen modalidades accesibles a mujeres que trabajen, estudien o sean madres), lo cual influye en el funcionamiento que poseen los equipos de salud capitalinos.

Durante el año 2017, el Municipio, en función de una mirada estratégica e integradora, convocó a diferentes direcciones municipales para el diseño de un plan municipal que abordara la problemática de los consumos en Santiago del Estero de forma organizada e integral. En ese plan estratégico, el municipio priorizó llevar adelante espacios de capacitación, reflexión y formación en articulación con la Universidad Nacional de Santiago del Estero para lograr proyectos locales de abordaje llevados a cabo por los centros de atención primaria municipales.

En función de estos proyectos locales se trabajó en conjunto con los equipos de salud municipales para reflexionar sobre las prácticas que realizaban en sus zonas programáticas, y sus visiones individuales y colectivas sobre el consumo.

Algunos aportes teóricos y posicionamientos para pensar la salud y su relación con el consumo problemáticos de sustancias

Concebimos el trabajo en las comunidades tanto en su aspecto asistencial y las actividades de prevención y promoción de la salud como una actividad integrada intersectorialmente con actores y referentes comunitarios, ya sean formales o informales. Asimismo, hicimos hincapié en el objetivo de lograr la construcción de una comunidad organizada para poder tomar decisiones y modificar sus procesos de salud-enfermedad en el ámbito individual, familiar y comunitario.

El concepto de salud con el que se trabaja en las comunidades entiende a esta como un proceso atravesado por diferentes variantes. Es por ello que hacemos referencia al concepto de *campo de salud* en donde se toman en cuenta cuatro elementos: la biología humana, el medio ambiente, el estilo de vida y la organización de la atención de salud (Sonis *et al.*, 2016). Asimismo, nos resulta importante agregar la variable política como transversal a todos estos elementos. Es por ello que el abordaje al consumo problemático de sustancias no se refiere sólo la asistencia y derivación de “adictos” si no a sujetos de derecho que necesitan modalidades terapéuticas diferentes y adaptadas a sus necesidades individuales y comunitarias. Desde esta pers-

pectiva teórica se puso en tensión las acciones que realizaban los equipos de salud en la comunidad.

En esta misma línea, a partir de los análisis teórico realizados y siguiendo lo postulado por Alicia Stolkiner, consideramos que cuando se planifican las políticas públicas es necesario considerar factores como el financiamiento, las condiciones laborales y el sistema sanitario en el que se encuentran insertos. En referencia a las políticas públicas aplicadas a la comunidad de El Dorado, esta autora sostiene que es relevante el análisis contextual económico y político: “Ocurre que los objetivos prioritarios de la reforma son externos al sistema sanitario, ya que se dirigen fundamentalmente a generar masa de capitales para los circuitos financieros, restringir el gasto social del Estado en función del cronograma de pagos de la deuda externa y disminuir el precio del trabajo para aumentar la competitividad. Al mismo tiempo, abre las puertas del sector a nuevos actores –bancos, aseguradoras internacionales, fondos de inversión múltiple– que dificultarán un cambio de rumbo en esta tendencia” (Stolkiner, 2001: 10).

Este aporte fue fundamental para analizar estas variables en las prácticas que se desarrollan en el primer nivel de atención en el municipio de Santiago del Estero, ya que el principal financiamiento del sistema de salud de la ciudad proviene del Estado provincial y planes nacionales, y el aporte estatal para su sostenimiento es muy importante.

Otro aporte para esta investigación fue una investigación realizada en la ciudad de Córdoba, en el barrio de Villa Siburu, con jóvenes, sobre su descripción de obstáculos y dificultades a la hora de emprender la tarea de prevención en la temática específica del consumo problemático de sustancias en el ámbito comunitario. La descripción de cómo la fragmentación del sistema de salud (niveles nacional, provincial y municipal) y la estigmatización de la juventud y estereotipos vinculados a las adicciones influían en la ejecución de los programas preventivos (Ledezma, 2018a).

Metodología

La investigación requiere una espiral de ciclos de planeación, acción, observación y reflexión. Los resultados de un ciclo de investigación sirven como punto de partida para el ciclo siguiente y el conocimiento que se produce es relevante para la resolución de problemas locales y el aprendizaje profesional de actores e investigadores.

En la modalidad taller, en conjunto con los trabajadores de la salud, se construyó a partir de la experiencia de los mismos cómo percibían sus prácticas de prevención del consumo de sustancias y al consumidor, el rol del equipo de salud en la prevención y cómo las características locales influían en el abordaje de la prevención del consumo de sustancias. Los agentes de salud participantes indagaron en sus registros, trabajaron en grupo y arribaron a un diagnóstico de situación de las prácticas de su institución.

