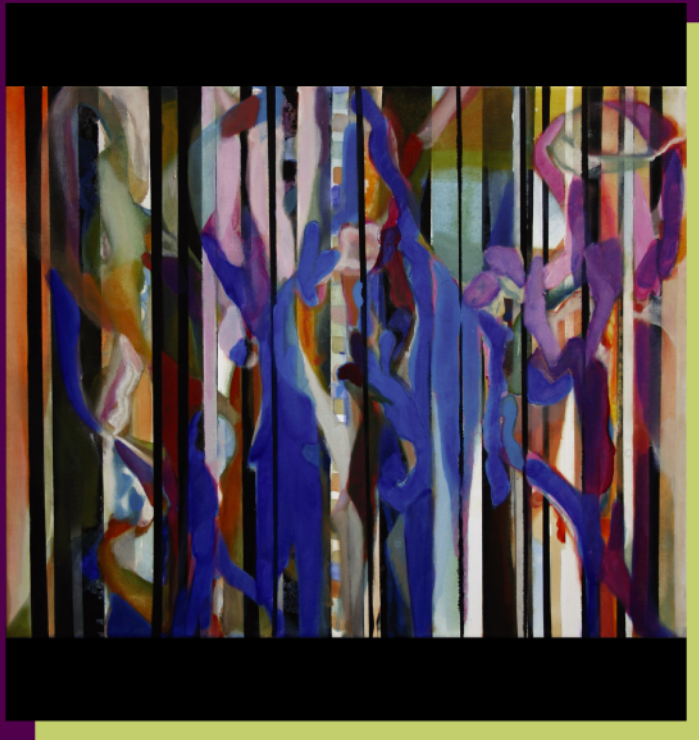


VERTEX
REVISTA ARGENTINA DE PSIQUIATRIA
70



ADOLESCENCIA

*Abadi / Bula / Chieri / Comas / Finkelsztein / Massei / Job
Matusevich / Nirenberg / Rodríguez Garín / Ruiz / Triskier / Vairo / Vasen*

Revista de Experiencias Clínicas y Neurociencias / Dossier / El Rescate y la Memoria / Confrontaciones / Señales

Volumen XVII - Nº 70 Noviembre - Diciembre 2006

Director:
Juan Carlos Stagnaro
Director Asociado para Europa:
Dominique Wintrebert

Comité Científico

ARGENTINA: F. Alvarez, S. Bermann, M. Cetcovich Bakmas, I. Berenstein, R. H. Etchegoyen, O. Gershanik, A. Goldchluk, M. A. Matterazzi, A. Monchablon Espinoza, R. Montenegro, J. Nazar, E. Olivera, J. Pellegrini, D. J. Rapela, L. Ricón, S. L. Rojtenberg, D. Rabinovich, E. Rodríguez Echandía, L. Salvarezza, C. Solomonoff, M. Suárez Richards, I. Vegh, H. Vezzetti, L. M. Zieher, P. Zöpke. **AUSTRIA:** P. Berner. **BÉLGICA:** J. Mendlewicz. **BRASIL:** J. Forbes, J. Mari. **CANADA:** B. Dubrovsky. **CHILE:** A. Heerlein, F. Lolas Stepke. **EE.UU.:** R. Alarcón, O. Kernberg, R. A. Muñoz, L. F. Ramírez. **ESPAÑA:** V. Barembliit, H. Pelegrina Cetrán. **FRANCIA:** J. Bergeret, F. Caroli, H. Lõo, P. Nõel, J. Postel, S. Resnik, B. Samuel-Lajeunesse, T. Tremine, E. Zarifian. **ITALIA:** F. Rotelli, J. Pérez. **PERU:** M. Hernández. **SUECIA:** L. Jacobsson. **URUGUAY:** A. Lista, E. Probst.

Comité Editorial

Martín Agrest, Norberto Aldo Conti, Pablo Gabay, Gabriela Silvia Jufe, Eduardo Leiderman, Santiago Levin, Daniel Matusevich, Alexis Mussa, Martín Nemirovsky, Fabián Triskier, Ernesto Wahlberg, Silvia Wikinski.

Corresponsales

CAPITAL FEDERAL Y PCIA. DE BUENOS AIRES: S. B. Carpintero (Hosp. C.T. García); N. Conti (Hosp. J.T. Borda); V. Dubrovsky (Hosp. T. Alvear); R. Epstein (AP de BA); J. Faccioli (Hosp. Italiano); A. Giménez (A.P.A.); N. Koldobsky (La Plata); A. Mantero (Hosp. Francés); E. Matta (Bahía Blanca); D. Millas (Hosp. T. Alvarez); L. Millas (Hosp. Rivadavia); G. Onofrio (Asoc. Esc. Arg. de Psicot. para Grad.); J. M. Paz (Hosp. Zubizarreta); M. Podruzny (Mar del Plata); H. Reggiani (Hosp. B. Moyano); S. Sarubi (Hosp. P. de Elizalde); N. Stepansky (Hosp. R. Gutiérrez); E. Diamanti (Hosp. Español); J. Zirulnik (Hosp. J. Fernández). **CORDOBA:** C. Curtó, J. L. Fitó, A. Sassatelli. **CHUBUT:** J. L. Tuñón. **ENTRE RIOS:** J. H. Garcilaso. **JUJUY:** C. Rey Campero; M. Sánchez. **LA PAMPA:** C. Lisofsky. **MENDOZA:** B. Gutiérrez; J. J. Herrera; F. Linares; O. Voloschin. **NEUQUÉN:** E. Stein. **RIO NEGRO:** D. Jerez. **SALTA:** J. M. Moltrasio. **SAN JUAN:** M. T. Aciar. **SAN LUIS:** J. Portela. **SANTA FE:** M. T. Colovini; J. C. Liotta. **SANTIAGO DEL ESTERO:** R. Costilla. **TUCUMAN:** A. Fiorio.

Corresponsales en el Exterior

ALEMANIA Y AUSTRIA: A. Woitzuck. **AMÉRICA CENTRAL:** D. Herrera Salinas. **CHILE:** A. San Martín. **CUBA:** L. Artilles Visbal. **ESCOCIA:** I. McIntosh. **ESPAÑA:** A. Berenstein; M. A. Díaz. **EE.UU.:** G. de Erausquin; R. Hidalgo; P. Pizarro; D. Mirsky; C. Toppelberg (Boston); A. Yaryura Tobías (Nueva York). **FRANCIA:** D. Kamienny. **INGLATERRA:** C. Bronstein. **ITALIA:** M. Soboleosky. **ISRAEL:** L. Mauas. **MÉXICO:** M. Krassoievitch; S. Villaseñor Bayardo. **PARAGUAY:** J. A. Arias. **SUECIA:** U. Penayo. **SUIZA:** N. Feldman. **URUGUAY:** M. Viñar. **VENEZUELA:** J. Villasmil.

Informes y correspondencia:
VERTEX, Moreno 1785, 5° piso
(1093), Buenos Aires, Argentina
Tel./Fax: 54(11)4383-5291 - 54(11)4382-4181
E-mail: editorial@polemos.com.ar
www.editorialpolemos.com.ar

En Europa: Correspondencia
Informes y Suscripciones
Dominique Wintrebert, 63, Bv. de Picpus,
(75012) París, Francia. Tel.: (33-1) 43.43.82.22
Fax.: (33-1) 43.43.24.64
E-mail: wintreb@easynet.fr

Diseño
Coordinación y Corrección:
Mabel Penette

Composición y Armado:
Omega Laser Gráfica
Moreno 1785, 5° piso
(1093), Buenos Aires, Argentina

Impreso en:
Sol Print. Aráoz de Lamadrid 1920. Buenos Aires

Reg. Nacional de la Prop. Intelectual: N° 207187 - ISSN 0327-6139

Hecho el depósito que marca la ley.

VERTEX, Revista Argentina de Psiquiatría, Vol. XVII N° 70, NOVIEMBRE - DICIEMBRE 2006

Todos los derechos reservados. © Copyright by VERTEX.

* **Vertex, Revista Argentina de Psiquiatría, es una publicación de Polemos, Sociedad Anónima.**

Prohibida su reproducción total o parcial por cualquier medio, sin previo consentimiento de su Editor Responsable. Los artículos firmados y las opiniones vertidas en entrevistas no representan necesariamente la opinión de la revista y son de exclusiva responsabilidad de sus autores.

SUMARIO

Vertex
*Revista Argentina de
Psiquiatría*

Aparición bimestral

Indizada en el
acopio bibliográfico
“Literatura
Latinoamericana en
Ciencias de la
Salud” (LILACS) y
MEDLINE.

Para consultar
listado completo
de números anteriores:
www.editorialpolemos.com

*Ilustración de tapa
Guillermo Spector
“Código de barras”
50 x 40 cm
Acrílico sobre tela
2004*

REVISTA DE EXPERIENCIAS CLINICAS Y NEUROCIENCIAS

- Estudio correlacional de rasgos de personalidad y trastornos psíquicos en mujeres con vínculos violentos de pareja, M. de los A. Quiroga, M. I. Foschi, A. González, P. Moles, G. Parisi pág. **405**

DOSSIER

ADOLESCENCIA

- Desarrollo de adolescentes y su participación en proyectos, O. Nirenberg, pág. **416**
- La era de los axolotls. Algunas especulaciones respecto a las modificaciones neurobiológicas durante la adolescencia, F. J. Triskier pág. **424**
- Reinserción social en adolescentes a través del programa “Cuidar-cuidando” J. Vasen, H. Massei pág. **432**
- Estudio Epidemiológico sobre población adolescente internada en un Hospital de Emergencias Psiquiátricas, E. C. Rodríguez Garín , P. Chieri, A. Bula, C. Comas pág. **440**
- Tentativas de Suicidio en la Adolescencia con Psicofármacos de los Padres: Estudio Descriptivo , D. Matusevich, M. Ruiz, M. C. Vairo, A. Job, C. Finkelsztejn pág. **446**
- El Combo del horror, Reportaje a Leila Guerriero, D. Matusevich, M. Ruiz, F. Triskier, C. Vairo pág. **452**
- El déficit de atención en la adolescencia desde una perspectiva integrativa, A. F. Abadi pág. **458**

EL RESCATE Y LA MEMORIA

- La angustia - La ambición, por Aníbal Ponce pág. **465**

CONFRONTACIONES

- Salud Mental, Derechos Humanos y Sistema Judicial: un fallo auspicioso. Su proyección sobre el sistema de salud mental, A. J. Kraut pág. **474**

LECTURAS Y SEÑALES

- Lecturas pág. **478**
- Señales

EDITORIAL

E

ste número de Vertex aparece cuando nuestra revista cumple dieciséis años. Pensamos que nada mejor para conmemorar tal fecha que un Dossier sobre adolescencia. Algo de eso hay siempre en las reuniones de redacción en las que todos sus integrantes hemos crecido pensando en nuestros lectores y en la psiquiatría mundial y argentina de este último período. Una psiquiatría que cambió vertiginosamente en su paradigma dominante. Nos mezclamos los de antes y los de ahora. Los que nos formamos al calor de la psiquiatría dinámica, cuando el psicoanálisis –kleiniano– era dueño y señor del campo de la Salud Mental argentino, cuando la psiquiatría comunitaria de Kaplan y Maxwell Jones era conocida y de lectura obligada, y la antipsiquiatría representada en los textos de Basaglia, Cooper y Zsasz guiaba reflexiones y generaba proyectos. La época en la que la experiencia mítica del Lanús estaba a la orden del día y servía como modelo a nuevas experiencias que brotaban espontáneamente en todos lados. Pasaron los años. Como una cruel muralla vino a interponerse la dictadura en lo que hubiera sido una lógica y necesaria secuencia generacional. Un tajo sangriento nos separó. Pero, con esa paciencia con la que los pueblos tejen su urdimbre profunda, nos volvimos a encontrar. Los de una generación y los de otra, y seguimos creciendo juntos. No sin disensos; saludables disensos que hablan de un ejercicio democrático también en el campo científico. Porque si algo aprendimos es que hay que respetar las diferencias y que la ciencia no escapa a las definiciones políticas e ideológicas. No cualquier diferencia: los que lucran o se benefician y construyen su bienestar con la infelicidad o el dolor ajeno quedan afuera del círculo. Nos referimos a diferencias en el modo de concebir la función de la psiquiatría en este mundo vertiginosamente cambiante, el de la globalización asimétrica. Los más jóvenes de nosotros se formaron en la época de la vuelta a la democracia. Entre el ascenso del lacanismo porteño y la década del cerebro. Nuevamente la fatídica herencia cartesiana se vistió con sus ropajes de confrontación y salió a la pelea. Moléculas y divanes, escuchas y neuroimágenes, y toda la argumentación que hace bordear los peligrosos abismos del reduccionismo fácil vinieron a conflictuarnos. Pero ya no fue tan intelectual la disputa. El mercado se agregó para embrollar las cosas y los divanes se vaciaron y las recetas se divinizaron pero, por suerte, la clínica y sus portavoces, nuestros pacientes, siguieron allí. Con sus síntomas cuestionando saberes y refrescándonos con la fatigante tensión que suscita la interpelación ética. En ese caldo profesional nació y vivió hasta ahora Vertex. Y, no debe de haber sido dañino cocerse en él porque, salvo algún caso aislado, nadie se fue. Allí estamos, el segundo sábado de cada mes, abrevando en la reflexión colectiva para seguir la ruta. Sufrimos dificultades de todo tipo. La primera fue la de aprender a hacer una revista que hoy está colocada en la escena internacional. También hubo que obtener artículos, evaluarlos y corregirlos hasta llenar las casi 6000 páginas que llevamos publicadas. Y hubo que financiar tan temeraria empresa. Dieciséis años, número 70. Una cifra contrastante ¿no? ¿Seremos una revista adolescente o ya peinamos las canas de la experiencia y la desilusión? Quizás ya maduramos, quizás nos competen las palabras de Aníbal Ponce a quien convocamos para El Rescate y la Memoria de este número: “No se alcanzan, en efecto, los años venturosos del final de la adolescencia, sino a costa de una larga iniciación dolorosísima. Como aquellos navíos del cuento de Kipling que sólo adquieren un alma después de haber vencido una tormenta” ■

REGLAMENTO DE PUBLICACIONES

Los artículos que se envíen a la revista deben ajustarse a las normas de publicación que se especifican en el sitio www.editorialpolemos.com.ar

TEMAS DE LOS DOSSIERS DEL AÑO 2006

*Vertex 65 / Enero – Febrero
INTERNACION PSIQUIATRICA*

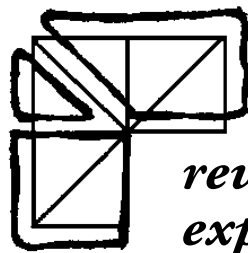
*Vertex 66 / Marzo – Abril
SEXOLOGÍA, SEXUALIDAD,
psiquiatría y cultura*

*Vertex 67 / Mayo – Junio
FARMACOTECNIA
EN PSICOFARMACOLOGIA
Desarrollo y aprobación de fármacos*

*Vertex 68 / Julio – Agosto
TRATAMIENTOS COMBINADOS*

*Vertex 69 / Septiembre – Octubre
LOS NOMBRES DE LA LOCURA
Nosografías psiquiátricas
contemporáneas*

*Vertex 70 / Noviembre – Diciembre
ADOLESCENCIA*



*revista de
experiencias
clínicas y neurociencias*



Estudio correlacional de rasgos de personalidad y trastornos psíquicos en mujeres con vínculos violentos de pareja

María de los Ángeles Quiroga

Médica Psiquiatra Forense. Tribunales de Familia del P. Judicial de la Prov. de Mendoza. Master en Investigación Clínica de la Univ. Nac. Cuyo - quirogamariadelosangeles1@infovia.com.ar Cuerpo Auxiliar Interdisciplinario (C.A.I.). Mitre y Montevideo. Ciudad de Mendoza. C.P 5500

María Inés Foschi

Médica Pediatra. Hosp. Pediátrico "Humberto Notti" y Tribunales de Familia del P. Judicial de la Prov. de Mendoza. Postgrado de Pediatría Univ. Nac. Cuyo y de la Soc. Arg. de Pediatría.

Analía Verónica González

Lic. en Psicología. Tribunales de Familia del P. Judicial de la Prov. de Mendoza

Patricia Moles

Lic. en Psicología. Tribunales de Familia del P. Judicial de la Prov. de Mendoza. Socia Fundadora de la Soc. Arg. de Victimología. Prof. de Neuropsicología y Psicosomática de la Univ. del Aconcgua.

Graciela Mafalda Parisi

Lic. en Psicología. Tribunales de Familia del P. Judicial de la Prov. de Mendoza. Prof. titular de la Cátedra de Introduc. a la Psicología y de la Cátedra Minoridad y Familia de la Univ. del Aconcgua.

Resumen

La violencia doméstica (física o psicológica; uni- o bidireccional) plantea la pregunta de si las mujeres víctimas de violencia sufren trastornos de personalidad que puedan provocar trastornos mentales. Se evaluó una muestra de 32 mujeres, de entre 20 y 65 años de edad. Se solicitó consentimiento informado a las participantes. Se utilizaron una entrevista semi-dirigida, la pericia psíquica y médica, la Entrevista Psiquiátrica Internacional Modificada (MINI) y el Test de Personalidad de Minnesota (MMPI-2). Para la evaluación estadística se utilizaron ANOVA no paramétrico y Test Exacto de Fischer (considerando $p < 0.05$, estadísticamente significativo). *Resultados:* En la muestra, predominó la impulsividad en los casos de violencia cruzada y, en las víctimas de violencia unidireccional, síntomas depresivos y baja autoestima. Según el MINI, el trastorno por ansiedad generalizada predominó sobre la distimia y el episodio depresivo mayor; el MMPI-2 mostró presencia de paranoia en ambos grupos.

Palabras clave: Violencia doméstica – Trastornos mentales – Lesiones – Personalidad.

PERSONALITY TRAITS AND PSYCHIATRIC DISORDERS IN FEMALES WITH VIOLENT PARTNER RELATIONSHIPS. A CORRELATIONAL STUDY

Summary

To Domestic violence (physical or psychological, uni- or bidirectional) poses questions about female victims' personality traits or mental disorders that facilitate the development of violence. A sample of 32 females between 20 and 65 years old was studied with the International Psychiatric Interview - Modified (MINI) and the Minnesota Multiphasic Personality Inventory 2 (MMPI-2). ANOVA non parametric and Fischer's Exact Test, ($p < 0.05$) were used. *Results:* impulsivity was predominant in crossed violence, and victims showed depressive symptoms and low esteem. MINI showed general anxiety disorder and MMPI-2 showed paranoid symptoms in both groups

Key Words: Domestic violence – Mental disorders – Injury – Personality

Introducción

La presente investigación se planteó frente al número creciente de causas judiciales asociadas a la violencia intrafamiliar y a la violencia de pareja en los Tribunales de Familia y Minoridad de la Provincia de Mendoza. Como miembros del Cuerpo Auxiliar Interdisciplinario (CAI) de dichos Tribunales, llevamos a cabo pericias psiquiátricas, psicológicas y médicas a mujeres que se acercan a los Juzgados a solicitar una Medida Tutelar para la exclusión del hogar del agresor y/o la prohibición de acercamiento hacia la víctima. Estas medidas apuntan a la protección de la mujer, quien puede sufrir abuso físico, psíquico, emocional o sexual por parte de su pareja.

A través del trabajo interdisciplinario detectamos signos y síntomas físicos y psíquicos característicos en la mujer maltratada. Cuando la violencia dirigida a la mujer es crónica, esta presenta una reacción emocional en donde predominan el pánico y la paralización, elude los enfrentamientos, se anula como persona y se consagra a la servidumbre de su compañero violento. Utiliza como mecanismos de defensa la negación, la anestesia emocional y la creencia mágica que "él cambiará". Luego, cuando la mujer percibe la violencia de la que es objeto, se presenta ante el Juzgado denunciando la situación.

En otros casos observamos que la mujer no sólo es receptora de la violencia de su compañero sino que también le responde con una modalidad violenta de conductas (agresiones verbales, golpes, etc.).

Estas dos modalidades de vinculación violenta en la pareja (violencia dirigida hacia la mujer, o unidireccional, y violencia cruzada o bidireccional), nos motivó a reflexionar cuáles podrían ser los rasgos o trastornos de personalidad en las mujeres que desarrollan vínculos con estas características. Para ello, se estudió una población de sexo femenino con patrones relacionales de violencia en la pareja, que concurrían en forma espontánea a los Tribunales de Familia y Minoridad de la Provincia de Mendoza a solicitar medidas de protección contempladas por la Ley N° 6672.

Marco teórico: violencia intrafamiliar

Mayer define a la violencia doméstica como el "abuso que ocurre entre los miembros de la familia, en la pareja o entre personas que en algún momento de su vida han vivido conjuntamente". El concepto de violencia familiar involucra el maltrato infantil, la violencia conyugal, el maltrato al anciano y la violencia entre hermanos.

Nuestro estudio evalúa la violencia que ejerce contra la mujer el esposo o compañero y la violencia recíproca en la pareja. La violencia puede ser sexual, física (cachetadas, empujones, patadas, golpes con objetos y hasta el homicidio) y/o emocional (insultos, gritos, críticas, desvalorización, amenazas).

En cuanto a los modos de violencia, Perrone (8) distingue dos tipos:

a) La violencia agresión: se la encuentra entre personas vinculadas por una relación de tipo simétrica, con agresiones mutuas para reivindicar su pertenencia a un estatus superior de fuerza y poder. Tras la violencia puede presentarse un estado denominado pausa complementaria. Esta posee dos etapas: 1) aparición del sentimiento de culpabilidad, que puede llevar a la reparación; 2) comportamientos reparatorios como mecanismos de olvido, canalización, desresponsabilización y desculpabilización, que sirven para mantener el mito de la armonía y de la buena familia.

En los periodos de la pausa complementaria la pareja puede solicitar ayuda y luego rechazarla, esgrimiendo como motivo el haber encontrado el equilibrio relacional y creyendo que no habrá más violencia. En los casos de violencia-agresión, la identidad y la autoestima están preservadas.

b) Violencia-castigo: esta se produce entre personas que mantienen una relación de tipo complementario, asimétrica. Uno de los miembros reivindica su condición de superior al otro y se arroga el derecho de infringirle sufrimiento, siendo esta la violencia unidimensional.