Resultados

A partir de lo reflexionado en los talleres se evidenció que las prácticas también se ven atravesadas por el rol que atribuye el equipo de salud a la prevención. Los trabajadores reconocieron que las prácticas de prevención se veían obstaculizadas por un paradigma psicosocial del consumo de sustancias, y un modelo de centro de salud centrado en la asistencia, dejando de lado el rol de prevención y promoción de salud propios del primer nivel. Inicialmente manifestaron en los talleres: “Necesitamos un psiquiatra que medique”, “podríamos pedir otro lugar para internar”, “queremos saber qué hacer cuando vienen ya drogados”. Según Mariana Funes y su grupo (Funes *et al.*, 2009) las representaciones sociales están vinculadas a los modos de interpretación que las personas tienen de sus prácticas y la actividad profesional que efectivamente realizan. En los encuentros, los trabajadores y trabajadoras reconocieron que sus actividades de prevención respondían a su representación social de consumo problemático de sustancias: “enseñar los efectos”, “trabajar el autoestima”, “hablarlo, sacarlo de la droga”. La mayoría de los y las participantes refería al consumidor como “adicto” y priorizaba la atención individual especializada como principal práctica de salud; por otro lado, algunos consideraban el acceso a trabajo, recreación, alimentación y vivienda como condición necesaria para el ejercicio del derecho a la salud.

La visión de los equipos de salud vinculaban sus acciones cotidianas en el centro de salud a los significados personales que atribuían al consumo de sustancias psicoactivas. En base a los discursos de los participantes, analizamos lo propuesto por Ana Camarotti, Ana Kornblit y Pablo Di Leo (2013) sobre modelos “negativizante-unidimensional” y “reflexivo multidimensional”. Encontramos que si bien había discursos en los que se atribuía como causa de la problemática del consumo a las características individuales de los sujetos –“se drogan porque tienen problemas”, “son una

manzana podrida”, “es el mismo que vende el que se droga”–, algunos se tensionaban con las acciones que realizaban en terreno ya que consideraban al sujeto como “enfermo” y buscaban atención especializada para los mismos. Por otro lado, hubo participantes que expresaron características pertinentes a los dos modelos de análisis.

Las características locales también atraviesan el abordaje de la prevención del consumo de sustancias, ya que los modelos de formación y capacitación que los equipos de salud implementaban carecían de instancias de inclusión de características y modelo cultural local. Y estas estaban íntimamente ligadas a cuestiones institucionales del funcionamiento del municipio, ya que la referencia y contrareferencia era realizada por medios informales y diferentes estamentos del estado, y hacían hincapié en el fortalecimiento de las características individuales de los consumidores (espiritualidad/características emocionales) –“Hay que llamarla a XXXX que trabaja en el hospital para que te lo reciba”, “aprender de las neuroemociones para que no consuman”, “la iglesia es lo único que los ayuda”–.

Respecto a su visión del trabajo intersectorial en las prácticas de prevención de consumo de sustancias, los participantes del taller manifestaban dificultades en el vínculo entre profesionales y actores comunitarios.

Si bien los equipos de salud consideraban que la participación de referentes comunitarios era necesaria para disminuir la venta de sustancias ilegales, y la incorporación de la familia y grupos de pares positivos influían directamente en el consumo, pero estas nociones no se tomaban en cuenta a la hora de planificar acciones de prevención del consumo de sustancias ya que percibían como obstáculos el sistema formal de salud y la integración de los actores comunitarios en el mismo.

Conclusiones

Las intervenciones realizadas en los talleres permitieron problematizar las prácticas que eran llevadas a cabo en materia de prevención del consumo de sustancias, visibilizando la influencia de sus significaciones personales sobre el consumo.

A través de preguntas e intercambios de diferentes puntos de vista, la indagación de información fidedigna (leyes, paradigmas, teorías), los y las participantes pudieron advertir fortalezas y obstáculos para mejorar sus

prácticas en sus comunidades y democratizar el acceso de políticas públicas a usuarios con problemática de consumo.

Esta experiencia es innovadora por sus características de trabajo interinstitucional, organizacional y reflexivo en la creación de políticas públicas, ya que permite incorporar las voces de los y las trabajadores sobre la formulación de esas políticas públicas. La organización y adaptación de lenguajes en común entre los trabajadores de salud del primer nivel, los niveles intermedios de dirección de salud del municipio y los docentes investigadores de la universidad, permite unas aproximaciones al conocimiento de los recursos locales internos de cada centro de atención primaria y el intercambio entre sí posibilita crear redes entre diferentes servicios y el conocimiento de la oferta institucional de salud local.

Discusión

Entendemos que la iniciativa de la participación en la planificación es innovadora para reflexionar sobre las políticas públicas que se ejercen en la actualidad en las comunidades y se destaca la iniciativa del municipio ya que su objetivo no persigue controles ni fines externos si no la mejora en la calidad de servicio a los ciudadanos. Sin embargo, todavía existe el reto de la incorporación de las voces de los usuarios de salud de los diferentes territorios, así como las instituciones y organizaciones locales. El dispositivo para garantizar la construcción colectiva y participativa todavía representa un desafío necesario para garantizar el derecho a la salud mental.

Bibliografía citada

- Camarotti, A., A. Kornblit y P. Di Leo (2013). “Prevención del consumo problemático de drogas en la escuela: estrategia de formación docente en Argentina utilizando TIC”. *Comunicação, Saúde, Educação*, 17. Disponible en <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180128561016> [consulta septiembre de 2018].
- Castaños M., Palop M., Rodriguez M. y Tubert S. (2007) **Intervención en Drogodependencias con enfoque de Género**. Instituto de la Mujer, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Madrid: Estugraf. Condesa de Venadito, Madrid (España). Ed. Estilo Estugraf Impresores, S.L. 2007

- Funes M., A. Esmoris, M. García, N. La Greca, C. Pérez, G. Brudnick, M. Rojas y P. Etchandy (2009). “Algunas reflexiones sobre las representaciones sociales y prácticas de los profesionales de salud escolar”. *Anuario de investigaciones*, 16, 231-237. Disponible en http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-16862009000100021&lng=es&tlng=es [consulta agosto de 2018].
- Ledesma, P. (2018 a). “Espacios de encuentro saludables con jóvenes en la prevención inespecífica del consumo problemático de sustancias en zonas urbano-marginales de la ciudad de Córdoba”. Tesis, Especialista en Salud Social y Comunitaria, Universidad Católica de Córdoba.
- Navarro, A., M. Vezzoni, A. Saracco, M. Bríccola, E. Barrera, J. Segura y A. Mercado (comp.) (s.f.). *Atención primaria en salud ante el consumo problemático de drogas*. Gobierno de la provincia de Mendoza. Disponible en <http://www.salud.mendoza.gov.ar/wp-content/uploads/sites/7/2014/10/APS-Consumo-Problemativo-de-Drogas...pdf> [consulta octubre de 2018].
- Sonis, A., J. Bello y M. De Lellis (2016). “Programa Equipos comunitarios. Módulo 1. Salud y Sociedad”. Posgrado en Salud Social y Comunitaria, Ministerio de Salud. Disponible en http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001026cnt-modulo%201_salud-sociedad.pdf [consulta septiembre de 2018].
- Stolkiner, A. (2001). “Neoliberalismo y servicios de salud en la Argentina: estudio de caso”. *Quadern CAPS*.

Documentos consultados

- Acquaviva M., J. Canavessi y M.G. Innamoratto (2015). “Mujeres y consumo problemático de sustancias psicoactivas Aportes para una política pública con enfoque de género”, en *Vulnerabilidad social, adicciones y prácticas delictivas*. Buenos Aires, Infojus.
- Chávez M.A., A.M. Vazquez y M.L. Maatouk (s.f.). “La prevención del consumo de sustancias psicoactivas del primer nivel de atención, un desafío del equipo de salud”. Jornadas del Noa de Sociología, Universidad Nacional de Santiago del Estero.

- Colace, P. (2011). “El ocultamiento de las mujeres en el consumo de sustancias psicoactivas”. Unidad de Seguimiento de Políticas Públicas en Adicciones Legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
- Comes, Y. (2004). “La accesibilidad: una revisión conceptual. Documento laboris del Proyecto de Investigación P077 – UBACyT, 2004”, en R. Solitario, P. Garbus y A. Stolkiner, *Derechos, ciudadanía y participación en salud: su relación con la accesibilidad simbólica a los servicios*. Anuario de Investigaciones, XV, I, 264. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.
- Farapi, S.L. (2009). *Drogas y género*. Gizonduz y Emakunde: Instituto Vasco de la mujer. Organismo Autónomo del Gobierno Vasco. Disponible en https://www.drogasgenero.info/wp-content/uploads/3_drogas_y_genero-1.pdf [consulta abril de 2019].
- Gatti, Villalba, Molina y Alegría (s./f.). Módulo 7 Participación Comunitaria, Posgrado en salud social y comunitaria. Posgrado en salud social y comunitaria Programa Equipos comunitarios, Ministerio de salud de la nación. Presidencia de la Nación Argentina. Disponible en http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000001032cnt-modulo_7_salud-participacion-comunitaria.pdf [consulta septiembre de 2018].
- González, M.V. (s.f.). Ficha de la cátedra de entrevista psicológica de la facultad de psicología de universidad nacional de córdoba. Disponible en <http://www.ocw.unc.edu.ar/facultad-de-psicologia/entrevista-psicologica/actividades-y-materiales/la-entrevista-psicoanalitica-caracteristica> [consulta septiembre de 2018].
- Jeifetz, V. (2017). “Adicciones y género. El problema de la equidad en la adherencia al tratamiento”. Presentación, 1er congreso provincial de salud mental y adicciones, Ministerio de salud de la Provincia de Buenos aires. Disponible en <http://www.ms.gba.gov.ar/sitios/congresosaludmentalyadicciones/2017/05/13/adicciones-y-genero-el-problema-de-la-equidad-en-la-adherencia-al-tratamiento/> [consulta septiembre de 2018].
- Ledesma, P. (2018 b). Trabajo final de la Capacitación en Sistemas de Información Geográfica 03-2018 de modalidad virtual organizado por SEDRONAR.