En esta forma de violencia no hay pausa complementaria y los miembros no hablan de ella fuera de la pareja; es, por lo tanto, íntima. El maltratado presenta un importante trastorno de identidad y baja autoestima. Según Ferreira (4), la mujer víctima de violencia puede presentar sintomatología tanto a nivel físico (palpitaciones, taquipnea; temblores, incontinencia) como a nivel psíquico (desorientación; rumiación; tensión, frustración, culpa; negación, anestesia emocional, racionalización; síndrome de indefensión aprendida; etc.). La persona que controla la relación presenta, por su parte, rigidez, carencia de empatía, ideas fijas y baja autoestima. Los sentimientos de inseguridad se equilibran por medio de actos de violencia, ansiando el agresor la exclusividad de la atención de su mujer y temiendo que esta crezca, madure y lo supere.

Rasgos y trastornos de la personalidad

De acuerdo con Vidal (9), el desarrollo de la personalidad está condicionado, en parte, por una dispo-

sición heredo-biológica, y comienza a formarse con las experiencias infantiles y la situación sociocultural que atraviesa el individuo a lo largo de su desarrollo. Ambos factores (heredados y adquiridos) dan lugar a una serie de rasgos o características de personalidad y conforman lo que se denomina personalidad básica, previa o predisponente.

“Los rasgos de personalidad son patrones persistentes de formas de percibir, relacionarse y pensar sobre el entorno y sobre uno mismo, que se ponen de manifiesto en una amplia gama de contextos sociales y personales.” (DSM-IV, pág. 646) (1).

Se consideran patológicos y constituyen trastornos de la personalidad cuando son inflexibles, desadaptativos y causan un deterioro funcional significativo o un malestar subjetivo, pudiendo manifestarse en lo cognoscitivo, lo afectivo, la actividad interpersonal y/o en el control de los impulsos.

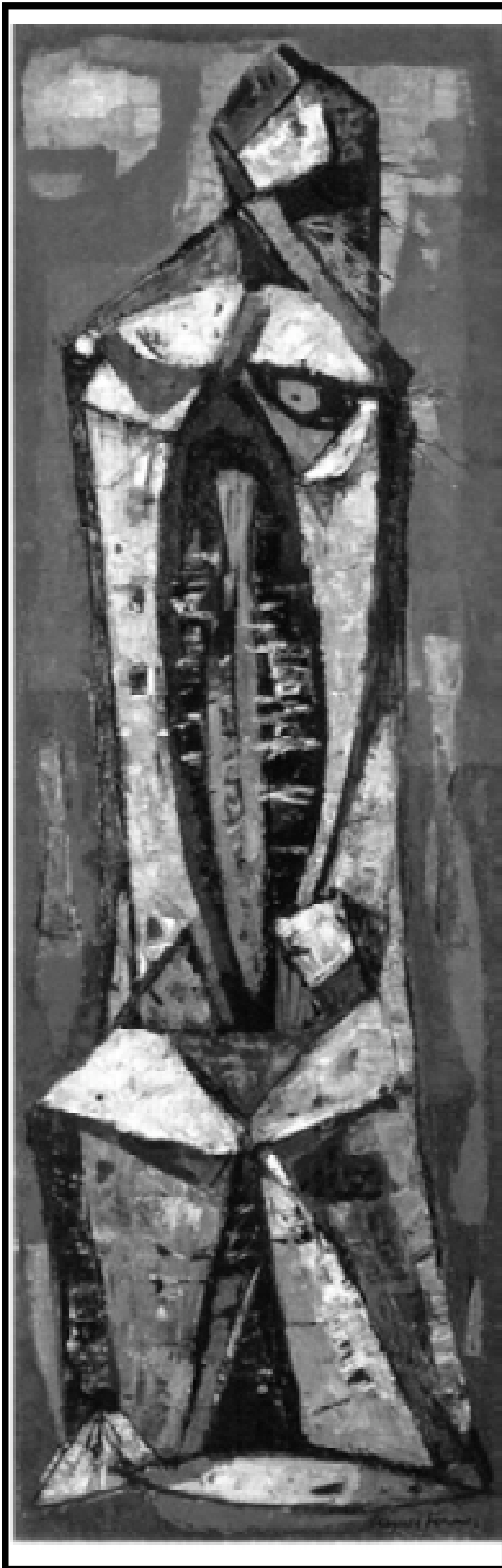
Ley No 6672

En función de resguardar la integridad psicofísica de toda persona que sufre maltrato físico, psíquico o sexual por parte de su grupo familiar, se promulgó en la Provincia de Mendoza la Ley No 6672 (7) el 07/05/99. Dicha Ley de Violencia Familiar garantiza el derecho que tiene toda persona que sufre maltrato a realizar la denuncia correspondiente y a solicitar medidas tutelares ante el Juzgado de Familia y Minoridad del Poder Judicial de la Provincia de Mendoza.

Se entiende por grupo familiar aquel que se origina en el matrimonio o en las uniones de hecho y comprende a todos los grados de parentesco y a las personas allegadas a ese núcleo cuando, por cualquier circunstancia, cohabitaran regularmente. La ley prevé las acciones que podrá realizar el Juez, como requerir un diagnóstico de interacción familiar, el que será efectuado por peritos del Cuerpo Auxiliar Interdisciplinario (CAI) (médicos, psicólogos, psiquiatras y trabajadores sociales), a fin de determinar los daños físicos y/o psíquicos sufridos por las víctimas, la peligrosidad de su autor y el medio social de la familia.

Asimismo, el Juez podrá adoptar las siguientes medidas cautelares: 1) prohibir el acceso del autor a los lugares de permanencia habitual de la víctima; 2) ordenar el reintegro al domicilio de la víctima que hubiere salido del mismo por razones de seguridad personal.





Objetivos

Determinar en una muestra de población de mujeres con vínculos violentos de pareja, derivadas para pericia psíquica y/o médica, sus rasgos de personalidad y la presencia o no de trastornos de personalidad.

Para ello se buscó:

- 1) Determinar la frecuencia y los rasgos característicos de personalidad presentes en mujeres con vínculos violentos de pareja.
- 2) Detectar la existencia o no de otros trastornos psíquicos vinculados con la violencia intrafamiliar.
- 3) Evaluar si los rasgos de personalidad encontrados en esta muestra se asocian con el desarrollo de trastornos psíquicos.

Materiales y método

Previo consentimiento informado para participar del estudio, se llevó a cabo un estudio analítico, prospectivo, en una población de 32 personas de sexo femenino, de entre 20 y 65 años de edad, con estudios primarios completos, con patrones relacionales intrafamiliares violentos. Las mujeres de la muestra concurrían en forma espontánea a los Tribunales de Familia y Minoridad de Mendoza a solicitar medidas de protección contempladas en la Ley No 6672.

Se hizo una selección de la muestra en forma aleatoria, incluyendo una de cada cuatro denuncias, durante los ocho meses comprendidos entre agosto de 2004 y marzo de 2005. La muestra fue dividida en dos grupos: mujeres víctimas de violencia y mujeres que ejercían violencia en forma cruzada.

Se hizo una segunda estratificación por edad, dividiendo a la población en adultas jóvenes (20 - 40 años) y adultas mayores (más de 41 años), con el fin de indagar la frecuencia relativa según la edad y correlacionarlo con los índices de denuncias.

Se efectuó una pericia médica para constatar, al momento de la intervención, la presencia de signos de agresión física actual. Luego se efectuó una pericia psiquiátrica y psicológica que consistió en una entrevista clínica, la Entrevista Psiquiátrica Internacional Modificada (MINI) y el Inventario de Personalidad de Minnesota (MMPI-2).

La entrevista clínica estuvo a cargo de psicólogos y psiquiatras. Se evaluaron: Impulsividad, baja autoestima, inmadurez, inseguridad, dependencia, ansiedad, escasa asertividad en la resolución de situaciones, ánimo depresivo y temor, y las frecuencias relativas de estas características en los subgrupos estudiados. Se indagó el tiempo de duración de la relación con patrones de violencia, si el agresor era con-

viviente o no en el momento de la evaluación, si éstos presentaban algún tipo de adicción (alcoholismo, drogas, etc.) y si los hijos eran también víctimas de violencia.

La Entrevista Psiquiátrica Internacional Modificada (MINI) (3) permite detectar trastornos psiquiátricos incluidos en el DSM-IV y en la CIE-10. Su administración es rápida (15 minutos) y cumple criterios de validación y confiabilidad. Con este instrumento se determinó la frecuencia de aparición de los distintos trastornos psíquicos en toda la muestra.

El Inventario de Personalidad de Minnesota (MMPI-2) consta de 567 preguntas de autoevaluación, con dos categorías de respuesta (verdadero-falso). Se tomaron en cuenta las escalas de mentira (L) e incoherencia (F) y el factor de corrección (K) para detectar la fiabilidad de las respuestas de las examinadas, evaluando los 10 patrones de personalidad del test, que se identifican por letras: HS: Hipocondría; D: Depresión; HY: Histeria; PD: Desviación Psicopática; MF: Masculinidad-Femineidad; PA: Paranoia; PT: Psicastenia; SC: Esquizofrenia; MA: Manía; SI: Introversión Social. Se tomaron como relevantes los puntajes T mayores a 65 puntos.

Con el MMPI-2 se determinaron los perfiles de personalidad de cada grupo poblacional (víctimas y violencia cruzada), considerando las frecuencias absolutas y relativas de cada uno.

Para el análisis estadístico de los resultados se determinó la correlación entre las variables psíquicas más frecuentes y los hallazgos del MINI y los perfiles de personalidad. Se utilizaron tablas de contingencia y el Test de Fisher (por el tamaño muestral) para determinar las frecuencias absolutas y relativas, considerando una $p < 0,05$ como estadísticamente significativa, y ANOVA no paramétrica con el test de Kolmogorof-Smirnoff, para una distribución gaussiana de la muestra en el MMPI-2.

Resultados y discusión

Los rangos etáreos de nuestra muestra oscilaron entre 19 y 59 años, con una media aritmética de 32,18 años, una mediana de 29 años y un modo de 27 años. Todas estas medidas de tendencia central indican que la mayor frecuencia en esta población se ubicó en las mujeres de entre 20 y 30 años. Esto se muestra en los datos obtenidos luego de la segunda

Tabla N° 1

<i>Variable psíquica</i>	<i>Victimas de violencia</i>	<i>Violencia cruzada</i>	<i>Total</i>
Impulsividad	5 casos	14 casos	19 casos
Escasa asertiv.	11 casos	7 casos	18 casos
Inmad. Psicoaf.	9 casos	8 casos	17 casos
Inseguridad	7 casos	5 casos	12 casos
Baja autoestima	9 casos	2 casos	11 casos
Dependencia	8 casos	3 casos	11 casos
Indefension	6 casos	1 caso	7 casos
Temor	6 casos	1 caso	7 casos

estratificación poblacional.

Con respecto al grupo etáreo, quienes denunciaron con mayor frecuencia las situaciones de violencia doméstica fueron las adultas jóvenes: 28 casos (88%); hubo sólo 4 casos (12%) que involucraron a mujeres adultas mayores. La relación entre ambas fue de 1:7. Estos datos sugieren que, en nuestra muestra, la población de adultas jóvenes (menores de 40 años), o bien sufrió malos tratos con mayor frecuencia que sus pares adultas, o bien tiene mayor disposición a realizar denuncias.

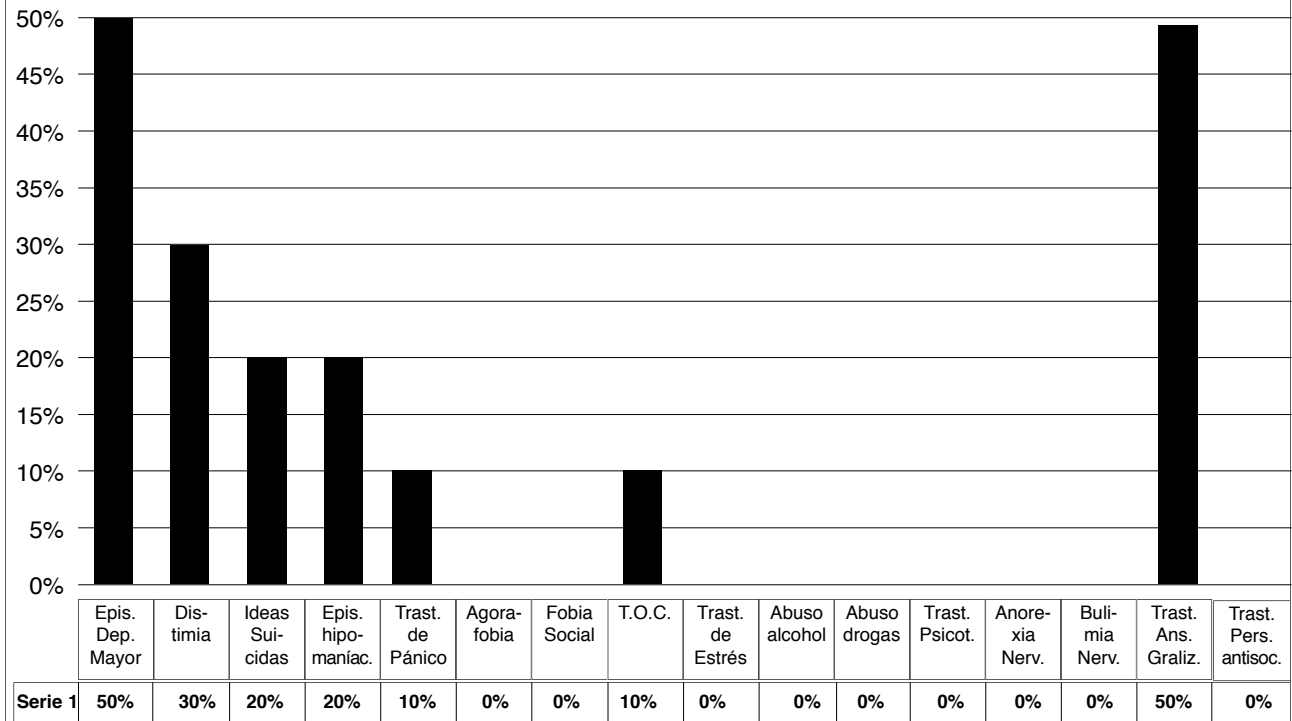
Los indicadores compatibles con violencia psíquica se hallaron en el 100% de los casos, mientras que el 38% presentaba indicadores compatibles con maltrato físico, corroborado en el examen clínico. La ausencia de evidencia de lesiones físicas no supone negar la existencia de patrones violentos de relación.

Dieciocho mujeres (56%) fueron víctimas y 14 (44%) presentaron episodios de violencia cruzada, sin diferencias significativas entre ambos tipos de violencia al momento de efectuar la denuncia correspondiente. En nuestra muestra el 60% (19 casos) convivía con los agresores al momento de la denuncia, mientras que el 40% (13 casos) no convivía pero mantenía un vínculo violento.

En el 22% de los casos el agresor presentó algún tipo de adicción. En nuestra opinión, esta cifra muestra que sería importante desterrar socialmente el mito de que el alcohol es causa de violencia siendo, en cambio, un disparador de la misma.

Los resultados de las pericias psíquicas mostraron un tiempo estimado de uso de la violencia de entre 4 meses y 25 años, con presencia de vínculos con interacciones violentas de larga data. Esta violencia no cesó a pesar de la no convivencia, predominando sin interrupción.

Gráfico N° 1
Distribución de Frecuencias de Trastornos Psiquiátricos. MINI



Al momento de la intervención, doce pacientes (38%) presentaban lesiones cutáneas y orgánicas compatibles con maltrato físico, corroboradas por el examen clínico.

En la pericia psicológica se detectaron: impulsividad en 19 casos (60%), escasa asertividad en 18 casos (56%); inmadurez psicoafectiva en 17 casos (53%); inseguridad en 12 casos (38%); baja autoestima en 11 casos (3%); dependencia en 11 casos (35%) ánimo depresivo en 8 casos (25%); indefensión en 7 casos (22%) y temor en 7 casos (22%).

Las frecuencias absolutas de las variables psíquicas más frecuentes observadas en las víctimas y en los casos de violencia cruzada se muestran en la Tabla I. La variable 'impulsividad' fue mucho más elevada en las mujeres con vínculos de violencia cruzada; las mujeres que respondieron a la violencia con violencia presentaron impulsividad como rasgo sobresaliente.

En las mujeres víctimas de violencia se detectaron baja autoestima, inmadurez psicoafectiva y sentimientos de indefensión y de tristeza (que se asociaron con cuadros depresivos).

Se realizó una tabla de contingencia incluyendo las variables psíquicas más frecuentes y la condición de víctima o la violencia cruzada y se realizó el Test de Fisher. Este mostró que la impulsividad fue esta-

dísticamente significativa ($p < 0,0068$) en las mujeres que ejercieron violencia cruzada y que la presencia de baja autoestima fue muy significativa en las víctimas ($p < 0,0068$).

La presencia de distintos trastornos psiquiátricos se evaluó con el MINI, obteniéndose los siguientes resultados: trastorno por ansiedad generalizado en 23 casos (72%), distimia en 17 casos (53%), episodio depresivo mayor en 16 casos (50%), manía en 6 casos (19%) y trastorno de pánico en 4 casos (12.5%). No se pudo establecer correlación significativa entre dichas variables y los grupos de víctimas o de violencia cruzada. En menor medida se encontraron otros trastornos: intento de suicidio (6 casos) y trastorno obsesivo compulsivo (2 casos) (Gráfico 1). Clínicamente se observaron, en los casos de víctimas de violencia, trastornos por ansiedad generalizada, distimia y depresión (Gráfico N° 2).

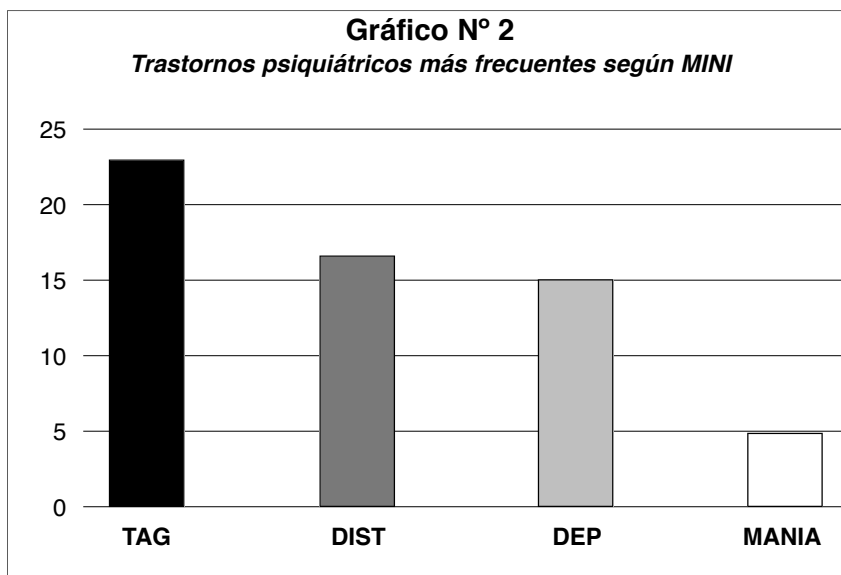
Del análisis de los resultados del MMPI-2 surgieron los perfiles de personalidad más frecuentes en la muestra: el perfil 6, de Paranoia, en 23 pacientes (72%); el perfil 2, de Depresión, en 13 pacientes (41%) y el perfil 8, de Esquizofrenia, en 12 pacientes (37%). Las mujeres víctimas de violencia agresión presentaron mayores puntajes en la escala F (incoherencia) que las mujeres víctimas de violencia castigo.

Podría interpretarse que las mujeres víctimas de violencia agresión “necesitaban” afirmar su situación de víctima, por lo que exacerbaron sus síntomas, en comparación con las mujeres víctimas de violencia castigo.

El perfil dominante en esta prueba fue la paranoia en ambos grupos examinados, pero este no fue el más frecuente en las pericias psíquicas. Esto puede explicarse en razón de que se trata de un relato victimológico: la mujer vivencia, por las interacciones con su pareja, un mundo adverso, hostil, y desarrolla conductas de alerta, desconfianza y sentimientos de amenaza. Estos no son rasgos paranoides en el sentido psicopatológico, sino una respuesta a la problemática vincular.

Como hipótesis para futuras investigaciones, se puede plantear si este perfil constituye un factor

preexistente a la problemática en estudio o si es el resultado de una vinculación violenta de características crónicas ■



Referencias bibliográficas

1. American Psychiatric Association, DSM IV, *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*, Barcelona, Editorial. Masson S.A., 1995.
2. Echeburúa Paz del Corral E. *Manual de Violencia Familiar*. España. Editorial Siglo XXI. 1998.
3. Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional Modificada (MINI). 1997.
4. Ferreira G. *Hombres Violentos, Mujeres Maltratadas. Aportes a la Investigación y Tratamiento de un problema social*. Buenos Aires, Editorial Sudamericana, 1992.
5. Hathaway JC. Mc Kinley. *Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota- 2 (MMPI 2)* Madrid. Editorial TEA. 1999.
6. Larrain Heiremans S. *Violencia puertas adentro. La mujer golpeada*. Santiago de Chile, Editorial Universitaria, 1994.
7. Ley 6672: Violencia Intrafamiliar, 1999.
8. Perrone R, Nannini M. *Violencia y abusos sexuales en la familia. Un abordaje sistémico y comunicacional*. Buenos Aires, Paidós, 1997.
9. Vidal G. *Enciclopedia de Psiquiatría*, Buenos Aires, 1997.
10. Vila C. *Violencia familiar (mujeres golpeadas)*. Córdoba, Marcos Lerner Editora, 1988.
11. Zaldúa G. (comp.) *Violencia y psicología*. Buenos Aires, Eudeba, 1999.