- Organización Panamericana de la Salud (2016). “Abordaje del consumo de sustancias en la atención primaria”. *Intramed*, 1° de agosto. Disponible en <http://www.intramed.net/contenido/ver.asp?contenidoID=89114> [consulta septiembre de 2018].
- Sedronar (2015). “Sedronar está”. Material teórico del taller de formación para el abordaje comunitario de los consumos problemáticos. Fichas prácticas para referentes de instituciones y organizaciones territoriales.
- Sedronar (s./f.). Manual de epidemiología. Guía para Observatorios Provinciales de Drogas, Dirección del Observatorio Argentino de Drogas, SEDRONAR, Presidencia de la nación argentina. Disponible en <http://www.observatorio.gov.ar/media/k2/attachments/ManualZEPIDEMIOLOGA.pdf> [consulta septiembre de 2018].
- Zarco Montejó J., F. Caudevilla Galligo, A. López Santiago, J. Apolinar Álvarez Mazariegos y S. Martínez Osorio (2007). “El papel de la atención primaria ante los problemas de salud relacionados con el consumo de drogas”. Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. Disponible en www.fundacioncsz.org/ArchivosPublicaciones/89.pdf [consulta octubre de 2018].

Sobre los autores y las autoras

Andrea Albino

Licenciada en Terapia Ocupacional (Universidad de Buenos Aires). Especialista y maestranda en Metodología de la Investigación Científica (Universidad Nacional de Lanús). Docente en la Universidad de Buenos Aires y la Universidad Nacional de San Martín. Integrante de equipo de investigación en Universidad Nacional de Lanús. Coordinadora de equipo interdisciplinario especializado en niños y adolescentes. Presidenta de la Asociación Argentina de Terapeutas Ocupacionales.

Moira Griselda Ale

Psicóloga (Universidad Nacional del Comahue); especialización de Niños y de Adolescentes (Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales, en curso).

Ana Cecilia Augsburger

Psicóloga (Universidad Nacional de Rosario). Magister en Salud Pública (Universidad Nacional de Rosario). Investigadora independiente en la Carrera de Investigador/a Científico/a del Consejo de Investigaciones de la Universidad Nacional de Rosario. Profesora en la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Rosario. Docente e investigadora en el Instituto de la Salud Juan Lazarte, Rosario.

Alejandra Barcala

Licenciada en Psicología; magister en Salud Pública; doctora en Psicología (Universidad de Buenos Aires). Programa Postdoctoral de Investigación en Ciencias Sociales, Niñez y Juventudes. Coordinadora y profesora titular del Doctorado Internacional en Salud Mental Comunitaria de la Universidad Nacional de Lanús. Coordinadora del Grupo de Investigación y Trabajo “Niñez, Derechos Humanos y Salud Mental”, de la Universidad Nacional de Lanús.

Gabriela A. Bercovich

Licenciada en Ciencia Política (Universidad de Buenos Aires); maestranda en Políticas Públicas y Desarrollo (Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales). Docente e investigadora de la Universidad Nacional del Comahue.

Eugenia Bianchi

Licenciada en Sociología; magister en Investigación en Ciencias Sociales; doctora en Ciencias Sociales (Universidad de Buenos Aires). Docente de grado y posgrado en universidades nacionales. Investigadora asistente en Conicet. Integrante del Grupo de Estudios sobre Salud Mental y Derechos Humanos, Instituto de Investigaciones Gino Germani. Integrante del Grupo de Investigación y Trabajo “Niñez, Derechos Humanos y Salud Mental”, de la Universidad Nacional de Lanús.

María Marcela Bottinelli

Licenciada en Psicología (Universidad de Buenos Aires); especialista y magister en Metodología de Investigación Científica; doctora en Salud Mental Comunitaria (Universidad Nacional de Lanús). Profesora investigadora en la Universidad Nacional de Lanús y en la Universidad de Buenos Aires en grado y posgrado. Directora de Evaluación y Gestión Académica, y miembro de la Dirección de Planificación y Evaluación de la Universidad Nacional de Lanús. Investigadora categoría I del Sistema Nacional Argentino. Miembro de las redes de evaluación Red de Seguimiento, Evaluación y Sistematización de Latinoamérica y el Caribe (ReLAC) y la Red Argentina de Evaluación (EvaluAR). Presidenta del Consejo Consultivo Honorario en Salud Mental y Adicciones, de la Comisión Interministerial en Políticas de Salud Mental y Adicciones, Jefatura de Gabinete de Ministros de la Nación.

Magdalena Bouzigues

Licenciada en Psicología y magister en Antropología Social (Universidad de Buenos Aires). Docente en la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires. Integrante del Departamento de Certificación y Evaluación de la Discapacidad, Agencia Nacional de Discapacidad.

Leandro Luciani Conde

Licenciado en Psicología; magister en Salud Pública; doctor en Ciencias Sociales (Universidad de Buenos Aires). Docente investigador en la Universidad Nacional de Lanús y la Universidad de Buenos Aires.

Laura A. Cordero

Licenciada en Psicología. Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental Comunitaria. Hospital Área Programa General Roca, Río Negro.