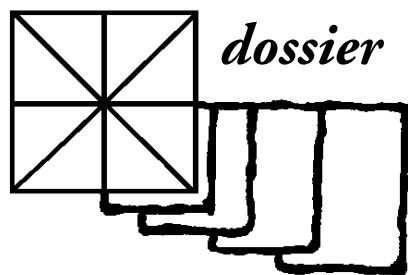
Vivenciar
Equipo de Apoyo Psicológico

**ACOMPANIAMIENTO
TERAPÉUTICO**

Especializado en Pacientes Psiquiátricos

www.vivenciar.com.ar
4803-5377 / 15-5138-2968
Mail: informes@vivenciar.com.ar

Cordinación: Lic. María Lucila Murray



Adolescencia

Coordinadores:

Fabián Triskier y Ernesto Wahlberg

Es posible afirmar que el concepto de “adolescencia” nace a fines del siglo XIX y principios del siglo XX, diferenciándose de la infancia y la etapa adulta de la vida. Las luchas en contra del trabajo infantil y la prolongación y permanencia en el sistema educativo fueron factores determinantes de la atención que se fijó en esta etapa de la vida.

En los últimos años se evidencian importantes cambios en las tendencias demográficas de la población adolescente en los países en desarrollo. En el año 2005, se estimaba que la población de entre 10 y 24 años se acercaba a 1.6 billones, configurando el 30% de la población total de estos países. Es de destacar que los jóvenes tienen una distribución muy desigual a nivel mundial, ya que cerca del 86% viven en países en desarrollo, de los cuales un 71% vive en Asia. Esta tendencia al crecimiento demográfico parecería continuará incrementándose en los próximos 30 años en términos absolutos, pero con indicadores de disminución en América Latina.

Los adolescentes viven en el presente una aceleración de los

cambios sociales que han configurado un mundo muy diferente al que vivieron sus padres. Estos cambios les proporcionan oportunidades, pero también importantes riesgos.

Los adolescentes de hoy son los primeros en desarrollarse al amparo de la Convención Internacional de los Derechos del Niño y el Adolescente, con rango constitucional en nuestro país. Sin embargo, aún nos encontramos muy lejos de la implementación de muchas medidas que den garantía efectiva a la misma.

Cada vez nos resulta más difícil poder poner límites claros para definir a la población adolescente. Los cambios en la edad de inicio de la pubertad han adelantado en al menos dos años el inicio de la adolescencia. Su finalización se ha postergado, tomando en cuenta que la Organización Mundial de la Salud ha recomendado extender su duración hasta los 25 años.

La prolongación de la misma es uno de los fenómenos más relevantes. El concepto de moratoria social, que implica un tiempo de menor exigencia y espera para asumir los roles propios de la adultez, no puede aplicarse de igual manera a los diferentes grupos sociales o étnicos, por ejemplo entre

los sectores privilegiados de nuestra sociedad respecto a los sectores populares. En los primeros se prolonga la educación o el ocio, se promueve el consumo y se los halaga como el modelo de etapa ideal. En los sectores empobrecidos y excluidos, donde se produjo desde la década de los '90 el mayor índice de desocupación y deserción escolar entre los adolescentes, esta moratoria es estigmatizada como fuente de violencia, drogadicción y delito, generando propuestas de represión como la actual campaña para bajar la edad de imputabilidad, detrás del caso Blumberg.

Las representaciones sociales acerca de la adolescencia tienden entonces a polarizarse. Los jóvenes pasan intermitentemente de ser idealizados a demonizados. Quienes son identificados como movilizados de cambios sociales (como por ejemplo los jóvenes "pingüinos" que a principios de este año encabezaron movilizaciones populares de cientos de miles de chilenos reclamando cambios en el sistema educativo) pero también como una generación sin futuro ni ideales, compuesta por consumidores y hedonistas o de sujetos buscadores de riesgos y con una tendencia natural y creciente a las conductas violentas.

Es necesaria una mirada cauta y equilibrada para poder apreciar de manera adecuada las diferentes facetas que la adolescencia conlleva alejándose de las apreciaciones parciales y estigmatizantes. El aumento de las muertes violentas en la población de entre 15 y 24 años evidenciada en los últimos años en nuestro país, por ejemplo, requeriría una atención seria y sistemática a fin

de poder definir con seriedad sus causas y pensar estrategias adecuadas, muy lejanas a lo que sucede en la actualidad.

Estas estrategias no pueden pasar por la asistencia de los problemas o trastornos mentales de los jóvenes en los servicios o consultorios de Salud Mental como única respuesta. Debemos evitar la medicalización de toda una problemática socio-económica y cultural.

El reportaje a Leila Guerrero y el comentario de su libro "Los suicidas del fin del mundo" reflejan la incidencia o determinación de dichos factores en un grave problema de salud mental, como es el suicidio adolescente en forma epidémica en una pequeña comunidad.

La presentación de los resultados del revelamiento epidemiológico de las internaciones en el servicio de adolescentes del Hospital Alvear de la Ciudad de Buenos Aires en el periodo 2004/2005 por Eduardo Rodríguez Garín y colaboradores muestra esta realidad, en la que los autores llama la "Clínica del desamparo" determinando los factores desencadenantes, la prolongación de las internaciones, las recaídas y el fracaso en la reinserción social, cronificando las patologías.

Otro trabajo epidemiológico, tan necesario para diseñar políticas de prevención, es el de Daniel Matusevich y colaboradores en relación a conductas suicidas en adolescentes, mostrando la alta prevalencia de la ingesta de psicofármacos usados por sus padres, como método de los intentos suicidas.

En contracara se presentan propuestas de intervención desde enfoques multidisciplinares, uno de

políticas sociales y otro sobre el relato de una experiencia de integración.

El artículo de Olga Nirenberg muestra el carácter promocional de la participación de los jóvenes en proyectos sociales para construir resiliencia, la capacidad para enfrentar y superar problemas, y empoderamiento que es la posibilidad de poder controlar sus propias decisiones dentro de un marco solidario, involucrándose en el mejoramiento de su salud y la comunidad.

La presentación de Hugo Massei y Juan Vasen muestra la experiencia del programa Cuidar Cuidando en el Zoo de la Ciudad de Buenos Aires con 15 años de desarrollo. Un dispositivo de inclusión interdisciplinario e interinstitucional para adolescentes con discapacidad, que incluye una clara delimitación sobre la "zooterapia",

En el área de los trastornos mentales se convocó a Andrea Abadi para que desarrollara un tema de reiterada actualidad en los medios, el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad. Lo aborda desde una perspectiva neurobiológica con un modelo de tratamiento multimodal, poco difundido en los medios que tratan críticamente sobre el tema.

Por último Fabián Triskier presenta las investigaciones sobre el desarrollo del cerebro humano en la adolescencia que, lejos de estar concluido, continúa su maduración moldeado por las actividades y el medio, a través de procesos como la "poda" neuronal o el aumento de la mielinización que completan la capacidad frontal de planificación.

Concluyendo con una visión futurista, de cerebros en permanente desarrollo y con adolescencias cada vez más prolongadas ■

Desarrollo de adolescentes y su participación en proyectos

Olga Nirenberg

Licenciada en Sociología. Doctora en Ciencias Sociales, (UBA). Titular del Curso de Capacitación Docente "Metodologías para la formulación de proyectos de extensión universitaria", (UNMdEP). Maestría de Salud Familiar y Comunitaria, (UNER). Evaluadora del Programa Regional de Salud Integral de Adolescentes en los países de América latina y Caribe, (OPS/OMS). Asesora para la Evaluación final del Programa de Atención a Niños/as y Adolescentes en Riesgo, Univ. Gral Sarmiento. olgani@ciudad.com.ar

Antecedentes

Existe un supuesto generalmente aceptado pero con insuficientes evidencias de respaldo (vg. estudios de seguimiento o investigaciones evaluativas específicas) acerca de la influencia positiva que tiene la participación de los adolescentes en proyectos sociales, en términos de su desarrollo integral y su constitución como actores sociales. La hipótesis generalizada es que su involucramiento protagónico en proyectos tendrá efectos positivos –inmediatos y de largo plazo– en la adquisición de hábitos y comportamientos saludables, así como en su “empoderamiento” y formación ciudadana. Es en tal sentido que aquí se afirma que involucrarse en proyectos participativos tiene un carácter promocional.

Dos importantes antecedentes de este artículo son: 1) la tesis de doctorado de la autora, en Ciencias Sociales de la Universidad Nacional de Buenos Aires, titulada *Avances en la evaluación de procesos y resultados de la participación de adolescentes en proyectos sociales*, que fue elaborada durante los años 2003, 2004 y 2005 y defendida en septiembre del 2005, y 2) el ulterior libro escrito sobre esa base(17).

La mencionada tesis doctoral se propuso, entre otros objetivos, aportar evidencias que respalden esa hipóte-

sis acerca del carácter promocional que tiene el involucramiento protagónico de adolescentes en proyectos participativos. Fue así que se diseñaron y aplicaron métodos e instrumentos evaluativos que brindaron evidencias acerca de que tal involucramiento produce efectos positivos –inmediatos y mediatos– en la formación y el desarrollo de los adolescentes como personas –ciudadanos– en su adquisición de valores, actitudes y comportamientos saludables; asimismo, que se producen efectos positivos en sus familias –las de origen y las propias que luego formen– y en los grupos, organizaciones y comunidades de pertenencia.

En este artículo se resumen algunos de los aspectos conceptuales tratados en los citados trabajos anteriores.

La adolescencia, los límites etéreos y las visiones transicionales

Entre los especialistas hay desacuerdos acerca de los límites de edad de la población adolescente y respecto de las fronteras internas de los tramos de la adolescencia y la juventud. No es este un tema menor a la hora de identificar los principales problemas y de diseñar estrategias de intervención. Los límites y las fronteras son so-

Resumen

Existe un supuesto aceptado pero con pocas evidencias de respaldo acerca de la influencia positiva de la participación de adolescentes en proyectos sociales, en términos de su desarrollo integral y su constitución como actores sociales. La hipótesis es que su involucramiento protagónico en proyectos tendrá efectos positivos –inmediatos y mediatos– en la adquisición de hábitos y comportamientos saludables, en su “empoderamiento” y formación ciudadana. Este artículo se basa en la tesis doctoral de la autora, que aporta evidencias respaldando esa hipótesis del *carácter promocional* que tiene el involucramiento protagónico de adolescentes en proyectos. En el marco de esa tesis se diseñaron y aplicaron herramientas evaluativas que brindaron evidencias acerca de que tal involucramiento produce efectos positivos en la formación y el desarrollo de los adolescentes como personas –ciudadanos–, en su adquisición de valores, actitudes y comportamientos saludables; asimismo, que hay efectos positivos en sus familias –las de origen y las propias que luego formen– en los grupos, organizaciones y comunidades de pertenencia.

Palabras clave: Adolescencia – Participación – Proyectos sociales – Empoderamiento – Ciudadanía

ADOLESCENT'S DEVELOPMENT AND THEIR PARTICIPATION IN SOCIAL PROJECTS

Summary

There is an assumption, generally accepted but without enough supporting evidences, about the positive effects of adolescent participation within social projects in their integral development as social actors. The assumption is that their significant involvement in projects will be reflected later in healthy ways of living, in their empowerment and in their citizenship. This article is based on the Doctoral Thesis of the author, and the ulterior book, where she developed methods and tools which provide supporting evidences about the previous assumption concerning the health-promotional character of the participative projects on adolescents. Also she has demonstrated that there are positive effects in their families, their organizations and their communities. .

Key words: Adolescence – Participation – Social projects – Empowerment – Citizenship



ciales antes que exclusivamente etáreas, es decir que se trata de construcciones sociales que varían histórica y culturalmente. Gran parte de la literatura considera adolescentes a quienes están comprendidos en el tramo de 10 a 19 años, y jóvenes a los que se encuentran entre los 15 y 24 años, produciéndose así un visible solapamiento. Además, la franja adolescente se suele subdividir en dos grupos, debido a sus diferentes características –que implican también diferentes respuestas desde el punto de vista de las políticas o programas– el tramo de 10 a 14 y el de 15 a 19 años.

Los enfoques de promoción y prevención de salud recomiendan empezar lo más temprano posible, por lo que actualmente se está trabajando con niños y preadolescentes, desde los 8 años, en acciones de prevención en temas de salud reproductiva y en particular en enfermedades de transmisión sexual y VIH/Sida.

Una visión identifica la adolescencia como una espera, transición o moratoria entre la infancia y la adultez, definida ésta por atributos como la autonomía económica, la diferenciación de la familia de origen y de conformar una propia, la capacidad de sostenerse responsablemente a sí mismo y a los hijos, etc. Esa perspectiva transicional ha sido criticada, por un lado por que no da cuenta de las nuevas formas de constitución de los grupos familiares o uniones (que se alejan de la tradicional familia nuclear constituida por madre, padre, hijos), ni la consideración de las relaciones afectivas y de poder internas, vinculadas a la fuente de los ingresos familiares y que se plasman diferencialmente en los grupos de pobreza. Por otro lado, hay críticas basadas en que los cambios constantes y la rapidez de los progresos técnicos y cien-

tíficos actuales obligan también a los adultos (no sólo a los adolescentes) a una formación y aprendizaje permanente para adecuarse en forma eficaz a los contextos cambiantes; se incluye así en el concepto de ciclo vital la noción de un aprendizaje continuo, de una constante formación de la subjetividad e identidad humanas.

Se objeta que considerar la adolescencia como etapa preparatoria para la vida adulta constituye una visión reduccionista, que disminuye los derechos de los niños y jóvenes, al considerarlos carentes de madurez social e inexpertos. Eso implica además negarles reconocimiento como sujetos sociales, acentuando la dependencia infantil, limitando la participación y profundizando la distinción-oposición entre menores y adultos(12).

Los enfoques de derechos y de las fortalezas

En la segunda mitad del siglo pasado surge el enfoque sobre el derecho a la ciudadanía de los niños y adolescentes, que se plasmó en la Convención de los Derechos del Niño. Todos los países del planeta, salvo dos, la han ratificado(16). Ese *enfoque de derechos*, superador de la visión puramente transicional y problemática de la adolescencia, identifica a ese segmento poblacional como actor estratégico para el desarrollo colectivo y reconoce su valor por la flexibilidad y apertura a los cambios, como expresión clave de la sociedad y la cultura global, con capacidades y derechos para intervenir protagónicamente en su presente, construir democrática y participativamente su calidad de vida y aportar al desarrollo social(12).

La adolescencia es vivida y procesada de maneras diferentes según sea el sector socio-económico de pertenencia y los contextos culturales que dan sustento a este tramo del ciclo vital; son significativos tanto la salida temprana de la escuela y la incorporación al trabajo, como los roles preestablecidos para las niñas y los niños, las valoraciones y expectativas diferentes para unas y otros.

Si bien en la reorganización de la subjetividad adolescente los adultos –los familiares, educadores y otros– cumplen un rol fundamental, los grupos de pares son referencia relevante para la construcción de la identidad. La constitución de la subjetividad, aunque encuadrada en los contextos históricos y culturales propios que la modelan, comparten, como colectivo, un discurso globalizado-mediático que influye significativamente. De tal modo, sin desconocer las especificidades de los niños, niñas y adolescentes que habitan en zonas rurales, también debe reconocerse que ellos y ellas comparten actualmente con sus pares urbanos un similar discurso mediático, siendo interpelados como consumidores o abriéndoles nuevos deseos.

Los conceptos de adolescencia y juventud suscitan valoraciones sociales contrapuestas en la mayor parte de las sociedades occidentales: la que deviene de la “patologización” de esa etapa de la vida y la convierte en depositaria o causa de distintas problemáticas y la que las corrientes posmodernas y mediáticas entronizan como modelo corporal, ideal de potencia y capacidad vital.

Gran parte de la sociedad mira a los adolescentes como “peligrosos” y muchos de ellos construyen su identidad desde ese discurso social que así los define. Sin embargo, a través de diversas experiencias locales que se han desarrollado a finales del milenio anterior en distintos puntos del planeta, particularmente en países de la región de América Latina y el Caribe y también en localidades de Argentina, han surgido aprendizajes acerca de las condiciones en que surgen abiertamente las fortalezas y potencialidades de la adolescencia y la juventud, que implican habilidades para adecuarse creativamente, e incluso introducir cambios en sí mismos y en sus entornos (familiares, institucionales y comunitarios). Entre esas fortalezas y potencialidades pueden destacarse, entre otras, su capacidad para superar barreras económicas, sociales y psicológicas, la capacidad de emprendimiento, de generar actividades productivas, la adopción de posturas críticas y a la vez propositivas, la predisposición para promover cambios, la capacidad para intervenir con protagonismo, la avidez para aprender y aprovechar oportunidades, la fuerza numérica que aportan, una alta sensibilidad estética, la solidaridad y lealtad (sobre todo con sus pares).

Las mencionadas experiencias tuvieron como común denominador, más allá de sus diferentes temáticas o puertas de entrada, la apertura de espacios donde los adolescentes podían expresar sus necesidades, expectativas, temores, donde además se escuchaban sus propuestas y necesidades y se las incorporaba al trabajo formativo, confiando en su capacidad para comprender situaciones complejas y para tomar las decisiones adecuadas en conjunto con adultos referenciales.

Asimismo, se observó que esos espacios privilegiaron las instancias y dinámicas grupales. Dentro de la estrategia grupal, los espacios de pares tienen un peso parti-

cular ya que los propios adolescentes suelen convertirse en agentes multiplicadores que detectan los problemas de sus compañeros y pueden brindarles apoyo, orientarlos para buscar ayuda y para la resolución de sus problemas específicos.

Resulta aconsejable entonces que el diseño de políticas y programas contemplen la adolescencia y la juventud como un conjunto poblacional heterogéneo, si bien con riesgos reconocibles, también con fortalezas y potencialidades, las que podrían constituirse en palancas para sortear los riesgos y conducir hacia un desarrollo positivo. La orientación debería ser hacia la igualación de oportunidades en los puntos de partida, dejando que las inevitables diferencias en los resultados o “puntos de llegada” se deban a otras variables no tan vinculadas con los contextos sociales, sino que se relacionen más con las diferencias intrínsecas entre los individuos, que hacen que cada uno sea, justamente, “único”.

La especificidad de la adolescencia según género

Las especificidades de la mujer y del varón adolescente introducen nuevas distinciones conceptuales. Los procesos de socialización y construcción de la subjetividad, como muchas de sus prácticas, presentan diferencias entre varones y mujeres.

Aunque los cambios corporales en la adolescencia, con eje en la sexualidad, atraviesan a ambos, es la adolescente la que asume el mayor riesgo de la temprana procreación. Los dispositivos de control social y familiar que se ejercen sobre su sexualidad, son diferentes de los que se ejercen en relación con el varón y están influenciados, a su vez, por las representaciones que la sociedad y las familias sostengan acerca de los roles de género. El grado de fragilización y vulnerabilidad de las adolescentes en los sectores pobres queda particularmente expuesto en el caso de embarazos tempranos.

La problemática del embarazo temprano se ha referido hasta ahora casi exclusivamente a mujeres adolescentes, como si la única particularidad femenina fuera su capacidad de embarazarse. Se ocultan así, tanto otras necesidades de las adolescentes, como de estudios y políticas dirigidas a varones adolescentes procreando o evitando procrear. Las conductas de riesgo de las adolescentes en las que más se ha reparado han sido las ligadas a la salud reproductiva, descuidando abordajes anticipatorios y que den cuenta de las otras dimensiones de la salud de las jóvenes, como es el cuidado de su cuerpo y, en general, su autoestima(25).

Plantear la especificidad de la mujer adolescente, conduce también a pensar en la especificidad del varón adolescente. Importan las diferencias biológicas en cuanto al sexo y también los aspectos de género, relativos a su ubicación en una sociedad, en un tiempo histórico, con la prescripción de roles y las expectativas, oportunidades y desafíos, que significa ser varón. Los adolescentes varones, en la mayor parte del mundo, tienen mayor riesgo de morir que las mujeres. Los motivos se relacionan principalmente con la violencia, el suicidio, los accidentes y el consumo de drogas, todos vinculados con su socialización y forma de vida.

Por otra parte, las creencias frecuentemente predominantes acerca de que la sensibilidad y la expresión de los

afectos son característicos sólo de la mujer, han influido negativamente en la relación entre los sexos de varias generaciones; el mandato social para el varón es que él debiera "saberlo todo", especialmente en cuestiones de sexo, y por ende, en la práctica, está más inhabilitado para preguntar que la mujer; al varón le es más difícil expresar su intimidad, pero sus dudas y miedos no son menores que los de las mujeres; su actuación impulsiva, en lo sexual, suele colocarlo en situación de victimario, cuando él también es víctima de sus limitaciones y de su propia conducta. Esos mandatos sociales y familiares acerca del modelo de masculinidad deseable conlleva altos costos físicos y psíquicos, tales como: una menor relación con los sentimientos y los afectos, afrontar peligros, demostrar fuerza y responder en forma agresiva, ganar peleas, estar dispuesto sexualmente, etc. Algunos estudios vinculan esos mandatos con las mayores cifras en los varones de accidentes de auto, moto, bicicletas, consumo excesivo de alcohol y drogas, suicidios(6).

Resiliencia, factores protectores y enfoque de habilidades para la vida

Sobre la base de la premisa de enfatizar los aspectos positivos más que los problemáticos, surgieron en los últimos quince años del milenio anterior los estudios sobre resiliencia, entendiendo por tal la capacidad humana para enfrentar, superar, aprender, fortalecerse, transformarse, a partir de (o a pesar de) las situaciones más adversas, como pueden ser las guerras, catástrofes naturales, pérdidas de familiares directos, la violencia o maltrato en la infancia, los campos de concentración, etc.(8, 10, 11). El término fue utilizado en la psicología, tomando su acepción en inglés, como aquella capacidad de ciertos organismos o cuerpos para recuperarse, retroceder o reasumir su tamaño y forma original, después de haber sido comprimido, doblado o estirado; también significa la recuperación rápida de un estado de cansancio o depresión.

Los investigadores identifican distintos *factores protectores* que favorecen o estimulan la resiliencia y los clasifican en tres categorías(7):

- Las fortalezas internas desarrolladas (relacionadas con el *ser*).
- El apoyo externo recibido (relacionadas con el *tener*).
- Las habilidades sociales y para resolver problemas, adquiridas (relacionadas con el *poder hacer*).