Hernán Crespo Kaul

Médico (Universidad Nacional de Cuyo); psiquiatra infantojuvenil (Ciudad Autónoma de Buenos Aires); doctorando en Salud Mental Comunitaria (Universidad Nacional de Lanús). Integrante del Equipo Técnico de la Unidad de Letrados de Personas Menores de Edad del art. 22 Ley 26.657 de la Defensoría General de la Nación. Integrante del Grupo de Investigación y Trabajo “Niñez, Derechos Humanos y Salud Mental”, de la Universidad Nacional de Lanús.

Mariano Anival Chávez

Licenciado en Enfermería; especialista en Docencia Universitaria; diplomado en Salud Mental y en Educación Médica. Profesor adjunto en la Universidad Nacional de Santiago del Estero. Investigador categoría III en el Proyecto de Investigación Consejo de Investigaciones de Ciencia y Técnica (CiCyT), de la Universidad Nacional de Santiago del Estero.

M. Gabriela De Gregorio

Psicopedagoga. Maestría en Administración Pública con mención en políticas de salud, Instituto de Investigación y Formación en Administración Pública, Universidad Nacional de Córdoba. Docente e investigadora en la Facultad de Derecho y Ciencias Sociales de la Universidad Nacional del Comahue. Profesional del Hospital Francisco. López Lima, Río Negro.

Francisco Díaz

Licenciado en Audiovisión. especialista en Metodología de la Investigación Científica (Universidad Nacional de Lanús). Profesor en la Universidad Tecnológica Nacional. Docente Investigador universitario en grado en la Universidad Nacional de Lanús.

Silvia Faraone

Licenciada en Trabajo Social; magister en Salud Pública; doctora en Ciencias Sociales (Universidad de Buenos Aires). Docente de grado y posgrado en la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires. Investigadora y Coordinadora del Grupo de Estudios sobre Salud Mental y Derechos Humanos, Instituto de Investigaciones Gino Germani.

Carolina Fernández

Licenciada en Psicología (Universidad de Buenos Aires); magíster en Salud Mental Comunitaria (Universidad Nacional de Lanús). Psicóloga de

planta en el Centro de Salud y Acción Comunitaria N°40. Realizó trabajos de investigación en el Centro Interdisciplinario de Investigaciones en Psicología Matemática y Experimental, del Conicet. Integrante del Grupo de Investigación y Trabajo “Niñez, Derechos Humanos y Salud Mental”, de la Universidad Nacional de Lanús.

María Laura Folgar

Abogada y magister en Magistratura (Universidad de Buenos Aires). Coordinadora de la Unidad de Letrados de Personas Menores de Edad del art. 22 Ley 26.657 y Co-titular de la Comisión del Seguimiento del Tratamiento Institucional de Niños, Niñas y Adolescentes de la Defensoría General de la Nación.

Daniel Frankel

Licenciado de Sociología; magister en Administración y Políticas Públicas (Universidad de San Andrés); doctor en Ciencias Sociales (Universidad de Buenos Aires). Postdoctorando en Ciencias Sociales. Docente e investigador de grado y posgrado en la Universidad Nacional de Lanús y la Universidad Nacional de La Matanza.

Emiliano Galende

Médico psicoanalista. Profesor Consulto de la Universidad Nacional de Lanús (UNLa). Director del Consejo Consultivo Honorario de la Maestría y el Doctorado en Salud Mental Comunitaria de la UNLa. Docente e investigador en universidades de Argentina, Uruguay, Chile y España. Miembro Fundador de la Red Maristan (Universidades de Londres, Inglaterra; de Granada, España; Nova de Lisboa, Portugal; Mayor de San Simón, Bolivia; Federal de Porto Alegre, Brasil; de Concepción, Chile y UNLa, Argentina). Ex director del Doctorado en Salud Mental Comunitaria de la UNLa y la Red Maristan. Publicó numerosos ensayos y artículos especializados sobre salud mental, cultura y subjetividad.

Lorena M. Gallosi

Psicóloga (Universidad de Buenos Aires); postgrado Inicial y Primera Infancia (Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, Argentina); doctoranda en Educación (Universidad Nacional del Comahue). Docente profesora Adjunta de la Universidad de Flores, Sede Comahue. Docente regular e investigadora de la Universidad Nacional del Comahue. Integrante del Grupo de Investigación y Trabajo “Niñez, Derechos Humanos y Salud Mental”, de la Universidad Nacional de Lanús.

Cecilia Garzón

Licenciada en Psicología (Universidad Nacional de Tucumán); maestranda en Salud Mental Comunitaria, becaria doctoral (Universidad Nacional de Lanús).

Rosalía Muñoz Genestoux

Abogada, especialista en Derecho de Familia (Universidad de Buenos Aires). Docente en Universidad de Buenos Aires. Letrada de la Unidad de Letrados de Personas Menores de Edad del art. 22 Ley 26.657 de la Defensoría General de la Nación.

Sandra Silvana Gerlero

Psicóloga (Universidad Nacional de Rosario); magister en Salud Mental (Universidad Nacional de Entre Ríos); magister en Salud Pública (Universidad Nacional de Rosario). Vicedirectora de la Carrera de Posgrado de Especialización en Epidemiología de la Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Rosario/Instituto de la Salud “Juan Lazarte”. Profesora en la Facultad de Psicología de Universidad Nacional de Rosario e investigadora y docente del Instituto de la Salud “Juan Lazarte”, Rosario.