Mucho acerca de los fenómenos de la resiliencia se pudo estudiar con quienes sobrevivieron los campos de concentración y exterminio del nazismo, aquellos que aún llevando marcas visibles en sus cuerpos y espíritus, pudieron luego seguir trayectorias de vida muy creativas y activas en los planos afectivos y profesionales. Los escritos –filosóficos/literarios– de Primo Levi, Bruno Bettelheim, Walter Benjamín, Paul Steinberg, son algunos ejemplos de esa incomparable fortaleza e impulso por vivir de los que pudieron contarlos, para que la memoria de tantos que quedaron sin vida y sin voz, fuera posible.

El neurólogo y psiquiatra francés Boris Cyrulnik escribió sobre la resiliencia. Nacido en Burdeos en 1937 en una familia judía, sus padres murieron en un campo de

concentración nazi del que él logró huir a los 6 años. Vivió después en diversas instituciones de la beneficencia. Tuvo la oportunidad de interactuar con adultos que le inculcaron el amor a la vida y a la literatura y pudo educarse y crecer superando su pasado. Su particular trayectoria personal es explicada por él en su deseo de dar un sentido a lo incomprensible; esa necesidad de dar un sentido a la vida es un aspecto relevante del proceso de resiliencia. Según él, la resiliencia es un mensaje de esperanza, ya que hoy día se sabe que un niño maltratado puede sobrevivir sin traumas si no se le culpabiliza y se le presta apoyo. La historia, enfatiza, explica el presente pero no necesariamente obtura el futuro. Aclara que el proceso de resiliencia no es algo que pueda afrontarse en total soledad, sino que necesita de un prójimo. Describe a un *tutor de resiliencia* como una persona que provoca un renacer del desarrollo psicológico tras el trauma. En general se refiere a personas adultas que se constituyen en modelos de identidad e imprimen un giro en la existencia y en el desarrollo de un niño o adolescente(15).

Asociado con el concepto de resiliencia, el *enfoque de habilidades para la vida* constituye una estrategia sinérgica para afrontar riesgos y adversidades y para contribuir al desarrollo saludable de adolescentes, partiendo de la premisa de que un aspecto clave del desarrollo humano, tan importante para la supervivencia como el intelecto, es la adquisición de habilidades socio-cognitivas y emocionales para enfrentar y superar problemas. Ese enfoque incluye una educación basada en la incorporación de habilidades en esas esferas, para fortalecer los factores protectores de los adolescentes, promover la competitividad necesaria para lograr un tránsito saludable hacia la madurez y promover la adopción de conductas positivas(14). Los investigadores identifican tres categorías clave de habilidades para la vida:

- Habilidades sociales o interpersonales (incluye comunicación, negociación/rechazo, confianza, cooperación y empatía).
- Habilidades cognitivas (incluye solución de problemas, toma de decisiones, comprensión de consecuencias, pensamiento crítico y auto-evaluación).
- Habilidades para enfrentar emociones (control del estrés y de los sentimientos, capacidad para el auto-control).

El desarrollo de esas habilidades está estrechamente relacionado con una pedagogía de aprendizaje activo, incluyendo dinámicas participativas, tales como la dramatización o actuación, el análisis de situaciones y la solución grupal e individual de problemas. Las intervenciones sociales que adoptan este enfoque comprometen en forma activa y protagónica a los jóvenes en su propio proceso de desarrollo.

Algunas perspectivas teóricas ven estas habilidades para la vida como un medio para que los adolescentes participen activamente en su propio proceso de desarrollo y en el proceso de construcción de normas sociales. Enseñar a los jóvenes *cómo* pensar en vez de *qué* pensar, proveerles herramientas para la solución de problemas, toma de decisiones y control de emociones y que participen por medio de metodologías participativas y el desarrollo de habilidades puede convertirse en un medio para fortalecerlos y adquirir poder (*empoderarlos*).

El Capital social y las oportunidades de desarrollo de los adolescentes

En forma sintética puede decirse que el capital social de un grupo constituye su capacidad efectiva para movilizar productivamente, y en beneficio del conjunto, los *recursos asociativos* que radican en las distintas redes sociales a las que tienen acceso sus miembros(1).

Los recursos asociativos que se consideran para dimensionar el capital social con que cuenta un grupo o comunidad son las relaciones de *confianza, reciprocidad y cooperación*. La confianza es consecuencia de la repetición de interacciones con otras personas que, de acuerdo a la experiencia, responderán con un acto de generosidad, fortaleciendo así un vínculo que combina la aceptación del riesgo con un sentimiento de afecto o identidad ampliada. La reciprocidad ha sido concebida como el principio rector de una lógica de interacción ajena a la lógica del mercado, que supone intercambios basados en obsequios(23). La cooperación es la acción complementaria orientada al logro de objetivos compartidos de una actividad en común(5).

Existe un estrecho vínculo entre el concepto de capital social y el de capital humano; este último se centra en los individuos, pero éstos deben relacionarse con otros para poder desarrollarlo. Si bien la acumulación de capital humano proporciona beneficios directos a la persona que lo adquiere, en forma de mejora de la productividad y de mayores ingresos, tiene también un efecto indudable en la sociedad en general.

Cabe destacar, en relación con el tema de desarrollo adolescente, el nexo entre el capital social y el capital humano, ya que tanto el capital social en la familia como el capital social en la comunidad tienen un papel destacado en la creación del capital humano en la siguiente generación. El capital social en la familia (representado por las relaciones entre los miembros de la misma) que da acceso al capital humano de los adultos, depende de su presencia física en esa familia y de la atención que ellos prestan a los niños o adolescentes. La ausencia física de los adultos puede ser descrita como una deficiencia estructural en el capital social familiar. Esta ausencia puede darse en hogares monoparentales, pero también en familias en las que uno o los dos progenitores trabajan excesivas horas (o por largas temporadas) fuera del hogar, puesto que en este caso falta el capital social que se recibiría mediante la presencia cotidiana de las personas. Aún si los adultos están presentes físicamente hay una carencia de capital social si las relaciones entre padres e hijos no son significativas, sólidas, estrechas y fluidas. Esas carencias en las relaciones pueden influir para que los hijos se centren en su grupo de pares y los padres en las relaciones con otros adultos disminuyendo o anulando el cruce entre generaciones. En estos casos, a pesar de que los padres dispongan de un gran capital humano, los hijos corren el riesgo de no beneficiarse del mismo debido a la carencia de capital social.

Por lo tanto, el capital social debe ser un aspecto a considerar cuando se habla de la adquisición y mantenimiento del capital humano, puesto que una política exclusiva de acumulación de capital humano puede no resultar efectiva, al menos a largo plazo, debido a que los individuos necesitan que su capital humano sea valorado

y recompensado, no sólo por su propio entorno o sus "superiores", sino por la sociedad en general, lo cual sólo puede conseguirse cuando existe un cierto grado de capital social. Así pues, el capital humano puede no resultar útil o, por lo menos, no ser todo lo productivo que cabría esperar, en situaciones de carencia de capital social.

Los distintos autores identifican dos estrategias básicas para desarrollar el capital social de un grupo. La primera es el *empoderamiento*, o acciones tendientes a aumentar la capacidad de movilización del grupo mediante la transformación del liderazgo existente *en* el grupo, en liderazgo *para* el grupo. La segunda es la *asociatividad* o acciones orientadas a expandir o fortalecer las redes en que participan los miembros del grupo, lo que potencia la cooperación con otros grupos mediante nuevos enlaces de sus redes.

Empoderamiento, ciudadanía y construcción de actores sociales adolescentes

Una de las estrategias para la acumulación de capital social en una comunidad, se dijo recién, es favorecer el "empoderamiento" de sus integrantes. El término empoderamiento, merece una breve atención. Resulta de utilidad la definición de la Organización Mundial de la Salud como el "proceso mediante el cual los individuos obtienen control de sus decisiones y acciones relacionadas con su salud; expresan sus necesidades y se movilizan para obtener mayor acción política, social y cultural para responder a sus necesidades, a la vez que se involucran en la toma de decisiones para el mejoramiento de su salud y la de la comunidad"(21). Esa definición hace referencia al proceso de autodeterminación por el cual las personas o comunidades ganan control sobre su propio camino de vida. Se trata de un proceso de toma de conciencia acerca de los factores que influyen sobre la vida de las personas y las poblaciones y de asunción de poder de decisión sobre el propio destino, pensando y actuando de forma tal de conseguir el máximo control posible de tales factores. Por ende, "empoderamiento" implica conseguir grados más altos de autonomía y libertad.

En este punto interesa introducir la noción de *ciudadanía*, como la capacidad de las personas para comportarse como actores sociales, es decir, para modificar su entorno social de modo de poder realizar proyectos personales. Según Touraine, se necesitan tres ingredientes para producir un actor social: tener objetivos personales, poseer capacidad de comunicar y gozar de conciencia de ciudadanía(27). Agrega que el primero de esos ingredientes es el más difícil de adquirir para los adolescentes que se encuentran en condiciones de exclusión social, ya que es difícil que los sectores más pobres logren la transformación de sus deseos o sueños en proyectos realistas. Esta dificultad es tanto mayor cuanto la capacidad de pensar (ya no de hacer) proyectos depende mucho del espacio de protección, seguridad e iniciativa que haya tenido el niño durante sus primeros años de vida. De ahí la ya mencionada importancia del papel, que aunque sea en una etapa más tardía, pueden desempeñar los adultos referentes (educadores, entrenadores deportivos, profesionales de la salud), al proveerlos de seguridad y confianza que en muchos casos no recibieron de sus padres en cantidad suficiente ni oportunidad adecuada.

La comunicación con los demás es ante todo un problema de lenguaje, pero también de información. En eso el papel de la escuela es esencial aunque no exclusivo. La propia conciencia de ciudadanía es lo que exigiría más netamente de la intervención del Estado (en sus diferentes niveles, pero sobre todo en el local) ya que, para salir de la apatía, el conformismo y/o la desconfianza generalizada que tienen respecto de las instituciones y los políticos, los adolescentes y jóvenes necesitan sentir que influyen en las decisiones que afectan su vida colectiva, a través del reconocimiento institucionalizado de sus reivindicaciones y propuestas; de tal modo, la apertura de espacios para sus expresiones, críticas y propuestas, requerirían además de respuestas políticas concretas(27).

La ciudadanía es el espacio de universalización de los lazos sociales igualitarios; es la dimensión humana por excelencia en torno a la cual se plasman los derechos civiles, sociales y políticos que son adquiridos, algunos sólo por nacer y otros, como los civiles y políticos, se van adquiriendo a lo largo de la vida. Porque si en la base de la ciudadanía hay una serie de derechos y obligaciones transmitidos implícitamente por la edad, la adolescencia y la juventud pueden ser vistas como el período en el cual se debiera lograr la ciudadanía plena, es decir la amplia participación en la sociedad. Es por ello que el concepto de ciudadanía ofrece un marco más útil y completo que el de adultez para comprender el producto final deseable de la adolescencia(9) y, por ende, para ayudar a definir la orientación y contenidos de las políticas y programas al respecto.

Algunos derechos civiles, como el de trabajar, se alcanzan antes que la mayoría de edad. Luego aparecen los derechos políticos, como el derecho a votar. Pero son también relevantes los derechos sociales, que se sitúan en la esfera de la justicia distributiva, es decir, de la equidad. Es impensable que se consoliden actitudes de independencia y autonomía si está vedado el acceso a la educación y a un nivel de ingresos considerado como de básica equidad por la sociedad. En ese marco, el derecho a la educación básica y media adquiere relevancia no sólo axiológica (como valor en sí), sino también estratégica (como valor para...), dado que numerosos estudios confirman que el bajo nivel educativo es la variable que más influye en la mayor parte de los resultados negativos en salud y bienestar: embarazo precoz, consumo de drogas, violencia, y que mientras más años de inserción en el sistema educativo formal tengan los/las adolescentes, mayor será la edad en que se inicien sexualmente y contraigan matrimonio, así como menor será el tamaño de la familia que posteriormente conformen(13).

La carencia de derechos sociales, en el caso particular de la adolescencia pobre, los transforma en adolescentes vulnerables, en una desventaja que se acumula a medida que el tiempo transcurre; y un adolescente vulnerable es firme candidato a ser un adulto excluido. Son los adolescentes excluidos del mundo escolar y profesional, a quienes Castel llama "desafiliados", "inútiles del mundo", que lo habitan sin pertenecer realmente a él, como supernumerarios, no integrados ni integrables, en situación de flotación dentro de una "tierra de nadie", desconectados de los circuitos de intercambio productivo, fuera del tren de la modernización y planteando serios problemas sociales(3).



La exclusión puede cobrar distintas formas: hay una exclusión total asimilable a la imagen de la marginalidad, pero existen exclusiones relativas a esferas específicas de la vida social, como por ejemplo: exclusión de los servicios de salud, de la formación profesional, del mercado laboral formal, de la vida cultural, de ciertos bienes colectivos, etc., y si bien cada una puede no desencadenar en la exclusión total, van conformando acumulativamente peores condiciones de vida.

Durston(4) construye una útil taxonomía de ciudadanía juvenil:

- La *ciudadanía denegada*, por los motivos de exclusión antes mencionados (los jóvenes que no estudian ni trabajan, provenientes de familias disgregadas, que están en riesgo de delinquir...).
- La *ciudadanía de segunda clase* por el sólo hecho de ser jóvenes, en el marco de concepciones adulto-céntricas o gerontocráticas.
- La *ciudadanía latente* para el caso de los jóvenes que no encontraron motivación, pero tienen disposición favorable.
- La *ciudadanía construida* mediante aprendizaje y puesta en práctica, donde el rol de la familia, la escuela y otros ámbitos (como proyectos, instituciones, organizaciones sociales orientados a adolescentes) son relevantes.

En los sentidos antes apuntados, es importante situar el ámbito de las políticas y propuestas para adolescentes en el campo de la ciudadanía social con proyección a la ciudadanía política. Es presumible que si las políticas y programas se enfocaran de tal modo, se constituirían en espacios de oportunidad para el ejercicio de los derechos de los jóvenes y promoverían el reconocimiento de esos derechos por parte de los "otros" (en el sentido de *ciudadanía construida*, de Durston).

De tal modo, cada programa, proyecto, institución o servicio, podría ser a la vez un espacio de oportunidad para la inserción social de los adolescentes, a partir de su contribución a la toma de conciencia, realización y diseminación de los derechos de los jóvenes, de su aporte como *puerta de entrada* o como fase de un proceso participativo más general, público y *creador de sentido* y de la formación y ejercicio de valores y prácticas democráticas de relacionamiento social.

¿Por qué la participación?

Si bien el concepto de participación posee un carácter emblemático –dada su carga simbólica– y polisémico –diferentes personas le otorgan distintos significados de acuerdo a características contextuales, epocales, sociales, políticas, culturales, económicas, de género, de edad, etc.– sin embargo, parece haber acuerdo entre los especialistas en políticas sociales en que participar es *estar involucrado, tomar parte o influenciar los procesos, las decisiones y las actividades en un contexto o campo de acción en particular*.

Las razones más relevantes para la participación de adolescentes y jóvenes en la sociedad global y en particular en la gestión de proyectos, son de tres tipos: en primer lugar las *axiológicas* o basadas en valores, en segundo lugar las *epistemológicas* o relacionadas con la adquisición del conocimiento válido y por último, las *pragmáticas* o relacionadas con la eficacia de las intervenciones que procuran transformar realidades o producir cambios en los conocimientos, concepciones y comportamientos de las personas(18).

En cuanto a los motivos axiológicos, la participación es un valor social deseable, un derecho humano que debería ser respetado y ejercitado, pues todas las personas, incluidos los adolescentes, deberían gozar de la posibilidad (voluntaria, no coercitiva) de tomar parte en decisiones que afectarían su vida actual y/o futura.

Referente a los motivos epistemológicos, la participación de todos los que están involucrados en un determinado escenario permite más y mejor conocimiento acerca de esa realidad y del modo más efectivo en que se puede intervenir en la misma para introducir cambios o mejoras; de tal modo es deseable que las diferentes personas involucradas –en particular pero no sólo los adolescentes– puedan expresar sus propios intereses y preferencias, así como sus propios conocimientos y puntos de vista acerca de sus problemáticas y sobre las estrategias más eficaces y recomendables para solucionarlas.

Respecto de los motivos pragmáticos, la viabilidad y efectividad de las intervenciones sociales será mayor si las personas forman parte desde el principio y en todas las etapas de la gestión de un proyecto o programa: desde el diagnóstico, la asignación de prioridades a sus problemas y necesidades, la toma de decisiones acerca de qué acciones implementar, la ejecución de actividades, el seguimiento y la evaluación(18).

Los proyectos sociales como ámbitos de participación de adolescentes

Un *proyecto social es un conjunto interrelacionado de actividades para resolver un problema social determinado en un espacio territorial y/o poblacional definido*; constituye una *intervención planificada con tiempo y recursos acotados*(18). Desde una perspectiva amplia, un proyecto puede ser visto además como:

- Un *instrumento de cambio* insertado en procesos preexistentes y contextos más amplios.
- Un *escenario de interacción* entre actores sociales con distintos intereses y perspectivas.
- Un *espacio de intercambio* de información y articulación entre grupos e instituciones donde tienen lugar alianzas y negociaciones así como resistencias y conflictos frente a los cambios que promueve.

- Un *ámbito para el aprendizaje social* de todos los actores.

- Un *proceso de elaboración de diagnósticos y estrategias de acción y de aplicación, monitoreo y ajuste* de dichas estrategias(24).

Los proyectos locales que respondan a problemáticas específicas priorizadas por los adolescentes y otros actores locales y que se planteen desde el inicio su participación activa, pueden ser vistos como instrumentos para la *construcción de ciudadanía*, bajo la hipótesis que luego pueden reflejar los procedimientos e interacciones igualitarias en otros espacios ampliados de la vida pública, promoviendo de tal manera la democratización de la comunidad, al tiempo que contribuyen a la generación de futuros ciudadanos a partir de la formación participativa de los adolescentes involucrados.

Según Pizzorno un proyecto social permite generar un sistema de solidaridad que opera sobre la estructura y sobre los valores de un sistema de intereses, resultando un proceso que puede denominarse de *“formación de áreas de igualdad”*; dado que el sistema de intereses es una estructura de desigualdades, se conforma un *“sistema de solidaridad”* que actúa por sobre dicha estructura, en la medida que en un área de acción, por mínima que sea, las desigualdades son negadas. La solidaridad se concreta a partir de la organización como asociación entre *“iguales”* frente a objetivos y actividades específicas. Cuando a ese quehacer se lo convierte en *“demanda”*, es que se ha tomado conciencia de ello como *“derecho”* y se ha transformado el quehacer en una práctica de igualitarismo en el campo de la política(22). Vale recordar también al siempre vigente Tocqueville cuando decía que una vez que los humanos han probado y aceptado ser iguales en algún plano, van a querer igualdad en todos los planos y llamó *“revolución democrática”* a esa idea de igualdad(26).

Los proyectos sociales, en tanto escenarios donde interactúan distintos actores sociales alrededor de ciertos intereses particulares u objetivos específicos, generan *“áreas de igualdad”* –en el sentido antedicho– las cuales facilitan la emergencia y consolidación de los involucrados como actores sociales que pueden tener presencia y visibilidad en el espacio público, aunque los intereses y objetivos fundacionales no permanezcan constantes a lo largo del tiempo. Pizzorno describe un proceso de tensión entre la tendencia a la reducción progresiva de las áreas de igualdad iniciales, con la consecuente caída de la participación y la necesidad de reactivarla a lo largo del tiempo y según momentos y circunstancias concretas por las que atraviesa el grupo u organización en virtud de la formación de nuevas áreas de igualdad(22). Esa reactivación de la participación es requerida para todo tipo de población pero sobre todo para los adolescentes y jóvenes, por tener ellos alta rotación, ya que *“entran y salen”* de esos espacios con mayor frecuencia que el resto, por lo que las acciones de convocatoria y *“reactivación”* resultan insoslayables.

Para diferenciarla de formas *“aparentes”* de participación, hay autores que han denominado *“participación protagónica”* a la participación social efectiva de los jóvenes; aclaran que tal modalidad debe superar el *“adultocentrismo”*, tomar en cuenta las diversas situaciones de exclusión, permitir y escuchar abiertamente la voz de las juventudes de los más diversos ámbitos(12).

Vale aclarar que no se trata sólo de que exista voluntad o disposición para participar por parte de los adolescentes; también es necesario, para el desarrollo de procesos participativos, que los contextos y las organizaciones estén dispuestos a –o mejor aún, promuevan– ese protagonismo. Para ello se requeriría descentralizar los núcleos de poder existentes en el interior de las instituciones con las que los adolescentes se vinculan; se alude, por ejemplo, a los establecimientos educativos o los de salud, que deberían incorporar la mirada y la voz de los adolescentes, para generar así nuevas formas de vinculación entre ellos y sus recursos humanos. No son cuestiones sencillas, ya que esas instituciones sectoriales son muy jerárquicas y salvo contadas excepciones aún no se han abierto en nuestro país a esos procesos participativos por parte de la población general (los adultos); es difícil imaginar que tales procesos se desencadenen en forma espontánea para una franja poblacional que gran parte del resto de la sociedad mira con recelo o temor, si no media una fuerte decisión política(19).

Del análisis de los proyectos que se han llevado a cabo con modalidades participativas de gestión y teniendo en cuenta que los adolescentes, sobre todo en las edades menores del tramo, atraviesan un período particularmente significativo para su formación y la construcción de su subjetividad e identidad, surge que la figura y el rol de los *agentes externos* es relevante(20). Aunque podría parecer que existe una tensión entre la intervención de adultos tales como los educadores, los miembros del equipo de salud, los líderes comunitarios, los entrenadores deportivos y otros, en los proyectos de adolescencia, lo cierto es que ello no implica *per-se* contradicciones insalvables entre jóvenes y adultos o entre la participación y la direccionalidad del proceso. Puede ocurrir, por el contrario, que dicha intervención sea la condición de posibilidad para que los adolescentes se acerquen y agrupen en torno a programas y proyectos socialmente relevantes. Para resolver esa tensión son importantes y estratégicos los estilos de liderazgos democráticos y transformadores, en detrimento de los verticales, jerárquicos o autoritarios(2) ■

Referencias bibliográficas

- Bagnasco, A, Piselli F, Pizzorno A, Triglia C. *El Capital Social. Instrucciones de Uso*. Colección Popular N° 538, Fondo de Cultura Económica. Buenos Aires, Argentina.
- Blejmar B, Nirenberg O, Perrone N. 1997. La Juventud y el Liderazgo Transformador. Publicación de la *Organización Panamericana de la Salud*, Programa Regional de Salud de los Adolescentes. Washington DC, USA.
- Castel R. 1997. *La metamorfosis de la cuestión social*. Ed. Paidós. Buenos Aires, Argentina.
- Durston J. 1999. Construyendo capital social comunitario. *Revista de la CEPAL* 69, Chile.
- Durston J. 2000. ¿Qué es el capital social comunitario? División de Desarrollo Social, CEPAL. Chile.
- Girard G, Raffa S, y colab. 2001. *El Adolescente Varón*. Ed. Lumen. Buenos Aires, Argentina.
- Grotberg E. 1996. *Guía de promoción de la resiliencia en los niños para fortalecer el espíritu humano*. Fundación Bernard Van Leer. USA.
- Grotberg E. 2001. *Tapping your inner strengths; how to find resilience to deal with anything*. New Harbinger Publications, Inc. Oakland, USA.
- Kessler G. 1996. "Adolescencia, Pobreza, Ciudadanía y exclusión", en *Adolescencia, Pobreza, Educación y Trabajo*, Konterlink, Irene y Jacinto, Claudia (compiladoras). Ed. Losada-Unicef, Buenos Aires, Argentina.
- Kotliarenco MA. et. al. 1998. *Estado del arte en resiliencia*. OPS/Kellogg/ASID, Washington DC.
- Kotliarenco MA, Mardones F, Melillo A, Suarez Ojeda N. 2000. *Actualizaciones en resiliencia*, Fundación Bernard Van Leer, Departamento de Salud Comunitaria, Universidad Nacional de Lanús. Argentina.
- Krauskopf D. 1999. *Participación social y desarrollo en la adolescencia*. UNFPA. San José, Costa Rica.
- Maddaleno M. 1998. *Plan de Acción de Desarrollo y Salud de Adolescentes y Jóvenes en las Américas*. 1998 – 2001. OPS / OMS. Washington DC, USA.
- Mangrulkar L, Whitman CV, Posner M. 2001. *Enfoque de Habilidades para la Vida para un desarrollo saludable de niños y adolescentes*. OPS, Asdi, Fundación W.K. Kellogg. Washington DC, USA.
- Melillo A. 2005. Sobre Resiliencia: el pensamiento de Boris Cyrulnik. *Revista perspectivas Sistémicas*, N° 85. Buenos Aires, Argentina.
- Morlachetti A. 1999. Situación actual: *Obligaciones de Latinoamérica y el Caribe ante el derecho internacional de adolescentes y jóvenes*. Documento de la Organización Panamericana de la Salud. Washington D.C., USA.
- Nirenberg, O. 2006. *Participación de adolescentes en proyectos sociales: aportes conceptuales y para su evaluación*. Colección Tramas Sociales. Volumen 39. Ed. Paidós. Buenos Aires, Argentina.
- Nirenberg O, Brawerman J, Ruiz V. 2003. *Programación y Evaluación de Proyectos Sociales: aportes para la racionalidad y transparencia*. Colección Tramas Sociales. Volumen 19. Ed. Paidós. Buenos Aires, Argentina.
- Nirenberg O. 2003. *El rol del Estado para la participación social en la evaluación: el caso del sector salud*. Presentado al VIII Congreso del Centro Latinoamericano de Administración para el Desarrollo –CLAD–, Panamá.
- Nirenberg O, Perrone N, Cardarelli G. 1995. *Síntesis del Proyecto de Salud Integral de los Jóvenes de San Pedro*, Provincia de Buenos Aires. Ed. CEADEL / Fundación W.K.Kellogg.
- Organización Mundial de la Salud – OMS – 1998. *Health promotion glossary*. Ginebra, Suiza.
- Pizzorno, Alejandro. 1976. Introducción al estudio de la participación política. SIAP, Planteos, Buenos Aires, Argentina.
- Pizzorno A. 2003. "¿Por qué pagamos la nafta? Por una teoría del capital social"; en: Bagnasco, A., Piselli, F., Pizzorno, A., Triglia, C. *El Capital Social. Instrucciones de Uso*. Colección Popular n° 538, Fondo de Cultura Económica. Buenos Aires, Argentina.
- Robirosa M, Cardarelli G, Lapalma A. 1990. *Turbulencia y Planificación Social. Lineamientos metodológicos de gestión de proyectos sociales desde el Estado*. UNICEF, Siglo XXI de España, Ed., Buenos Aires, Argentina.
- Rojas AL, Donas S. 1995. "Adolescencia y Juventud, aportes para una Discusión". En *Salud Sexual y Reproductiva*. Comunicación para la Salud N° 8. OPS/OMS. Washington DC. USA.
- Tocqueville A de. 1835. *La democracia en América*. Ed. del Fondo de Cultura Económica, 1994, México, DF.
- Touraine A. 1996. Juventud y democracia en Chile. *Revista OIJ (Organización Iberoamericana de la Juventud)*, N°1, Chile.

La era de los axolotls

Algunas especulaciones respecto a las modificaciones neurobiológicas durante la adolescencia

Fabian J. Triskier

Médico Psiquiatra. Gurruchaga 2463, 1° "B". 1425 Ciudad de Buenos Aires. Tel.: 4833-5485 - E-mail: fabiant@jdcla.org

De adolescentes y violencias

El 20 de abril de 1999, dos estudiantes de 17 y 18 años de Columbine (USA) llegaron al colegio cargados con un arsenal de armas con el que dispararon a mansalva. El resultado: 12 estudiantes y un profesor muertos y 24 heridos. Los dos jóvenes se suicidaron luego de cometer el crimen. El episodio desencadenó numerosos debates acerca de la conducta de jóvenes y adolescentes y su relación con la violencia a nivel mundial y fue retratado en un par de películas.

Reacciones similares se generaron en nuestro país con posterioridad a episodios parecidos acaecidos en Argentina. Entre otros, en una escuela de Rafael Calzada en agosto de 2000 y en Carmen de Patagones en setiembre de 2004; tomados en conjunto, murieron 4 adolescentes y resultaron heridos 7 más.

Otras situaciones violentas menos espectaculares, pero con el protagonismo de jóvenes o adolescentes, que concluyeron en muertes, generaron un efecto idéntico: un sin número de programas televisivos y artículos en la prensa acerca de "los adolescentes y la violencia". En ellos abundaron las "opiniones de expertos" acerca de la vinculación de la violencia con diversas características de la realidad social en la cual transcurre la vida juvenil de la actualidad: las relaciones familiares, la educación, el consumo de alcohol y drogas, la falta de límites, la caída del rol del padre, la exposición a los videojuegos, entre otras. Esta profusión de opiniones suele tener un carácter espasmódico y disminuye a medida que pasa el tiempo. Sin embargo, muchas de las variadas afirmaciones y argumentos vertidos, con frecuencia no debidamente fundamentados, van sedimentando y constituyendo las diferentes representaciones sociales que se tienen de los jóvenes. Estas representaciones son pasibles

de generar consecuencias de lo más diversas para la vida de los jóvenes, muchas veces con una importante carga de prejuicios y consideraciones estigmatizadoras.

Un editorial para la polémica

En su edición del 10 marzo de 2001, el *New York Times* publicó un artículo titulado "Un cerebro demasiado joven para el buen juicio"(46). A continuación se reproducen algunos párrafos:

"Los disparos de esta semana en la escuela de Santana, California, nos trajeron los ya habituales intentos de explicar lo aparentemente inexplicable mediante argumentaciones culturales y circunstanciales: entretenimientos violentos, la falta de registro de conductas desviadas, hogares destruidos... Aún cuando cada uno de estos hechos puede jugar un rol en las tragedias con armas de fuego en escuelas, si se quiere comprender qué funciona mal en los adolescentes que disparan dichas armas es necesario entender algo acerca de la biología del cerebro adolescente.

Andy Williams, el joven autor de los disparos de Santana tiene 15 años. Muchos otros agresores de este tipo han sido de la misma edad o menores. Un cerebro de 15 años no ha completado aún su proceso madurativo, en particular la corteza prefrontal, un área crítica en la formulación del juicio y la supresión de los impulsos (...). Sin la corteza prefrontal sería imposible la existencia de sociedades basadas en códigos morales y legales (...). La función inhibitoria no está presente desde el nacimiento. Para que la corteza prefrontal pueda cumplir de manera efectiva y eficiente su función ejecutiva se requieren varios años de procesos biológicos (...). Se requieren al menos dos décadas para conformar una corteza prefrontal completamente funcional.

Resumen

En el artículo se resumen algunos hallazgos recientes acerca de las modificaciones cerebrales que ocurren durante la adolescencia y la juventud, sus relaciones con la conducta de los mismos y se formulan interrogantes respecto a las consecuencias que se habrían de producir frente a la hipótesis de una profundización de los mismos..

Palabras clave: Adolescencia – Desarrollo cerebral – Poda sináptica – Corteza prefrontal – Neotenia

THE ERA OF THE AXOLOTL. SPECULATIONS REGARDING THE NEUROBIOLOGICAL MODIFICATIONS DURING THE ADOLESCENCE Summary

The article summarizes a number of recent findings about the brain changes which take place during the adolescence and the youth, their relations with their behavior and some questions are formulated with regard to the deepening of these hypothesis.

Key words: Adolescence – Brain development – Synaptic pruning – Prefrontal corte – Neoteny



Los científicos han demostrado que la marcha de dicho refinamiento biológico se acelera de manera considerable durante el fin de la adolescencia, tiempo en el que el cerebro experimenta un impulso final para abordar las exigencias de una vida adulta independiente. La evidencia es inequívoca respecto a que la corteza prefrontal es biológicamente inmadura a los 15 años (...). A los 15 años el cerebro no tiene los mecanismos biológicos para inhibir los impulsos requeridos para poder hacer una planificación a largo plazo. Por esa razón es tan importante que los adultos ayuden a los niños a hacer planes y establecer reglas y por ello han sido creadas instituciones con el fin de poner límite a las conductas que estos jóvenes no pueden limitar. Los adolescentes a menudo confrontan con sentimientos de culpa, impotencia o agresión contra ellos. Frente al ridículo, pueden llegar a desear revancha. Hace treinta años, un adolescente en esta situación podía iniciar una pelea e incluso podía empuñar un cuchillo. Si sentía temor de no poder defenderse, podía reclutar un grupo que lo ayudara. De una u otra forma, ese adolescente intentaba dar una lección a sus agresores. Sin embargo, lo más probable era que nadie muriera.

Pero los tiempos han cambiado y ahora estos adolescentes viven en una cultura con acceso fácil a las armas. Yo tengo mis dudas acerca de que la mayoría de los agresores escolares intenten matar, matar en el sentido adulto: un final permanente de la vida y con la consecuencia de pagar el precio por el resto de sus vidas. Este tipo de consideraciones requiere una corteza prefrontal íntegra, con posibilidad de anticiparse al futuro y apreciar racionalmente causas y efectos (...).

Estas breves apreciaciones acerca del desarrollo cerebral no pretenden la absolución de los crímenes o atenuar el horror. Pero el agresor de Santana High, como otros adolescentes, necesitó de gente o instituciones para prevenirlo de estar en situaciones potencialmente mortales en las que su inmadurez cerebral los deja abandonados frente a sus propios impulsos. No importa en qué pueblo o en qué escuela pase: si un arma es puesta bajo el control de la corteza prefrontal de un joven herido y vengativo de 15 años y este apunta a un blanco humano, es muy posible que dispare”.

Quien firma el artículo es nada menos que Daniel Weinberger, director del Laboratorio de Investigación de Trastornos Clínicos del Cerebro del Instituto de Salud Mental de los EE.UU. Las réplicas no se hicieron esperar argumentando acerca de los miles de adolescentes que en su vida empuñan un arma, o expresando contrariedad por la “neurologización de las malas conductas” de los jóvenes que Weinberger propondría(42).

Lo cierto es que más allá de los cuestionamientos que puedan hacerse, el debate acerca de los mecanismos biológicos involucrados en diferentes conductas asociadas a los adolescentes se encuentra abierto. Este debate habrá de ser fructífero siempre y cuando los problemas que afectan a los adolescentes no sean simplificados y pretendan abordarse con una mirada monofocal. Debería aceptarse su naturaleza compleja, plena de interacciones, heterogeneidades y variaciones. Los recientes hallazgos acerca del desarrollo cerebral durante la infancia y la adolescencia deberían ser tomados en cuenta junto a otros elementos de análisis. No deberían quedar



excluidos por el temor de ser considerados propios de una visión reduccionista o determinista, debiendo integrarse en un diálogo fecundo con otras disciplinas. Probablemente, algunos de estos hallazgos habrán de cuestionar algunas de las afirmaciones que se vienen sosteniendo. Otros habrán de apoyarlas y/o complementarlas. Además, habrá que ver si existe la posibilidad de integrarlas, con la debida cautela, en la agenda de quienes diseñan programas y proyectos destinados a jóvenes y adolescentes.

¡No son sólo las hormonas...

Nuestro cerebro alcanza el 90% de su tamaño definitivo alrededor de los 6 años de edad. Sin embargo, las diferentes estructuras que lo componen experimentan notables cambios entre los 6 y los 20 años, ya que el desarrollo cerebral humano es un proceso estructural y funcionalmente no lineal(20). Sin embargo, hasta hace no mucho tiempo, poco era lo que se conocía acerca de las modificaciones cerebrales que acaecían durante la adolescencia. La atención sobre el proceso de neurodesarrollo prenatal y de los primeros dos años de vida eclipsó la apreciación de eventos posteriores que de a poco van comenzando a iluminarse.

Hoy podemos afirmar que las modificaciones biológicas producidas por la "metamorfosis de la pubertad" no se limitan exclusivamente a los cambios pondoestaturales, la aparición de los caracteres sexuales secundarios y la capacidad de fecundación, entre otras. También se evidencian importantes cambios en el desarrollo cerebral. Cuáles de estas modificaciones dependen del inicio puberal y, de manera directa, de los cambios hormonales y cuáles son independientes de éstos y se encuentran más vinculadas a la edad es un tema que se encuentra en discusión.

... también es el cerebro!

Diversos estudios publicados en los años '80 y '90 fueron decisivos a la hora de intentar demostrar los procesos correspondientes al desarrollo normal del cerebro. Huttenlocher demostró, en estudios *post mortem* de la corteza frontal humana, la existencia de una marcada proliferación sináptica que se inicia antes del nacimiento y que duplica, durante los primeros dos años de vida, los valores que se encuentran en el adulto(24). Similares hallazgos habían sido realizados en cerebros de monos, confirmando la existencia de una sobreproducción sináptica que alcanza su meseta tempranamente, iniciando luego un proceso de reducción de su densidad en coincidencia con la maduración sexual(33). La tomografía por emisión de positrones posibilitó confirmar estos hallazgos *in vivo*. Se ha demostrado que el consumo de glucosa cerebral, entre los dos y tres años, duplica los niveles hallados en el adulto, iniciando su reducción alrededor de los ocho años, para estabilizarse en valores cercanos a los del adulto entre los 16 y 17 años(12).

En síntesis, diversos estudios han confirmado un proceso de desarrollo en el cual la sinaptogénesis comenzaría en la etapa fetal, duplicando durante la primera infancia los niveles que se hallarán en la vida adulta y manteniéndose durante años hasta el inicio de una etapa de franca reducción de sinapsis que culmina al alcanzarse los niveles adultos. Este último proceso, denominado "poda sináptica", parecería clausurarse junto con la adolescencia y es de fundamental importancia para esta etapa.

Los estudios citados trajeron luz al conocimiento de los eventos que se suceden en el desarrollo cerebral del humano y de otras especies. Sin embargo, ninguno de estos estudios se había concentrado en las modificaciones específicas que experimenta el cerebro de los adolescentes. ¿Qué particularidades, de existir, se sucedían en el desarrollo cerebral en esta etapa de la vida? ¿Podrían tener alguna correlación con modificaciones conductuales propias de la vida adolescente?

Cerebros adolescentes en proceso de cambio

Los estudios longitudinales realizados por Jay Giedd en el Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos entre 145 niños y adolescentes de entre 4 y 22 años utilizando resonancia magnética nuclear marcaron un nuevo rumbo en las consideraciones acerca del desarrollo cerebral durante la adolescencia y los primeros años de la vida adulta(18). Antes de ser publicados, otros estudios utilizando neuroimágenes habían demostrado una caída lineal en la sustancia gris y un aumento lineal de la sustancia blanca cerebral entre los 4 y los 20 años(16, 25, 31).

Giedd confirmó los hallazgos referentes a la sustancia blanca coincidiendo en la evidencia de su aumento progresivo y lineal durante la infancia y la adolescencia con un patrón similar en las diferentes áreas del cerebro. Sin embargo, reveló por primera vez modificaciones en la sustancia gris desconocidas hasta ese momento. En lugar de una reducción progresiva de la misma a partir de los 5 años, encontró un patrón de desarrollo en forma de "U" invertida para la mayoría de los lóbulos ce-

rebrales, con un inesperado aumento de la sustancia gris durante la adolescencia y/o preadolescencia y recién después, una reducción de la misma. Esta reducción se prolongaría en algunas áreas cerebrales más allá de la adolescencia, adentrándose su desarrollo en la vida adulta. Además, observó que las modificaciones de la sustancia gris no se dan de la misma manera en toda la corteza cerebral, presentando curvas en su desarrollo con picos a edades diferentes en cada región cortical. La corteza frontal, por ejemplo, presenta un pico de aumento de la sustancia gris alrededor de los 12 años para los niños y 11 para las niñas. Este aumento será seguido de una reducción importante de sustancia gris durante los años de la adolescencia hasta los primeros años de la vida adulta. El desarrollo de la corteza parietal muestra una curva similar al de la corteza frontal, con un pico en el aumento de la sustancia gris a los 11.8 años para los varones y 10 para las mujeres. La corteza temporal, en cambio, no alcanza su pico hasta los 16 años, con una reducción posterior más leve y la corteza occipital evidencia dicho aumento hasta los 20 años sin mostrar una reducción importante.

Respecto a la sustancia gris de las estructuras subcorticales, se ha descrito en los varones adolescentes una reducción con la edad del volumen del caudado y un aumento del volumen de la amígdala y, en cambio, del hipocampo en mujeres(17). Este dimorfismo es compatible con el hallazgo de receptores para andrógenos en mayor concentración que los receptores para estrógenos(10) en la amígdala de primates no humanos y un patrón de distribución inverso en el hipocampo(30).

El incremento de la sustancia gris cortical conforma una verdadera "segunda ola" de redundancia sináptica y había permanecido en la oscuridad hasta la publicación de los trabajos de Giedd y sus colaboradores. El hallazgo fue tan sorprendente y desconcertante que el mismo Giedd creyó estar equivocado al confrontar con los datos por primera vez(41). Sin embargo, estaba en lo cierto: el cerebro adolescente presenta características neuroplásticas que habían sido desconocidas hasta sus descubrimientos.

Identificación de rostros y procesamiento emocional

El procesamiento de la información a nivel cerebral se daría de manera diferente en los adolescentes en comparación con los adultos. Por ejemplo, cuando adolescentes son expuestos experimentalmente frente a imágenes de rostros humanos con expresiones que denotan miedo, no se registra mediante la RMN funcional una activación de la corteza frontal tal como sucede en adultos. Las neuroimágenes de los adolescentes sometidos a dicho estímulo evidencian una activación de la amígdala en lugar de la activación de la corteza frontal(3). Por lo tanto, los adolescentes presentarían mecanismos de procesamiento de las emociones diferentes a los del adulto probablemente debido a lo inacabado del cableado de su corteza frontal. En función de estos hallazgos, se ha postulado que los adolescentes también podrían confundir, a nivel del procesamiento cerebral, ciertas expresiones faciales, identificando expresiones de temor como si fueran de ira o amenaza, actuando en consecuencia(23). Existen otros datos acerca de las dife-

rencias en el procesamiento de ciertos estímulos y emociones respecto a los adultos como, por ejemplo, los hallazgos que revelarían una reducción de la velocidad con que las emociones son identificadas a partir de la pubertad. Este enlentecimiento se mantendría hasta después de los 18 años y podría ser un reflejo de la "relativa ineficiencia de los circuitos frontales" del cerebro adolescente mientras éste se está remodelando a través de los procesos de proliferación y poda sináptica(29).

Las conductas de riesgo

En la mayoría de las especies de mamíferos, la adolescencia se asocia con la emigración por parte de las o los adolescentes (dependiendo de la especie) del seno del grupo primario hacia territorios desconocidos en la búsqueda de un nuevo grupo de inclusión(36). Entre nuestros parientes más cercanos, chimpancés y gorilas, son las hembras las que emigran. Los machos jóvenes se quedan en el grupo junto a sus madres. En cambio, en la mayoría de los primates del Viejo Mundo, son los machos los que se alejan de su grupo natal. Esta estrategia parecería brindar ventajas evolutivas al evitar las uniones intrafamiliares. Sin embargo, aún cuando pudiera ser evolutivamente efectiva, tiene un alto costo individual para los individuos jóvenes, ya que los expone a altos niveles de vulnerabilidad y mortalidad durante su migración e ingreso al nuevo grupo(35). ¿Qué estímulo lleva a estos jóvenes primates a dejar a sus familias, enfrentarse a lo desconocido, sufrir enfermedades, accidentes y ataques de pares y depredadores? ¿Cómo explicar este súbito interés por lo novedoso y por asumir conductas de riesgo que hacen que entre los primates, los jóvenes tengan las más altas tasas de mortalidad por accidentes causadas por actividades que pueden describirse como temerarias frente a la conducta habitual de los adultos?