Leticia Grippo

Licenciada en Psicología (Universidad de Buenos Aires); magister en Psicología Social Comunitaria. Docente de grado en la Universidad de Buenos Aires, la Universidad Nacional de Quilmes, la Universidad Nacional de Tres de Febrero y la Universidad Nacional de las Artes. Colaboradora docente de posgrado en la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires.

Débora Grunberg

Licenciada en Psicología y magister en Psicología Educacional (Universidad de Buenos Aires). Investigadora y doctoranda en la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires. Becaria doctoral en el Conicet.

Mariana Clara Heredia

Licenciada en Psicología (Universidad de Buenos Aires). Doctoranda en Salud Mental Comunitaria (Universidad Nacional de Lanús). Docente de la Universidad de Buenos Aires. Psicóloga de planta del Hospital de Niños Dr. Ricardo Gutiérrez. Integrante del Grupo de Investigación y Trabajo “Niñez, Derechos Humanos y Salud Mental”, de la Universidad Nacional de Lanús.

Beatriz Janin

Psicóloga, psicoanalista. Directora de las carreras de especialización en Psicología clínica infantil con orientación psicoanalítica y en Psicoanálisis con Adolescentes de la Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales. Profesora de posgrado en la Universidad Nacional de Rosario y en la Universidad Nacional de Córdoba. Presidenta del Forum Infancias.

Paula Andrea Ledesma

Licenciada en Psicología; especialista en Salud Social y Comunitaria. Profesora adjunta en la Universidad Nacional de Santiago del Estero. Integrante del Proyecto de Investigación aprobado por el Consejo de Investigaciones de Ciencia y Técnica (CiCyT), de la Universidad Nacional de Santiago del Estero. Referente técnica del Programa Municipios en Acción Sedronar de la Municipalidad de Santiago del Estero.

Costanza Leone

Tesista de Licenciatura de Ciencias de la Comunicación (Universidad de Buenos Aires). Integrante del Área de Comunicación del Programa de Salud Sexual y Reproductiva del Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación. Integrante del Grupo de Estudios Sobre Salud Mental y Derechos Humanos, Instituto de Investigaciones Gino Germani.

Celeste Lorenzini

Licenciada en Psicología (Universidad Nacional de Mar del Plata). Doctoranda en Salud Mental Comunitaria (Universidad Nacional de Lanús). Integrante del equipo de Atención Primaria de la Salud, Hospital San Roque, del Ministerio de Salud de la provincia de Jujuy.

Valeria Llobet

Doctora en Psicología (Universidad de Buenos Aires). Investigadora independiente del Conicet. Profesora adjunta regular en la Escuela de Humanidades, Universidad Nacional de San Martín, y directora del Centro de Estudios Desigualdades, Sujetos e Instituciones, donde integra el Programa de Estudios Sociales de Infancia, Juventud y Género.

Carolina Maldonado

Licenciada en Psicología (Universidad Abierta Interamericana); enfermera universitaria (Universidad Nacional de Quilmes); Especialista en Metodología de la Investigación (Universidad Nacional de Lanús). Docente in-

vestigadora en la Universidad Nacional de Lanús y la Universidad Abierta Interamericana. Profesora en la Tecnicatura Superior de Enfermería, Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires.

Carla Micele

Licenciada en Psicología (Universidad de Buenos Aires), magister en Salud Mental Comunitaria (Universidad Nacional de Lanús). Profesora adjunta y directora de Cooperación en la Universidad Nacional de Lanús. Integrante del Grupo de Investigación y Trabajo “Niñez, Derechos Humanos y Salud Mental”, de la Universidad Nacional de Lanús.

Alejandro Michalewicz

Licenciado en Psicología (Universidad de Buenos Aires). Investigador en la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, y del Departamento de Salud Comunitaria de la Universidad Nacional de Lanús. Psicólogo en un Centro de Atención Primaria de Salud del Municipio de San Martín.

Silvia A. Morales

Licenciada en Servicio Social; Especialista en Trabajo Social Forense (Universidad Nacional del Comahue). Mediadora. Miembro del Equipo interdisciplinario del Juzgado de Familia Villa Regina, Río Negro.

Mariela Nabergoi

Licenciada en Terapia Ocupacional (Universidad de Buenos Aires); especialista en Metodología de la Investigación, doctora en Salud Mental Comunitaria (Universidad Nacional de Lanús). Docente investigadora en grado y posgrado en la Universidad Nacional de Lanús, la Universidad Nacional de San Martín y la Universidad de Buenos Aires. Miembro del equipo de validación del Instrumento de Observación del Desarrollo Infantil, Ministerio de Salud de la Nación.

Ximena P. Novellino

Licenciada en Psicología (Universidad Nacional de Córdoba). Docente profesora adjunta en la Universidad de Flores, Sede Cipolletti. Docente regular e investigadora de la Universidad Nacional del Comahue. Integrante del Grupo de Investigación y Trabajo “Niñez, Derechos Humanos y Salud Mental”, de la Universidad Nacional de Lanús.

Milagros Oberti

Profesora de Enseñanza Media y Superior en Ciencias de la Comunicación y tesista de Licenciatura en Ciencias de la Comunicación (Universidad de Buenos Aires). Educadora sociocomunitaria de niños y niñas en contexto de vulnerabilidad. Integrante del Grupo de Estudios Sobre Salud Mental y Derechos Humanos, Instituto de Investigaciones Gino Germani.

Sonia Olmedo

Licenciada en Psicología. Asistente en la Maestría en Salud Mental Comunitaria. Miembro de la Comisión Asesora de Discapacidad de la Universidad Nacional de Lanús.

Marcela A. Parra

Licenciada y profesora en Psicología (Universidad Nacional de Córdoba); magister en Ciencias Sociales (Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, México); doctora en Psicología Social (Universidad Autónoma de Barcelona). Postdoc Investigación en Ciencias Sociales, Niñez y Juventud (Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales, en curso). Postdoc Centro de Estudios Avanzados (Universidad Nacional de Córdoba). Docente, investigadora y extensionista de la Universidad Nacional del Comahue. Psicóloga del Centro de Atención Primaria de la Salud de Parque Industrial, Neuquén. Integrante del Grupo de Investigación y Trabajo “Niñez, Derechos Humanos y Salud Mental”, de la Universidad Nacional de Lanús.

Yanina Patiño

Licenciada en Psicología (Universidad de Buenos Aires). Becaria doctoral UBACyT, de la Universidad de Buenos Aires. Jefa de Trabajos Prácticos interina en la Universidad de Buenos Aires y supervisora en la Carrera de Especialización.

Laura Poverene

Licenciada en Psicología; magister en Problemáticas Sociales Infanto Juveniles (Universidad de Buenos Aires). Doctoranda en Salud Mental Comunitaria (Universidad Nacional de Lanús). Becaria doctoral en Conicet. Investigadora en el Departamento de Salud Comunitaria de la Universidad Nacional de Lanús y la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires. Co-coordinadora del Grupo de Investigación y Trabajo “Niñez, Derechos Humanos y Salud Mental”, de la Universidad Nacional de Lanús.

Gerardo Prol

Licenciado en Psicología (Universidad de Buenos Aires); doctorando en Salud Mental Comunitaria (Universidad Nacional de Lanús). Profesor Titular en la carrera de Licenciatura en Educación, en la Escuela de Humanidades de la Universidad de General de San Martín. Profesor titular de la materia Infancia y Juventud del departamento de Planificación y Políticas Públicas de la Universidad Nacional de Lanús. Integrante del Grupo de Investigación y Trabajo “Niñez, Derechos Humanos y Salud Mental”, de la Universidad Nacional de Lanús.

Sergio Remesar

Licenciado en Psicología, especialista y maestrando en Metodología de la Investigación (Universidad Nacional de Lanús), doctorando en Ciencias de la Salud (Instituto Universitario de Ciencias de la Salud, Fundación Barceló). Docente investigador en grado en la Universidad Nacional de Lanús, la Universidad Nacional de Quilmes y la Universidad Abierta Interamericana; y en posgrado en la Universidad de Buenos Aires, la Universidad Maimónides, la Universidad Nacional de las Artes, la Fundación Barceló y la Universidad Nacional de Lanús. Director y codirector de Proyectos de Investigación SACyT en la Universidad Nacional de Lanús y la Universidad Nacional de Quilmes. Becario de investigación SACyT 2009, 2013 y 2018.

Selva Sena

Licenciada en Psicología, profesora en Enseñanza Media y Superior en Psicología (Universidad de Buenos Aires); doctora en Salud Mental Comunitaria (Universidad Nacional de Lanús). Profesora adjunta de la Tecnicatura Universitaria en Economía Social y Solidaria de la Universidad Nacional de Quilmes. Docente del Profesorado Universitario de Psicología de la Universidad de Buenos Aires. Investigadora en la Universidad Nacional de Quilmes. Coordinadora académica del Diploma de Operador Socioeducativo en Economía Social y Solidaria. Directora del Proyecto de extensión “Diploma en Operador Socioeducativo en Economía Social y Solidaria”, de la Universidad Nacional de Quilmes.

Carlos Tisera

Médico psiquiatra, especialista en Niños. Exjefe e instructor de Residentes de Salud Mental Infante Juvenil, Hospital de Niños Dr. Ricardo Gutiérrez, de la Ciudad de Buenos Aires. Docente en la Facultad de Medicina de la

Universidad de Buenos Aires. Investigador en el Centro de Salud Mental Comunitaria “Mauricio Goldenberg”, de la Universidad Nacional de Lanús.

Flavia Torricelli

Licenciada en Psicología; doctora en Psicología (Universidad de Buenos Aires). Docente de grado y posgrado de la Facultad de Ciencias Sociales y de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires. Integrante del Grupo de Estudios Sobre Salud Mental y Derechos Humanos, Instituto de Investigaciones Gino Germani. Integrante del Grupo de Investigación y Trabajo “Niñez, Derechos Humanos y Salud Mental”, de la Universidad Nacional de Lanús.