La investigación en animales ha demostrado que algunos cambios conductuales de la adolescencia son comunes a numerosas y variadas especies. En especial, aquellas relativas a lograr autonomía e independencia. Las ratas, por ejemplo, muestran un marcado incremento de la actividad exploratoria y la búsqueda de lo novedoso en la etapa postpuberal respecto a animales de mayor edad(39). Entre los humanos, también ha sido descrito un aumento en la búsqueda de nuevas sensaciones y en la exposición a situaciones de riesgo durante la adolescencia(2). Esto no debería generalizarse y considerar a los adolescentes, en su totalidad, como sujetos en grave riesgo. La mayoría de los adolescentes cometen acciones que implican riesgos sin importancia. Solo una minoría sufre consecuencias graves. Es necesario evitar la estigmatización del "riesgo adolescente" entendiendo que, dentro de ciertos límites, estas conductas son una herramienta del desarrollo necesaria para la definición de la identidad(32).

También se ha descrito a los adolescentes como poseedores de un estado basal de anhedonia con modificaciones en la respuesta frente a estímulos que en otras etapas eran considerados placenteros. Este estado ha sido postulado como uno de los móviles que podría conducir a adolescentes a situaciones que, pretendiendo reforzar la sensación de placer, los llevan a asumir conductas de riesgo en las que se incluyen la experimentación con drogas y el consumo de alcohol.

¿Puede la biología ofrecer alguna explicación a este fenómeno? Quizás alguna, mediante aproximaciones ligadas al funcionamiento del sistema dopaminérgico de los adolescentes. En la adolescencia, los niveles dopaminérgicos cerebrales decaen en general respecto a los de la infancia con la excepción de al menos un área del cerebro en la que aumentan: la corteza prefrontal. En la corteza prefrontal de primates no humanos se detectan niveles dopaminérgicos superiores a los de etapas anteriores y posteriores de la vida(28). Hallazgos similares se evidencian en ratas en la etapa postpuberal(26).

El sistema dopaminérgico sufre un proceso modulador después de la pubertad, con aumentos en la concentración de receptores D1 y D2 que habrán de reducirse con los años, tanto en humanos(37) como en ratas(43). Este aumento y posterior reducción de receptores dopaminérgicos aparece más pronunciado en el estriado que en el núcleo accumbens y en machos que en hembras(1). En función de estos y otros hallazgos, se ha postulado que durante la adolescencia se alteraría el balance relativo que a nivel dopaminérgico existe entre la corteza prefrontal y áreas estriatales y mesolímbicas. El resultado de dicha alteración resultaría en una predominancia dopaminérgica en la corteza prefrontal y un balance dopaminérgico relativo negativo en el accumbens. Es de destacar que el núcleo accumbens es una estructura fundamental en la regulación de incentivos y estímulos como los que producen, por ejemplo, las drogas de abuso(27). La existencia de este déficit funcional en el accumbens y otras áreas mesolímbicas han llevado a postular una suerte de "síndrome de reducción de los mecanismos de recompensa a nivel cerebral". Sus consecuencias producirían una "búsqueda activa de experiencias y sensaciones novedosas en el intento de compensar las deficiencias en los mecanismos de recompensa"(39). En síntesis, los adolescentes podrían experimentar un síndrome del déficit de respuesta temporario durante su desarrollo, similar al postulado que existiría entre algunos usuarios de sustancias. Aunque especulativa, esta idea se correspondería con la anhedonia adolescente descrita anteriormente. También con los hallazgos que evidenciarían una sensibilidad disminuida para los efectos del alcohol en animales adolescentes respecto a ejemplares adultos(39).

Un reloj propio

Los cambios en el tiempo de sueño son una constante en la adolescencia. Estudios realizados en diferentes países han confirmado que los adolescentes tienden a acostarse y despertarse más tarde(9). Las explicaciones de este fenómeno han sido abordadas desde las modificaciones psicosociales de la vida adolescente, pero es sabido que los patrones de sueño y despertar están regulados cerebralmente. ¿Pueden estos dar cuenta de los cambios que se manifiestan en esta etapa de la vida?

El aumento de la secreción de melatonina por la glándula pineal es uno de los principales estímulos para la iniciación del sueño y sufre en los adolescentes un retardo de al menos dos horas respecto a la niñez(8). Este hecho podría explicar, en cierta medida, el porqué los adolescentes tienden a acostarse más tarde. El problema se presenta frente a la obligación de despertarse a cierto hora-

rio para concurrir a la escuela: muchos de ellos duermen menos tiempo que lo que necesitarían. Si se les da la posibilidad de dormir durante la mañana, estos adolescentes con inicio del sueño retardado, evidencian un inicio brusco del sueño REM, con un patrón similar al de individuos privados de sueño(47). Como es sabido, la privación de sueño impacta negativamente en la salud física y psíquica y es pasible de generar trastornos de sueño que se extiendan a la vida adulta(7). Además, la reducción del sueño en adolescentes ha sido asociada con mal desempeño académico y alteraciones emocionales(13).

Algunas reflexiones

En la mayoría de las sociedades se describe un período del desarrollo humano reconocible como aquello que llamamos adolescencia. De hecho, en muchas sociedades, el fin de la infancia se encuentra demarcado por algún tipo de ritual. La infancia y la vida adulta se encuentran definidas por un evento compartido por ese grupo social comunicando a sus miembros y al o la joven, que una etapa ha terminado y una nueva habrá de comenzar. El intervalo existente entre la pubertad y el estatus adulto parece ser mucho más breve en las sociedades tradicionales: no mayor de dos años para las mujeres y cuatro para los hombres(36). En cambio, en la mayoría de las sociedades contemporáneas el panorama es diferente. La pubertad se ha adelantado dos años para las mujeres en los últimos cien años y algo también entre los varones. Además, se ha prolongado el tiempo hasta el casamiento y otros eventos vitales que demarcarían el inicio de la vida adulta tales como las elecciones vocacionales, el vivir fuera del hogar familiar o la decisión de ser padres. Es posible afirmar que el período correspondiente a la adolescencia se ha prolongado en al menos una década si se comparan las sociedades contemporáneas respecto a las tradicionales. Esta prolongación ha traído ventajas y desventajas. Las primeras incluyen la posibilidad de perfeccionar el desarrollo de aquellas habilidades necesarias para la vida adulta gracias a la prolongación del tiempo destinado a ello. La conceptualización de la adolescencia como una suerte de "moratoria" social o psicológica se encontraría en esta línea. Las consecuencias adversas estarían dadas por el desajuste que se produce entre el inicio y desarrollo puberal y el desarrollo mental, aceptando que parte del desarrollo neurocognitivo se encuentra más ligado a la edad y a la experiencia adquirida que al mero hecho del impulso puberal. En la actualidad se ha ampliado la brecha entre la emergencia a nivel cerebral de aspectos motivacionales o emocionales, que surgirían más precozmente, y la finalización del desarrollo madurativo de estructuras cognitivas tales como la autorregulación de la conducta que son dependientes de la interrelación compleja entre diversos sistemas cerebrales de presentación más tardía. En términos de Ron Dahl, pediatra e investigador de la Universidad de Pittsburgh Medical Center, la prolongación de este período deja a muchos adolescentes de nuestros días en una situación de particular vulnerabilidad. La incapacidad de coordinación total entre diferentes sistemas cognitivos debido a que la corteza frontal no ha podido aún funcionar plenamente los dejaría como "un motor sin conductor"(14).

¿Cómo contextualizar los hallazgos referidos a los cambios cerebrales y la conducta de los adolescentes? La discusión se encuentra a la orden del día sin posibilidad de arrojar aún conclusiones definitivas. Es evidente que el cerebro humano se encuentra lejos de estar en un estado acabado en la adolescencia. Es un cerebro en proceso de cambios constantes y dinámicos que incluyen la proliferación y posterior "poda" sináptica que reflejarían un cambio en la complejidad y tamaño de la población neuronal más que en el número de las mismas. Aún cuando las fuerzas que guían estos procesos se encuentran en investigación, se sostiene la hipótesis de que la poda sináptica seguiría el principio de "úsalo o déjalo". De acuerdo a esta afirmación, las conexiones que son utilizadas habrán de perdurar; en cambio, aquellas que permanecen inactivas se debilitarán y desaparecerán(19). De confirmarse esta hipótesis, el tipo de actividades desarrolladas por los adolescentes tendría una influencia capital en la conformación futura de su cerebro. Sin embargo, no es posible establecer proyecciones y afirmaciones definitivas en ese sentido, aún cuando habría quienes han de afirmar que "el adolescente puede moldear su cerebro a voluntad". ¿Cuál será la influencia diferencial en el cerebro adulto de un adolescente que practica deportes, lee o ejecuta un instrumento musical respecto de aquél que sólo pasa el día frente al televisor o los videojuegos? ¿Cómo influye cada una de estas actividades en la selección de las sinapsis que habrán de perderse definitivamente? ¿Es la valoración tradicional que hacemos de estas actividades consecuentes con las acciones que se desarrollan en las modificaciones plásticas del cerebro? ¿Qué importancia tienen estos procesos en la conformación de la identidad y capacidades del individuo adulto? ¿Qué consecuencias tiene el consumo desmedido de sustancias y de alcohol durante un período en el cual el cerebro muestra tal nivel de plasticidad? ¿Cómo influye en los procesos de sobreproducción y posterior poda sináptica?

Respecto a la corteza prefrontal, es sabido el rol primordial que cumple en la ejecución de funciones ejecutivas. Entre ellas puede citarse a la memoria de corto plazo o del trabajo, la capacidad de planificación, la atención, el control inhibitorio y la toma de decisiones(21). Estas funciones son mediatizadas a través de una intensa red que vincula diferentes regiones corticales y subcorticales. De su adecuado funcionamiento depende, en gran medida, el cómo operar en la toma de decisiones cotidianas aplicando lo que denominamos "adecuada capacidad de juicio". El funcionamiento anormal o el desarrollo incompleto de la corteza prefrontal lesionarían la habilidad para monitorear e inhibir conductas, tomar decisiones adecuadas y además, llevaría a iniciar conductas inapropiadas e impulsivas(34). Lesiones de la corteza prefrontal ífero medial han sido vinculadas a dificultades para anticipar mentalmente las consecuencias futuras de los actos, sean estos positivos o negativos, produciendo una suerte de "miopía para el futuro"(4, 5).

Hoy nos encontramos en condiciones de afirmar que la corteza prefrontal se encuentra muy lejos de la etapa final de su desarrollo durante la adolescencia. Está en pleno proceso de maduración, como lo demuestran, además de los estudios anteriormente citados, los realizados utilizando RMN en grupos de adolescentes y adul-



tos jóvenes que evidencian una maduración progresiva, espacial y temporal de la corteza frontal que se extiende hasta la tercera década de la vida(38)

Los procesos de reducción de la sustancia gris e incremento concomitante de la sustancia blanca reflejarían, al menos en parte, el aumento de la mielinización. Es de destacar que la mielinización ha sido relacionada con el perfeccionamiento de diferentes procesos cognitivos tales como la mayor rapidez en el procesamiento de la información y una más eficiente y mejor habilidad verbal que estaría en proceso de desarrollo en los adolescentes(45).

¿Cómo articular estos procesos y capacidades de la corteza prefrontal respecto a la comprensión de algunas acciones cometidas por jóvenes, especialmente aquellas que se encuentran en conflicto con la ley? En los EE.UU. la presencia de estas argumentaciones han sido incluidas en apelaciones de juristas contra la aplicación de la pena de muerte a jóvenes(6). ¿Les cabe algún rol a jugar en nuestro país? ¿Pueden servir de argumentación para quienes proponen un sistema penal diferenciado para los niños y jóvenes, discriminando la responsabilidad potencial frente a hechos violentos o criminales acorde al desarrollo individual, en sintonía con la Convención Internacional de Derechos de Niños y Adolescentes con rango constitucional en nuestro país? Hago esta referencia en momentos en que sectores diferentes de nuestra sociedad bregan por un sistema penal indiferenciado para niños y adolescentes, sostenido en el lema "frente a delitos adultos, penas de adultos", presionando por todos los medios para lograr una baja de la edad de imputabilidad de los delitos y la extensión de las penas de prisión perpetua a los menores.

¿Qué podemos decir respecto a las expresiones desmedidas de los adolescentes en reacción a observaciones o comentarios de los adultos? La lectura del mundo exterior que ellos hacen, fundamentalmente en lo referido al contacto emocional y los vínculos sociales, parecería estar sometida a códigos de interpretación diferentes. La comunicación no verbal resulta de particular importancia en la articulación de los vínculos sociales hu-

manos. Las expresiones faciales son un componente primordial de dicha comunicación. La respuesta frente a cierto tipo de expresiones faciales procesada primordialmente por un centro primario de respuesta emocional como es la amígdala, en lugar de por un centro de procesamiento racional como es la corteza frontal, explicarían algunas de estas reacciones de adolescentes, más impulsivas y desinhibidas, motivadas por la confusión que se produce ante la imposibilidad de leer adecuadamente la comunicación gestual.

Creo que sería pertinente incluir en nuestras consideraciones algunos otros aspectos del desarrollo cerebral adolescente al momento de diseñar dispositivos sociales y educativos. Por ejemplo, ¿qué lugar existe hoy en ellos para la "toma de riesgos", entendiendo a éstos como parte de un proceso estructurante? ¿Qué tipo de riesgos deberían ser aceptados y cuáles, incluso, ser promovidos? ¿En qué tipo de contextos y con qué acuerdos y límites? ¿Qué experiencias educativas deberían incluir el "riesgo" como motivador y garante del aprendizaje? ¿Podría postularse que una mayor tolerancia al riesgo socializado, compartido, guiado y con fines establecidos pudiera reducir la alta morbilidad y mortalidad adolescente por causas violentas?

¿En otro orden de cosas, es posible integrar todos estos descubrimientos al diseño de las políticas, metodología de enseñanza y aprendizaje para adolescentes? ¿Podría proponerse, por ejemplo, al menos de manera experimental, un ciclo lectivo con horarios más acordes al ritmo circadiano de esta etapa de la vida?

A la luz de los descubrimientos que se vienen realizando, resulta absolutamente necesario para los profesionales de la salud mental poder integrar estos conocimientos al valorar signos y síntomas emergentes durante la infancia y la adolescencia, formular diagnósticos y establecer intervenciones terapéuticas. En este campo, también se abren nuevos interrogantes. Por ejemplo, cabe preguntarse acerca de si se debe tratar algunos signos y síntomas, cuando se hace con la justificación de que, de no hacerlo, éstos continuarán y/o se agravarán en la vida adulta sin evidencia suficiente para afirmarlo y, frente a la posibilidad de que algunos pudieran ser transitorios, eventos propios del desarrollo, que no habrán de derivar en un trastorno del adulto. La poda sináptica debería ser reconsiderada a la hora de pensar en la patogenia de ciertos trastornos mentales infantojuveniles. Ha sido postulado un rol en la patogenia de algunos casos de esquizofrenia que podrán producirse por una exageración de este fenómeno(15, 44). ¿Podría a su vez tener un carácter corrector que explicaría la reducción, posterior a la adolescencia, en algunos pacientes, de los signos de inquietud propios del TDAH y de los tics en el Tourette?

El axolotl y la adolescencia como una característica distintiva de la especie humana

"Empecé viendo en los axolotl una metamorfosis que no conseguía anular una misteriosa humanidad. Los imaginé conscientes, esclavos de su cuerpo, infinitamente condenados a un silencio abisal, a una reflexión desesperada. Su mirada ciega, el diminuto disco de oro inexpresivo y sin embargo terriblemente lúcido, me penetraba como un mensaje: "sálvanos, sálvanos". (...) No eran seres humanos, pero en ningún

animal había encontrado una relación tan profunda conmigo. Los axolotl eran testigos de algo y, a veces, como horribles jueces. Me sentía innoble frente a ellos; había una pureza tan espantosa en esos ojos transparentes. Eran larvas, pero larva quiere decir máscara y también fantasma. (...) No era posible que una expresión tan terrible, que alcanzaba a vencer la inexpresividad forzada de sus rostros de piedra, no portara un mensaje de dolor, la prueba de esa condena eterna, de ese infierno líquido que padecían. Inútilmente quería probarme que mi propia sensibilidad proyectaba en los axolotl una conciencia inexistente"(11).

El axolotl, protagonista de un fantástico cuento de Julio Cortázar, es un verdadero ejemplo de neotenia viviente. Este animal anfibio que puede verse en los acuarios retiene características de inmadurez durante toda la vida. Nunca accede a lo que sería una morfología adulta. Permanece en un estadio de "inmadurez" permanente, de un desarrollo por siempre interrumpido, pero que potencialmente podría producirse.

Ha sido postulado que nuestra especie podría haber desarrollado, durante su evolución, un proceso de neoteniación, es decir, la retención de caracteres juveniles en períodos avanzados de la vida. Este proceso le habría brindado ventajas en términos evolutivos, fundamentalmente en lo que se refiere al proceso madurativo cerebral. La extensión del período de neuroplasticidad cerebral humana a etapas posteriores a las que muestran otras especies cercanas podría considerarse entonces como un rasgo neoténico característico de nuestra especie(22).

La adolescencia también es considerada un período distintivo, exclusivo de la especie humana. Como ha sido mencionado, la adolescencia se ha incrementado en su extensión durante los últimos años. No es posible saber si esta tendencia continuará en el futuro ya que tampoco son muy claros todos los factores causales. Sin embargo, podemos permitirnos algunas especulaciones jugando con nuestra imaginación. Estas especulaciones probablemente sean más apropiadas para una revista de ciencia ficción que para una de psiquiatría. Me refiero a imaginar las consecuencias que produciría la hipotética profundización de la extensión de la etapa adolescente en el futuro. La hipótesis incluiría que los procesos y eventos del desarrollo cerebral descriptos en el artículo también habrían de prolongarse. ¿Qué ventajas y desventajas ofrecería un cerebro con mayor capacidad neuroplástica que el que muestra en la actualidad? ¿Qué consecuencias habría de traer un proceso de mielinización de la corteza prefrontal más prolongado aún que el de la actualidad? ¿Seríamos evolutivamente viables de profundizarse y prolongarse los fenómenos de retracción característicos de la poda sináptica, habida cuenta de la asociación postulada con la iniciación de los síntomas esquizofrénicos para un evento como éste? ¿Cómo sería esa sociedad humana con cerebros eternamente adolescentes? ¿Podrá establecer mecanismos sociales adecuados de regulación frente a las insuficiencias que habrían de evidenciarse por la inmadurez prolongada de la corteza prefrontal? ¿De qué tipo? ¿Estará esta sociedad habitada por individuos creativos, impulsados por lo novedoso y dispuestos a asumir riesgos tendientes a posibilitar cambios y transformaciones, o serán sujetos sumergidos en la anomia de una vida anhedónica, vacía y sin futuro "prueba de esa condena eterna, de ese infierno líquido" que habrían de padecer, como la de los axolotls? ■

Referencias bibliográficas

1. Andersen SL, Rutstein M, Benzo JM, Hostetter JC, Teicher MH. Sex differences in dopamine receptor overproduction and elimination. *Neuroreport* 1992; 8:1495-1498.
2. Arnett J. Reckless behavior in adolescence: A developmental perspective. *Devel. Rev.* 1992; 12:339:373.
3. Baird AA, Gruber SA, Fein DA, Maas LC, Steingard RJ, Renshaw PF, Cohen BM, Yurgelun-Todd DA. Functional magnetic resonance imaging of facial affect recognition in children and adolescents. *J Am Acad. Chile Adolesc. Psychiatry* 1999; 38(2):195-199.
4. Bechara A, Tranel D, Damasio H, Damasio AR. Failure to respond autonomically to anticipated future outcomes following damage to prefrontal cortex. *Cerebral Cortex* 1996; 6(2): 215-222.
5. Bechara A, Tranel D, Damasio H. Characterization of the decision-making deficit of patients with ventromedial prefrontal cortex lesions. *Brain* 2000; 123: 2189-2202.
6. Beckman M. Crime, culpability, and the adolescent brain. *Science* 2004; 305:596-599.
7. Benca RM. Consequence of insomnia and its therapies. *J. Clin. Psychiatry* 2001; 62:33-38
8. Carskadon MA, Wolfsohn AR, Acebo C, Tzichinsky O, Sifer R. Adolescent sleep patterns, circadian timing and sleepiness at a transition to early school days. *Sleep* 1998; 21: 871-888.
9. Carskadon MA, Acebo C, Jenni OG. Regulations of adolescent sleep implications for behavior. *Ann. N.Y. Acad.Sci* 2004., 1021:276-291.
10. Clark AS, MacLusky NJ, Goldman-Rakic PS. Androgen binding and metabolism in the cerebral cortex of the developing rhesus monkey. *Endocrinology* 1998; 123:932-940.
11. Cortazar J. "Axolotl". En *Final de juego, Cuentos completos/1*, Alfaguara, 1994.
12. Chugani H, Phelps M, Mazziotta J. Positron emission tomography study of human brain functional development. *Annals of Neurology* 1987; 22:487-497.
13. Dahl RE, Lewin DS. Pathways to adolescent health sleep regulation and behavior. *J. Adolesc. Health* 2002; 31(Supl.6):175-184.
14. Dahl, RE. "Adolescent brain development: A period of vulnerabilities and opportunities". En *Adolescent brain development. Vulnerabilities and opportunities*. Annals of the New York Academy of Sciences 2004; 1021:1-23.
15. Feinberg I. Cortical pruning and the development of schizophrenia. *Schizophr Bull.* 1990; 16(4):567-570.
16. Giedd JN, Snell J, Lange N, Rajapakse JC, Casey B, Kozuch P, Vaituzis A, Vauss Y, Hamburger SD, Kaysen D, Rapoport JL. Quantitative magnetic resonance imaging of human brain development: ages 4-18. *Cereb Cortex* 1996; 6(4):551-560.
17. Giedd JN, Vaituzis AC, Hamburger SD, Lange N, Rajapakse JC, Kaysen D, Vauss YC, Rapoport JL. Quantitative MRI of the temporal lobe, amygdala, and hippocampus in normal human development: ages 4-18 years. *J Comp Neurol.* 1996; 366(2):223-30.
18. Giedd JN, Blumenthal, J, Jeffries, N, Castellanos F, Liu H, Zijdenbos A, Paus T, Evans A, Rapoport, JL. Brain development during childhood and adolescence: a longitudinal MRI study. *Nature Neuroscience* 1999; 10: 861-862.
19. Giedd, JN. "Structural magnetic resonance imaging of the adolescent brain". En *Adolescent brain development. Vulnerabilities and opportunities*. Annals of the New York Academy of Sciences 2004; 1021:77-85
20. Gogtay N, Giedd JN, Lusk L, Hayashi K, Greenstein D, Vaituzis AC, Nugent III F, Herman D, Clasen L, Toga A, Rapoport JL, Thompson P. Dynamic mapping of human cortical development during childhood through early adulthood. *Proc. Natl. Acad. Sci.* 2004; 101(21): 8174-8179
21. Goldberg, E. *The executive brain: frontal lobes and the civilized mind*. Oxford University Press, 2001.
22. Gould SJ. *Desde Darwin. Reflexiones sobre Historia Natural*. Hermann Blume, 1983.
23. Gruber SA, Yurgelun-Todd DA. *Neurobiology and the Law: a role in Juvenile Justice?* Ohio State Justice of Criminal Law 2006; 3: 321- 340.
24. Huttenlocher P. Synaptic density in human frontal cortex: developmental changes and effects of aging. *Brain Research* 1979; 163:195-205.
25. Jeringan T, Trauner D, Tallal P. Maturation of human cerebrum observed in vivo during adolescence. *Brain* 1991, 2037-2049
26. Kalsbeek A, Voom P, Buijs RM, Pool CW, Uylings HB, Development of the dopaminergic innervation in the prefrontal cortex of the rat. *J. Comp. Neurol.* 1998; 269:58-72.
27. Koob GF. Neural mechanisms of drug reinforcements. *Ann N.Y. Acad. Sci.* 1992; 654:171-191.
28. Lewis DA. Development of the prefrontal cortex during adolescence: insights into vulnerable neural circuits in schizophrenia. *Neuropsychopharmacology* 1997; 16:385-398.
29. McGivern RF, Andersen J, Byrd D, Mutter KL, Reilly J. Cognitive efficiency on a match to simple task decreases at the onset of puberty in children. *Brain and Cognition* 2002; 50: 73-89.
30. Morse JK, Scheff SW, De Kosky ST. Gonadal steroids influence axonal sprouting in the hippocampal dentate gyrus: a sexually dimorphic response. *Exp. Neurology* 1986; 94:649-658.
31. Pfefferbaum A, Mathalon D, Sullivan E, Rawles J, Zipursky R, Lim K. A quantitative magnetic resonance imaging study of changes in brain morphology from infancy to late adulthood. *Arch. Neurol.* 1994; 51(9):874-887.
32. Ponton L. *The Romance of Risk*. Basic Books, 1997.
33. Rakic P, Bourgeois J, Eckenhoff M, Zecevic N, Goldman-Rakic P. Concurrent overproduction of synapses in diverse regions of the primate cerebral cortex. *Science* 1986; 232: 232-235.
34. Rubia K, Overmeyer S, Taylor E, Brammer M, Williams SC, Simmons A, Andrew C, Bullmore ET. Functional frontalisation with age: mapping neurodevelopmental trajectories with fMRI. *Neurosci. Biobehav. Rev.* 2000; 24(1): 13-19.
35. Sapolsky RM. *The trouble with testosterone*. Touchstone, New York, 1997.
36. Schlegel A, Barry H. *Adolescence: An anthropological Inquiry*. New York: Free Press, 1991
37. Seaman P, Bzowej NH, Guan HG, Bergeron C, Becker LE, Reynolds GP, Bird ED, Riederer P, Jellinger K, Watanabe S, Toutellote WW. Human brain dopamine receptors in children and aging adults. *Synapse* 1987; 1:399- 404.
38. Sowell ER, Thompson PM, Homes CJ, Jernigan TL, Toga AW. In vivo evidence for post-adolescent brain maturation in frontal and striatal regions. *Nat. Neurosci.* 1999; 2(10), 859-861.
39. Spear LP. The adolescent brain and the college drinker: biological basis of propensity to use and misuse alcohol. *J. Stud. Alcohol* 2002; Supl. 14:71-81.
40. Spear LP. The adolescent brain and age-related behavioral manifestations. *Neurosci. Biobehav. Rev* 2000; 24:417-463.
41. Strauch B. *The Primal Teen*. Anchor Books, USA, 2004
42. Szas, T. *Anatomy of a teenage shooting*. The New York Times, 2006
43. Teicher MH, Andersen SL, Hostetter JC. Evidence for dopamine receptor pruning between adolescence and adulthood in striatum but not nucleus accumbens. *Devel. Brain Res* 1995; 89:167-172.
44. Triskier FJ. Porqué los síntomas de la esquizofrenia comienzan en la adolescencia? Una hipótesis basada en el neurodesarrollo. *Vertex, Revista Argentina de Psiquiatría* 1999; 35: 11-15.
45. Yurgelun-Todd DA, Killgore WD, Young AD. Sex differences in cerebral tissue volume and cognitive performance during adolescence. *Psicol. Rep* 2002; 91, 743-757
46. Weinberger DR. A brain too young for good judgment. *The New York Times*. Marzo 10, 2001.
47. Wolfsohn AR, Carskadon MA, Sleep schedules and daytime functioning in adolescents. *Child Dev.* 1998; 69: 875-887.

Reinserción social en adolescentes a través del programa “Cuidar-cuidando”

Juan Vasen

Psicoanalista, Especialista en Psiquiatría Infanto-juvenil. juanvasen@gmail.com, www.juanvasen.com.ar

Hugo Massei

Especialista en Psiquiatría Infanto-juvenil. Jefe de Trabajos Prácticos, Depto. de Salud.Mental, Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires. Prof. Adjunto, Carrera de Psicología, Universidad de Palermo. hmassei@yahoo.com

Introducción

“La enfermedad es una situación. La posición ética no renunciará jamás a buscar en esa situación una posibilidad hasta entonces inadvertida. Aunque esa posibilidad sea ínfima. Lo ético es movilizar para activar esa posibilidad minúscula, todos los medios intelectuales y técnicos disponibles. Sólo hay ética si el psiquiatra, día tras día, confrontado a las apariencias de lo imposible, no deja de ser un creador de posibilidades”(1).

Alain Badiou

El Programa *Cuidar-Cuidando* es un dispositivo de reinserción social que lleva adelante, desde hace más de quince años, una práctica interdisciplinaria e interinstitucional. Es posible que esta lectura sea, para muchos, el primer encuentro con un dispositivo que reúne niños y jóvenes, además de cuidadores del Zoológico y animales, sostenido por un equipo también interdisciplinario e interinstitucional(5).

Desde nuestra práctica en él siempre hemos planteado la necesidad de articular la cura con la reinserción social por lo que el Programa se propone favorecer no sólo una *recuperación clínico-psiquiátrica* sino también la *producción de cambios en el modo de lazo social* de los niños y jóvenes que en él participan. Para lo cual fue necesario inventar un afuera trancisional, armar un puente hacia allí, generar una ocupación con sentido y no desgajar la cura de la reinserción social.

A través de *Cuidar-Cuidando* niños y jóvenes derivados del Hospital de Centros de Salud y Hospitales de Día del GCBA y de los CENTES concurren entre una y cuatro veces a la semana al zoo donde dejan su posición de pacientes para pasar a desempeñarse como aprendices de cuidadores del zoo. Comenzamos con adolescentes y hace 6 años se incorporaron chicos de 6 a 12 años a raíz de sus insistentes pedidos, pues pese a que aún no podían trabajar con un cuidador igual querían venir. En total han pasado en más de quince años por el Programa casi 500 chicos y jóvenes de los cuales 8 fueron contratados en diversos puestos por el jardín. Los más chicos concurren en grupo y podríamos decir que juegan a que son

Resumen

El programa “Cuidar-cuidando” es un dispositivo de reinserción social que lleva adelante un equipo interdisciplinario e interinstitucional desde hace más de quince años. Desde nuestra práctica en él siempre hemos planteado la necesidad de articular la cura con la reinserción social por lo que el Programa se propone favorecer no sólo una *recuperación clínico-psiquiátrica* sino también la *producción de cambios en el modo de lazo social* de los niños y jóvenes que en él participan. El contacto con los animales produce efectos terapéuticos de muchas maneras. Aquí describimos las que hemos podido observar y ponemos en discusión la validez de un término “popular” como es zooterapia. Después de dieciséis años de actividad ininterrumpida más de 500 chicos y adolescentes se han beneficiado de esta experiencia innovadora. Hemos aprendido también que sin políticas de integración abarcativas los dispositivos de reinserción social ven limitados sus efectos a largo plazo. Romper los circuitos de diferenciación es imposible sólo con estos recursos. Trabajar sobre estas dificultades nos permitirá responder si es posible pensar estrategias de rehabilitación para niños y adolescentes que incorporen recursos comunitarios. .

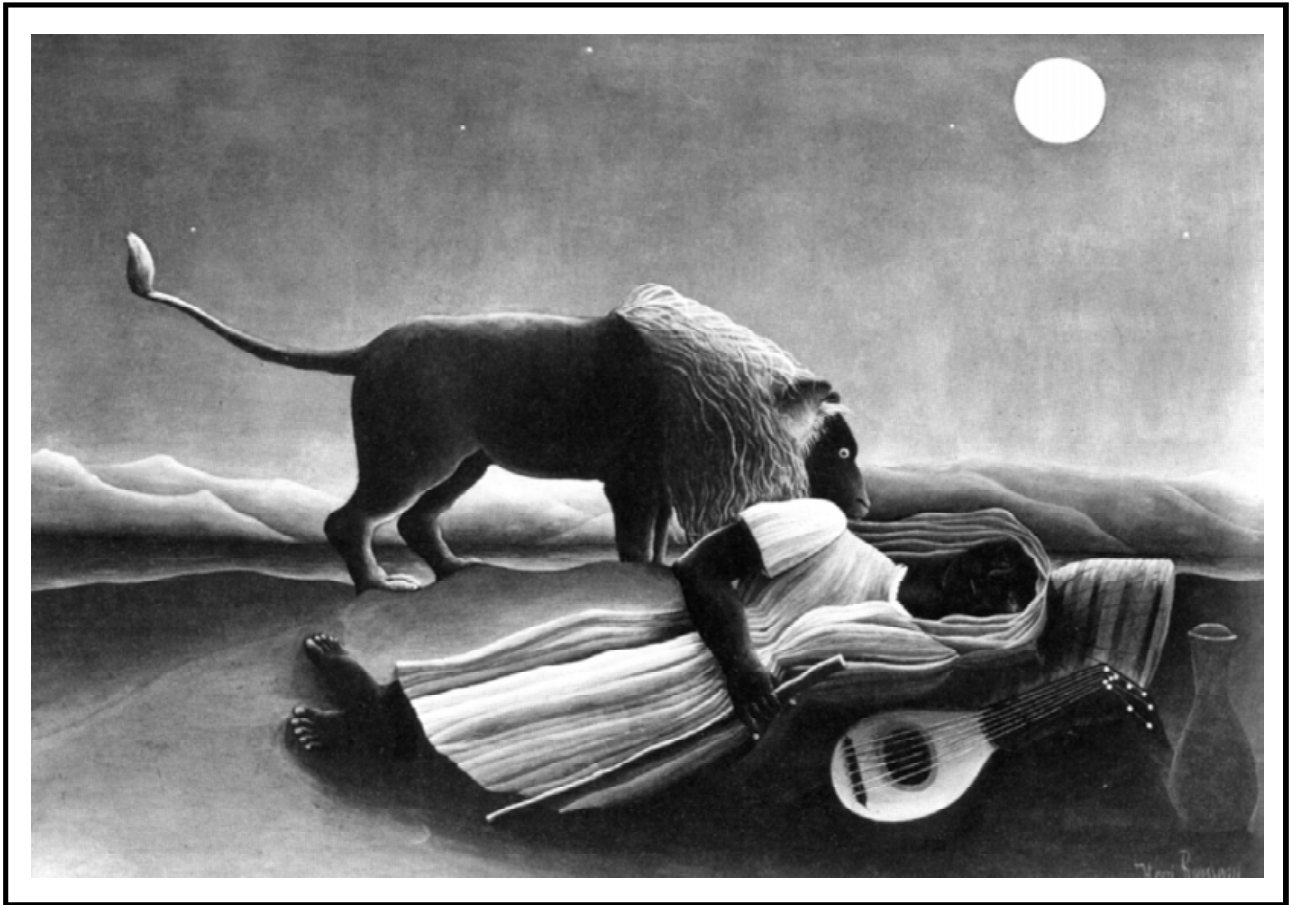
Palabras clave: Cuidar-Cuidando – Adolescencia – Reinserción social – Contacto animal.

ADOLESCENT SOCIAL INTEGRATION THROUGH THE CUIDAR CUIDANDO PROGRAM

Summary

The “Care-Caring program” is a device of social re-insertion, carried out by a multidisciplinary and a multi-institutional practice of more than fifteen years. Those who sustain it, have always presented the necessity of articulating the cure with social re-insertion, therefore the purpose of the Program itself is not only to favour a clinical-psychiatric recovery, but also to prompt changes in the manner of social liason of the children and youngsters taking part. Animal contact in many way produce therapeutic effects. We describe here those we have seen and discuss the “popular” therm *zootherapy*. After 16 years of non-stop activity, more than 500 children and adolescents benefited from this innovative experience. We learned also that without broad social integration policies, the devices of re-insertion are limited in their long term effects. Breaking the differentiation circuit is impossible only with these resources. Working out these difficulties will allow us to answer if it is possible to think of strategies of rehabilitation in psychology and psychiatry for infancy and adolescence using communal resources..

Key words: Care – Adolescence – Social reinsertion – Animal contact



granjeros. El eje de su praxis es una conexión lúdica con los animales que favorece, de un modo transicional, el lazo social con sus pares. Reparten su tiempo entre los corrales, la plaza de juegos y una merienda compartida.

Los *adolescentes*, en cambio, asumen responsabilidades sobre animales y zonas de trabajo, y la vinculación más fuerte es con el cuidador y los saberes que éste transmite. Los animales son más bien intermediarios y si bien lo lúdico impregna su quehacer ellos ya no vienen a jugar, vienen a aprender un oficio. Actualmente estamos conformando un grupo intermedio de entre 12 y 14 años que integran quienes están despidiéndose del "como si" y comenzando a considerar su actividad como algo que es "en serio".

Cuidadores y aprendices

"En este lugar todo encuentro casual es una entrevista"
Graffiti, Servicio de Internación

En el zoo los chicos y jóvenes no son pacientes. Formalmente hablando, no son objeto de ningún quehacer terapéutico, lo que no quita que su propio quehacer produzca efectos terapéuticos. Ellos tampoco son alumnos. En tanto aprendices son sujetos de una práctica que se funda en el rescate de su curiosidad y de sus posibilidades de establecer nuevos modos de lazo social. Con ese saber intentarán descifrar, alimentar y cuidar a esos otros tan distintos: los animales. Nuestra apuesta es que los despliegues y la sensibilidad emergentes de ese nuevo posicionamiento en algún momento puedan ser volcados sobre sus propios enigmas.

Claro que el proceso de incorporación al Zoo bien podía ser un mero injerto y no un dispositivo de reinserción que apunta a la integración social. Ni el lugar *per se* ni los animales garantizan una práctica subjetivante e integradora. El zoo podría ser un lugar de explotación o, en el mejor de los casos, un taller protegido. Sin embargo, un cartel del recinto de los elefantes nos dio pie para elaborar un planteo diferente. Allí se sugiere al público que busque a Roberto, el cuidador responsable del sector. Dice el texto que él es, a su vez, hijo de cuidadores. Y estimula a los visitantes a preguntarle porque –dice– "tiene muchas cosas que contar".

Si bien presumíamos que a los chicos les hacen falta los cuidadores lo que fuimos descubriendo es que también a los cuidadores "les hacen falta" los chicos. Porque no se trata de bonhomía, o de amor solamente. Hay una co-implicación mutua. Y el punto de encuentro, que no es una entrevista, anuda la curiosidad infantil por un lado con el deseo de trascendencia del otro armando una suerte de filiación a un *linaje de trabajadores*. Un linaje exogámico generado en el marco de una "sociedad" entre cuidadores y jóvenes que si bien es de responsabilidad limitada, nunca es anónima(24).

La incorporación de chicos y jóvenes al Programa es una propuesta, no una imposición. No los trae la obligación los sostiene la curiosidad. Una curiosidad despertada por lo diferente, lo distinto. Lo otro, esa alteridad que los animales presentan y que la relación con los cuidadores permite. Nos preocupó siempre respetar esa dimensión extranjera a nuestros dominios evitando un proselitismo "*psi*" sobre los cuidadores o convertir a los animales en mascotas. Resocialización no es domestica-

ción es, en todo caso re-totemización. Para eso nada mejor que el zoo, un lugar de infancia. Para nosotros, otro de los nombres de la infancia.

¿Porqué los animales?

“¡Oh, Flush!”, dijo Miss Barret. Por primera vez lo miró ésta a la cara. Y Flush también miró por primera vez, a la dama que yacía en el sofá.

Se sorprendieron uno al otro. A Miss Barrett le pendían a ambos lados del rostro unos tirabuzones muy densos; le relucían sus grandes ojos y su boca grande sonreía. A ambos lados de la cara de Flush colgaban sus espesas y largas orejas; los ojos también los tenía muy grandes y brillantes y la boca muy ancha. Existía un cierto parecido entre ambos. Al mirarse pensaba cada uno de ellos lo siguiente: Ahí estoy... y luego cada uno pensaba: Pero, ¡qué diferencia! La de ella era la cara pálida y cansada de una inválida, privada de aire, luz y libertad. La de él era la cara ardiente y basta de un animal joven: instinto, salud y energía. Ambos rostros parecían proceder del mismo molde, y haberse desdoblado después; ¿sería posible que cada uno completase lo que estaba latente en el otro? Ella podía haber sido... todo aquello; y él... Pero no. Entre ellos se encontraba el abismo mayor que puede separar a un ser de otro. Ella hablaba. El era mudo. Ella era una mujer; él un perro. Así unidos estrechamente, e inmensamente separados se contemplaban”. *Virginia Woolf-Flush*

Una lectura desde el psicoanálisis puede situar al animal como una alteridad relativamente amigable, siempre azarosa y muchas veces juguetona(19). Cálida y tierna, típicamente los conejitos, o fría, feroz: los reptiles, los que no se hacen amigos de nadie. Pero una alteridad viva al fin. A diferencia de la alteridad tecnológica, los animales alimentan el juego, no la programación. Y para niños y jóvenes con graves dificultades, con respuestas estereotipadas y muchas veces automatizadas, una conexión lúdica con los animales rescata, potencia o aún produce lo que en ellos hay de cachorro y los aleja así del autómatas.

William Tuke fue pionero en el tratamiento de pacientes mentales sin métodos coercitivos en New York en 1792. Luego en 1867 en Bielefeld, Alemania, se trabajó con animales en la rehabilitación de cuadros de epilepsia. En este siglo Eric Stordahl, un músico ciego, los incluyó en un trabajo de estimulación para discapacidades motrices en Noruega en 1966(20). En los últimos años se ha producido un creciente reconocimiento de la importancia de la relación con los animales y del impacto que la misma produce en la subjetividad de quienes entran en contacto con ellos. En muchas enfermedades físicas o situaciones de marginación y soledad la comunicación, el contacto y la experiencia de relacionarse con animales es muy enriquecedora. Y ello sin suplantar los abordajes imprescindibles y sin que implique un detrimento en el cuidado y respeto que merecen.

Las experiencias de esta índole se suelen difundir bajo la denominación abarcativa de “zooterapias”. Un nombre decididamente simpático, “entrador” pero que tiene el grave defecto de confundir la función del animal convirtiéndolo en terapeuta o co-terapeuta y atri-

buyéndole misteriosos saberes. Boris Levinson, psicólogo estadounidense presentó un trabajo pionero en el congreso de la *American Psychological Association* de 1961 titulado: “El perro como co-terapeuta”. Levinson relata como, en 1953, llegó a considerar que su perro Jingles podía colaborar en sus tratamientos. “Una mañana temprano, Jingles estaba echado a mis pies en mi despacho mientras yo escribía, cuando sonó el timbre. Jingles me siguió hasta la puerta donde recibimos a una madre y su hijo muy alterados varias horas antes de su visita. El niño había pasado ya un largo proceso terapéutico sin éxito. Le habían prescripto hospitalización. A mí me visitaban para que emitiera mi diagnóstico y decidiera si admitía como paciente al chico que mostraba síntomas de retraimiento creciente. Mientras yo saludaba a la madre Jingles corrió hacia el chico y comenzó a lamerle. Ante mi sorpresa, el muchacho no se asustó sino que abrazó al perro y comenzó a acariciarlo. Al final de la entrevista expresó su deseo de volver a jugar con el perro. Durante varias sesiones jugó con el perro, aparentemente ajeno a mi presencia. Sin embargo mantuvimos varias conversaciones durante las cuales estaba tan absorto con el perro que parecía no escucharme, aunque sus respuestas eran coherentes. Finalmente una parte del afecto que sentía por el perro recayó sobre mí y fui conscientemente incluido en el juego. Lentamente logramos una fuerte compenetración que permitió mi trabajo. Parte del mérito de la rehabilitación hay que dárselo a Jingles, que fue un co-terapeuta muy entusiasta”. Años después recuerda que despertó poco interés y muchas bromas. “Me preguntaban si el perro compartía mis honorarios”. Inclusive: “hablaban de mí como co-terapeuta del perro”(14).

Hoy las cosas han cambiado. Hay en el mundo y también aquí muchas experiencias de trabajo con animales que tienen diferentes perspectivas y sustento teórico. Numerosos y bien fundamentados trabajos llevados adelante por equipos inter y transdisciplinarios fueron presentados en un reciente Congreso(7) y se está organizando un Foro Universitario que se propone elaborar un marco legal para estas prácticas.