Ana Silvia Valero

Licenciada en Antropología (Universidad Nacional de La Plata); doctoranda en Ciencias Sociales (Universidad de Buenos Aires). Docente de grado en la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires y de la Facultad de Ciencias Naturales y Museo de la Universidad Nacional de La Plata. Integrante del Grupo de Estudios Sobre Salud Mental y Derechos Humanos (GESMyDH) del Instituto de Investigaciones Gino Germani.

Victoria Vidal

Licenciada en Psicología (Universidad de Buenos Aires); profesora en Enseñanza Media y Superior en Psicología (Universidad de Buenos Aires) y magister en Psicología Social Comunitaria (Universidad de Buenos Aires). Docente Investigadora en grado en la Universidad de Buenos Aires y la Universidad Nacional de Quilmes.

Patricia Vila

Licenciada en Psicopedagogía (Universidad CAECE); doctoranda en Salud Mental Comunitaria (Universidad Nacional de Lanús). Coordinadora de la Licenciatura en Psicopedagogía de la Universidad Nacional de San Martín. Docente en la Universidad Nacional de San Martín y la Universidad Nacional de Córdoba. Docente titular y coordinadora del Servicio de Orientación Educativa en Universidad CAECE. Integrante del Grupo de Investigación y Trabajo “Niñez, Derechos Humanos y Salud Mental”, de la Universidad Nacional de Lanús.

Carla Villalta

Doctora en Antropología Social. Investigadora independiente del Conicet. Co-coordinadora del Programa de Antropología Política y Jurídica, Instituto de Ciencias Antropológicas, Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Buenos Aires. Profesora adjunta regular de la carrera de Ciencias Antropológicas, Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Buenos Aires. Docente e integrante de la Comisión Académica del Doctorado en Derechos Humanos de la Universidad Nacional de Lanús.

Pablo Vommaro

Doctor en Ciencias Sociales (Universidad de Buenos Aires); posdoctor en Ciencias Sociales, Niñez y Juventud (Universidad Católica de San Pablo, Universidad de Manizales, CINDE, COLEF y Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales). Profesor de Historia de la Universidad de Buenos Aires. Investigador adjunto del Conicet y del Instituto de Investigaciones Gino Germani, donde co-coordina el Grupo de Estudios de Políticas y Juventudes (GEPoJu). Es miembro del Grupo de Trabajo Juventudes e Infancias, del Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales.

Juan Carlos Volnovich

Médico, psicoanalista, especialista en Psiquiatría Infantil. Ha colaborado con numerosos organismos de derechos humanos, entre ellos Madres de Plaza de Mayo, Abuelas de Plaza de Mayo, Donac. AICF. Programa para Víctimas del Terrorismo de Estado, Movimiento Solidario en Salud Mental, Physicians for Human Rights, Walter Briehl Human Rights Association, International Human Rights Comitee. American Public Health Association, Americas Watch.

Alejandro Wilner

Médico pediatra y sanitarista, especialista en Planificación y Gestión en Salud; doctorando en Salud Mental Comunitaria (Universidad Nacional de Lanús). Docente titular concursado e investigador de la Universidad Nacional de Lanús. Integrante del Grupo de Investigación y Trabajo “Niñez, Derechos Humanos y Salud Mental”, de la Universidad Nacional de Lanús.

Esta publicación se propone reunir y amalgamar producciones académicas presentadas por investigadores e investigadoras durante el Primer Encuentro de Investigaciones en Salud Mental y Derechos Humanos en las Infancias y Adolescencias, realizado en el mes de junio de 2018 en la Universidad Nacional de Lanús, Buenos Aires, Argentina. Dicho Encuentro fue organizado en forma conjunta con el Grupo de Trabajo Infancias y Juventudes del Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales (CLACSO) con el objetivo de compartir e integrar saberes que contribuyan al desarrollo de investigaciones y aporten a la transformación de las prácticas y políticas públicas referidas a dicha población. Creemos que el intercambio sobre las situaciones generadas en las diversas intersecciones en el campo de la niñez nos permitirá elaborar nudos críticos en la construcción de una agenda de trabajo compartida que recoja las necesidades de los niños y niñas en las distintas regiones de la Argentina, y favorezca la construcción de un proyecto futuro para cada uno de ellos y ellas.

Alejandra Barcala y Laura Poverene

El Encuentro es una expresión de la ciencia pública y la ciencia abierta. Ciencia comprometida con lo público, con su ampliación y defensa. Un conocimiento que se propone abierto, democrático, colaborativo. Que reconoce saberes y se enuncia desde el diálogo y la participación. Que busca construir lo común desde la diversidad.

Pablo Vommaro

Introducir a la lectura de este libro requiere destacar que el mismo cumple ampliamente con un anhelo profundo de quienes participamos de la construcción de una salud mental comunitaria, cual es, lograr fundamentar desde una epistemología crítica los nuevos conceptos de este campo, a la vez que respaldar con la investigación sus impactos en los procesos de atención y en las políticas públicas que se implementan.

Emiliano Galende