No es extraño, sin embargo, que se espere mucho de los animales. Una atribución desmesurada que suele ser fuente de esperanza ante el descrédito en que ha caído la palabra y muchas prácticas terapéuticas llevadas adelante por humanos. No es nuestra posición. Tampoco la de Aaron Katcher, un psiquiatra entusiasta de las posibilidades terapéuticas del contacto con animales quien es terminante al respecto: “Es ficticio creer que un perro nos enseña algo, tanto a nosotros como a nuestros hijos. La información que nos hace cambiar se imparte con palabras, y el perro no tiene palabras. No estoy diciendo que el perro no puede ser un estímulo para entender. (...) Sin embargo esta enseñanza se consigue cuando el estímulo se traduce en palabras. El perro no enseña responsabilidad a un niño; los padres le enseñan responsabilidad utilizando al perro como un estímulo o como una recompensa. Un perro no enseña a un niño lo que es la muerte, el perro se muere. El niño se siente triste y aprende mediante charlas la traducción de la experiencia en palabras. El perro puede excitar o proporcionar imágenes que estimulan el aprendizaje, pero el perro no enseña nada, excepto los simples juegos que uno aprende a jugar con ellos”(12).

Si bien los animales no pretenden enseñar nada se puede aprender de ellos, incluso mucho más que simples juegos. Siempre y cuando no los sobrecarguemos con nuestras expectativas y evitemos convertirlos en un ilusorio refugio ante un descreimiento en lo humano o en tapón para nuestras angustias. Regalar a un perro a un niño que perdió un ser querido puede aliviarlo y alegrar su vida, pero no le ahorra el trabajo de duelo. Por sí solos los animales son fuente de posibilidades y efectos. Pero para convertir estas vivencias en experiencias enriquecedoras, en fuentes de subjetivación hace falta una palabra que, en sintonía con lo vivido y sin pretender agotarlo, lo haga apropiable. Aún en el caso de los caballos que inducen un estímulo corporal intensísimo en quienes practican equinoterapia, sólo la presencia y las intervenciones de los equipos interdisciplinarios que sostienen estos dispositivos convierten lo estimulante y provocador de una vivencia en una experiencia con efectos terapéuticos o re-habilitadores.

En nuestro país se están desarrollando experiencias diversas en instituciones pertenecientes al ámbito público, al medio privado, que se efectivizan como emprendimientos mixtos o son llevadas adelante por instituciones no gubernamentales. Las mismas pueden dividirse tentativamente en tres grupos: a) las terapias asistidas con animales, b) los dispositivos de reinserción social que funcionan en granjas o zoológicos y c) los animales en diversas funciones sociales como lazarillos, como animales de compañía en instituciones hospitalarias, de salud mental y geriátricas o en tareas de rescate de víctimas

El primer grupo de experiencias reciben el nombre de "terapias asistidas con animales". En inglés la denominación más aceptada es terapia facilitada por animales, cuya sigla es AFT. Se desarrollan en marcos institucionales y son sostenidas por equipos interdisciplinarios. Los animales, cuidadosamente entrenados, son en ellas agentes y mediadores de efectos y afectos. Caballos y perros son los más frecuentemente empleados. Ejemplos de estos dispositivos son el Servicio del Hospital Pedro de Elizalde o la Fundación Establo Terapéutico.

Además de su lugar en las terapias asistidas, los animales cumplen un rol fundamental en diversos dispositivos que favorecen la reinserción social a través del aprendizaje y el trabajo en medios educativos o laborales. Tal es el caso de las granjas terapéuticas como la Asociación de Padres de Niños Aislados, la Estación de Cría Animales Silvestres o el Programa Cuidar-Cuidando que se realiza en el Zoo.

Un tercer tipo de experiencias surge de lo que hemos llamado "función social de los animales". Ellas se fundan en los efectos de su compañía en pacientes psiquiátricos, deprimidos o convalecientes de enfermedades graves(11). En EE.UU. hay numerosas experiencias en instituciones para ancianos(3) e incluso en prisiones con muy variados resultados(10) Dentro de las funciones sociales está también la de los lazarillos o los perros que participan de tareas de rescate.

El Programa Cuidar-cuidando ofrece una alternativa diferente que en palabras de Katcher: "Uds. tratan de des-institucionalizar a los jóvenes, mientras que nosotros terminamos institucionalizando a los animales"(13).

Freud decía que el hombre era un animal protésico. Que sólo a través de sus creaciones podía conectarse con

el mundo que lo rodea(9). Los perros lazarillos son ejemplo de animales cubriendo funciones humanas ausentes. Pero hay una importante diferencia entre este lugar de *complemento*, de lo ausente y necesario, de la función de *suplemento* que cumplen los animales en las terapias asistidas, en las situaciones donde acompañan o en los dispositivos de resocialización como las granjas o el zoo. Ellos reemplazan algo faltante (cercanía humana u oferta lúdica por ejemplo), pero además agregan a ese lazo social mucho más que lo ausente. Van más allá de tapar una carencia, aportan algo nuevo que enriquece la vida de quienes entran en contacto con ellos.

Hace ya muchos años, en la pared del Servicio de internación un adolescente escribió: "*En este lugar todo encuentro casual es una entrevista*". Esto no ocurre en el lazo humano animal. Tal vez porque su *pregnancia* actual está relacionada con un mundo, el urbano post-moderno que mayoritariamente habitamos, donde las posibilidades de hacer experiencia van siendo expropiadas y donde la nota singular de cada quien no suele hallar pentagramas donde inscribirse. En él, los animales aún ofrecen la posibilidad de un modo de contacto "fuera de serie". Matriz posible de una experiencia singular si, extrayendo alguna lección del *graffitti*, favorecemos una apropiación no tecnocrática de lo vivido. El encuentro con un animal no es una entrevista.

Meter el perro

Entonces, ¿se trata de una *zooterapia*? No. Nunca se trató para nosotros de meter el perro ni de abreviar en el descrédito de la palabra. El contacto con animales debería respetar gustos e individualidades. No se trata de una indicación universal. Tampoco es cuestión de imponerles el zoo, la granja o los caballos. Sólo si los niños o jóvenes desean estar con animales y si ellos representan algo significativo para su subjetividad el contacto con ellos será eficaz. No es una "técnica" ni se puede pautar en general. No es en serie, se trata de respetar a rajatabla la singularidad de cada quien. Y de respetar al animal en tanto alteridad.

No se trata de una indicación universal. Tampoco es cuestión de imponerles el zoo, la granja o los caballos. Sólo si los niños o jóvenes desean estar con animales y si ellos representan algo significativo para su subjetividad el contacto con fieras, reptiles o mascotas será eficaz. No es una "técnica" ni se puede pautar en general. No es en serie. Claro que se puede seleccionar y entrenar perros o caballos para favorecer el contacto y limitar el riesgo. Pero la idea no es poner de modo esquemático y estandarizado a los autistas con conejos o a los revoltosos con tortugas. Se trata de respetar a rajatabla la singularidad de cada quien. Y de respetar al animal en tanto alteridad. Esto les posibilita ser protagonistas de una experiencia de la que pueden apropiarse.

Un ejemplo puede facilitar la comprensión de este planteo. En un Jardín de Infantes de Boudeaux, Francia, se incluyeron animales en la actividad cotidiana de los niños. Un perro y un gatito favorecieron el aprendizaje de algunas palabras en niños con dificultades en su comunicación. Entre ellos se encontraba Betsabé, una niña de tres años y medio que padecía de un cuadro marcadamente autista para quien estos animales no fueron

estímulo alguno. A pesar de todas las incitaciones la niña sólo se conectaba con objetos, no miraba a los ojos a ninguno de los niños o docentes y emitía sólo sonidos ininteligibles. Un día, de manera casual, una paloma emprende el vuelo delante de sus ojos. Alguien advierte una reacción en ella y la filma. Betsabé sonrió durante los momentos en que siguió con su vista el vuelo de la paloma. Comenzó a imitar el aleteo, se ruborizó y comenzó a emitir sonidos diferentes con intención de comunicarse con el ave. A partir de ese momento empezó a mirarla, a hacerle caricias y la besó. Esto la llevó a registrar al perro a quien también, recién ahora, intentó acariciar. Un profesor comenzó a acompañar este proceso en el que ella despertó un enorme interés por imitar los gorjeos y por cantar. Betsabé depuró sus onomatopeyas, comenzó a hablar, y participó de una actividad grupal con otros chicos a quienes saludaba con un beso. Poco después dijo, por primera vez "mami".

La coordinadora de este proyecto, Ange Condoret, respetó los tiempos y afinidades de la niña y esperó que en ella se despertara, azarosamente, una curiosidad hasta entonces ausente. De la relación con lo inanimado Betsabé pudo aventurarse al contacto con lo vivo y de allí, con la mediación de las intervenciones y las palabras de otros, a configurar una experiencia y un deseo de hablar(6).

El lazo que establecen los chicos con los animales no sigue los patrones de otros vínculos. Si se crean condiciones, ese contacto abre grietas, derrite corazas y derriba murallas. Entre ambos surge un mundo enormemente enriquecedor para un chico con serias dificultades en la conexión con otros. A través de ese lazo "fuera de serie" pueden entrar en contacto, curiosidad mediante, con eso otro, también suyo, puesto allí. Y permitir entonces el ingreso de lo rechazado, descifrarlo, admitirlo como propio, producir algo nuevo y ponerle palabras al gruñido o al silencio.

Los dibujos de Tomás, un jovencito con Síndrome de Asperger atendido por los colegas de Casa Cuna ilustran lo que pretendo transmitir(15). En un primer garabato una especie de denso espiral, como una muralla, rodeaba un gran centro hueco, en blanco. Un año después, luego de estar en contacto con Key, la perrita con la que cuentan en el dispositivo, el centro de un segundo dibujo realizado sobre una matriz semejante está ocupado por una regordeta y peluda silueta de su nueva amiga. A su alrededor se arremolinan personajes familiares y una casita. Key pasó a ocupar ese lugar antes vacío como efecto de una colosal supresión de afectos y palabras.

Bruno Bettelheim describió el autismo como una "fortaleza vacía"(2). Key fue el "caballo de Troya" con el que el equipo pudo desembarcar en el acorazado mundo de Tomás y, desde allí, criteriosamente, plasmar intervenciones que lo ayuden a diseñar nuevos modos de lazo social con otros y de intimidad consigo mismo.

Las prácticas con animales incorporan nuevos espacios comunitarios y nuevos "personajes" (cuidadores y animales) al campo de la salud mental, sin que debamos pretender por ello anexarlos a nuestros dominios. Porque en tal caso dejarían de ser un afuera, y el proceso allí desplegado quedaría entonces teñido de ortopedia. Allí tratamos de que re-socializar no se convierta en domesticar. Para eso es esencial que la experiencia transcurra en un espacio público, exogámico, no en uno do-

méstico. Y que en él los niños y jóvenes no sean posicionados como pacientes, sino como aprendices de un nuevo "oficio", el de cuidar a otros, el de cuidarse en otros. Si este aprehender es impulsado por la curiosidad y no por la obligación, si en lugar de funcionar en serie, respeta la singularidad, aunque se trabaje en grupo, entonces esa inserción, que corre el riesgo de todo injerto, puede prender. Hasta retoñar. Y con ese nuevo bagaje los niños y jóvenes podrán encontrar un nuevo lugar en la historia y encontrarse, en alguna esquina del futuro, en mejores condiciones de conjurar los fantasmas del pasado y animarse a conjugar el porvenir.

Creación de Alternativas

"Si el médico puede, entonces, vigilar la locura no es tanto porque la conozca sino porque la domina"
Historia de la sexualidad M. Foucault

Actualmente muchas experiencias de rehabilitación en salud mental en la infancia y la adolescencia se proponen un desplazamiento del interés desde los factores meramente individuales hacia los factores comunitarios que inciden positivamente en el proceso de la cura. Es decir, que es la comunidad misma la que colabora en la creación de ambientes promotores de salud dando lugar a una perspectiva multidisciplinaria en el estudio de los problemas y las estrategias de intervención.

Las estrategias desarrolladas en áreas comunitarias "no ortodoxas" (por ejemplo: plazas, jardines zoológicos, micro emprendimientos, etc.) tienden a implementar métodos alternativos así como a formar operadores de salud (por ejemplo los cuidadores del zoo) capaces de desarrollar una práctica no tradicional e intervenciones no convencionales que apuntan a reestablecer un modo de lazo perdido o a instaurar uno nuevo.

Estos *dispositivos alternativos*(17) se basan, justamente, en dos elementos: la integración social y la recuperación de espacios no convencionales. Los dispositivos de este tipo no se proponen, ni deben leerse, como excluyentes. En el caso de Cuidar-Cuidando el programa se realiza desde una institución pública de la ciudad como el Hospital Carolina Tobar García donde coexisten diferentes modos de práctica e intervención, diferentes "corrientes de la vida institucional". Así lo *asilar*, lo *tecnocrático* y lo *alternativo*(21) son parte de una *heterogeneidad* constitutiva de las instituciones del campo. La articulación con el "afuera" permite que se abran diversas formas de ayuda que la propia comunidad puede ofrecer atenuando una perspectiva exclusivamente médica con el consiguiente "hospitalocentrismo" que suele traer aparejada.

Al inscribir las prácticas extramurales en espacios no convencionales se atenúan los efectos que la institucionalización suele imprimir. La internación supone una dimensión custodial con la consecuente segregación y marginación social avalada por prácticas que por su rai-gambre asilar acentúan las diferencias que la patología *per se* genera. Esto dificulta el retorno a la vida social que nunca es sencillo. Sobre todo en una época donde la crítica a la institucionalización coexiste con la necesidad de crear alternativas que "alojen" y contengan hospitalariamente a quienes quedan desafiados y exclu-

dos de los beneficios de una integración social plena.

El avance de la desprotección generada por la marginación social, la precarización laboral y la des-ciudadanización, ha generado una sociedad cada vez más polarizada, situación desde la que los dispositivos aportan una *inclusión social diferenciada* que a veces favorece pero otras obstaculiza una *integración social plena* (que no es lo mismo).

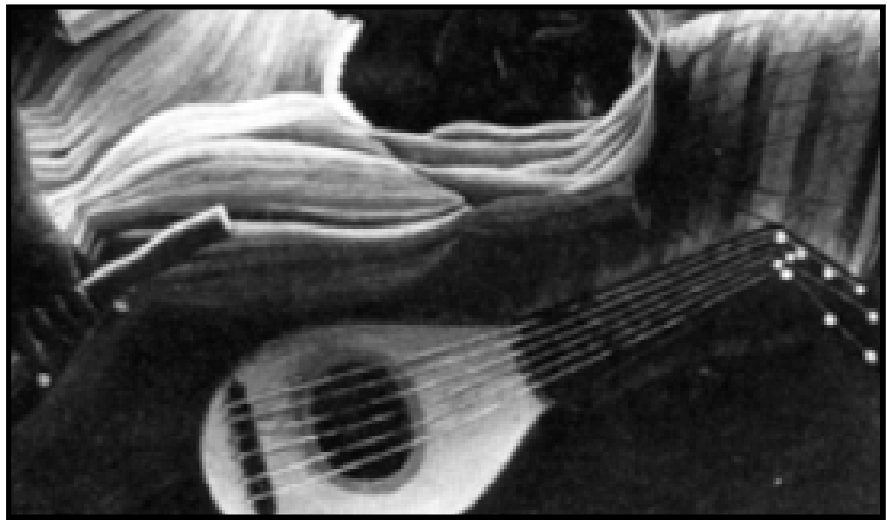
Desde el psicoanálisis es posible pensar estas prácticas que sin ser psicoanalíticas se enriquecen con los aportes "*psi*" y enriquecen, a su vez, la práctica institucional de los psicoanalistas que podemos aportar a la creación de respuestas más ajustadas que, sin desproteger, integren, responsabilicen y ciudadanicen(22).

El desafío institucional

Gabi, un jovencito psicótico a quien su maestra intentaba explicarle algo con mucha insistencia se levantó, exasperado, de su asiento y escribió en el pizarrón: "acoso textual". Rato después se quejaba por estar en lo que definió (para horror de sus docentes) como una "típica institución educativa". A Gabi podría pasarle lo que a Juan Ortiz, maestro de poetas, quien se preguntaba: "¿Sólo esto es cierto, sólo esto...?" Se nos convoca a estar más cerca del invento que de la serie, aún a riesgo de caer en garras de la omnipotencia. Pero también a *escuchar*. Un pacientito en los albores de Cuidar-cuidando no podía incorporarse por su corta edad al trabajo con un cuidador. Su insistencia nos llevó a rediseñar la tarea e incluir el espacio de granja para los más pequeños.

Proceder de este modo implica el diseño de praxis subjetivantes, de creación de sí, "que consiste en aumentar la autonomía (individual o colectiva) que podemos conquistar sobre las torpezas de la historia inscriptas en los cerebros y en los cuerpos"(8). Lo contrario de la mera producción de réplicas, o sea, formas instituidas de subjetividad. Pero ocurre que estas prácticas se despliegan en dispositivos que pertenecen al campo de la salud mental aún cuando no sean parte de sus dominios. Y todo dispositivo en Salud Mental (incluidos los CENTES, o Cuidar-Cuidando) prescriben modos de lazo social. En nuestros casos lo prescripto es la integración, así como en otras épocas lo fue una marginalidad que se pensaba creativa y liberadora. Tal vez en el lugar de la institución estallada que proponía Maud Mannoni(16) hemos ido poniendo en la mira de nuestras apuestas una institución "no toda", porosa, fallada. Y atípica.

¿Como poner en sintonía esta prescripción integradora sin que el resultado sea una adaptación silente o robótica? ¿Cómo gestar prácticas subjetivantes que promuevan posibilidades creativas para quienes concurren a un dispositivo que espera que aprendan a aprender? ¿Cómo hacerlo sin practicar acoso textual?



Se hace necesario entonces repensar los dispositivos para su recepción. Un Hospital de Día es lo que clásicamente se ofrece como el espacio donde podría darse lugar a las cuestiones más fragmentarias. Esto también ocurre en las escuelas para niños con trastornos graves como son los CENTES. Y crecientemente en Cuidar-Cuidando.

Para forjar aquellas prácticas hace falta una forma particular de interdisciplina. La que parte del supuesto de que algo puede producirse *entre* los territorios disciplinarios establecidos, sean estos la docencia, la psicopedagogía, la musicoterapia, la terapia ocupacional, el trabajo social o el psicoanálisis. Algo que no estaba contenido en los saberes de los que se partió. Un *pensar* y no un *saber*, que parte de lo que no se sabe, de las grietas de cada edificio disciplinario y produce el *entre*. Un pensar que se dice, que no está escrito(4) y que se cuele entre los saberes instituidos y estatuidos. Si es posible que el intercambio deje de ser una demostración de "cada maestrillo con su librillo", entonces de ese ámbito pueden surgir nuevos saberes referidos a la singularidad de cada sujeto o situación de la que nos ocupamos

Parafraseando a Lacan, interdisciplinar es dar lo que no se sabe a quien no es, como uno. Admisión de lo extranjero y del tope propio, pero también apuesta a la creación. Quienes pretendan hacerlo requerirán de un horizonte ético compartido, que es lo que permite que la configuración, una direccionalidad común, desplace a una estéril puja por instituir una, "la" disciplina piloto(23).

Un horizonte ético que implique como meta un tipo de integración social que no se vacíe del deseo que podría animarla, puede encontrar en el contacto con los animales una fuente y un estímulo. Ya hay algunos psicoanalistas que sin descartar el valor y los efectos de los espacios de palabra y juego en transferencia reconocen que en niños con graves dificultades en su constitución subjetiva y en la posibilidad de establecer lazos sociales discriminados hace falta crear alternativas. En ellas la dirección de la cura pasa a ser direccionalidad de procesos resultantes de la fricción y la producción entre saberes y discursos. Y se define *en*, y la define *un* equipo.

Esto ocurre en momentos de identidades crispadas. Los lugares y dignidades han entrado en jaque junto con la debacle de los sistemas de protección que el Estado brindaba. Nuestras instituciones se sostienen cada vez más sobre nuestras espaldas. No están estalladas creativamente, sino fragmentadas. Pese a esto subsisten y, desde la heterogeneidad que las constituye, logran

producir nuevas prácticas que, habitando las instituciones, promueven el desmontaje de las rutinas que instituyen normativamente una subjetividad estandarizada y colonizando espacios a veces ruinosos intentan gestar allí espacios de subjetivación(25).

Efecto Zoo

Carlos tiene actualmente 20 años. Fue atendido en Hospital de Día durante cuatro años de donde egresó a los 16. Allí le diagnosticaron Autismo. Para ampliar sus posibilidades de lazo social su terapeuta le propone venir al zoo y acepta

Al comienzo se ocultaba de la vista de los demás. Entraba a la pajarera y se acurrucaba en un rincón. Pese a ello, si se lo alentaba, podía realizar la tarea encomendada (cortar frutas y dietas de aves). No miraba, casi no hablaba. Su andar era desgarbado. No presentaba manierismos ni bizarrerías, pero era extremadamente introvertido. Nos parecía difícil que pudiera tener logros importantes.

Progresivamente comienza a concurrir a tratamiento psicológico cada quince días a través de su Obra Social. El terapeuta propone que vaya sólo cuando quiera. No está medicado

Dos veces a la semana se levanta temprano para venir al zoo. Se lava la cara, se peina, elige su ropa. Desayuna con su madre. Viaja solo. Al regreso va al club del barrio que queda a pocas cuadras, caminando. Los sábados pasa allí todo el día. Juega al fútbol para lo cual se pone la camiseta de Argentina y guantes de arquero. Lleva los CD de la música que le gusta. Vuelve del club protestando si le han metido muchos goles (cosa que ocurre con frecuencia). Según su papá, que a veces va a verlo jugar, como arquero es bastante bueno, se ubica, se tira sin temor, pero es algo lento de reflejos.

Los otros días la madre le deja preparado el desayuno que él calienta en microondas. Si esta solo se tira a escuchar música, mira TV y almuerza con quien esté. Su padre, su madre y su hermana trabajan. Luego va al club donde acompaña a quienes juegan a las bochas; anota. Juega a los flippers, escucha sus CD, cena con gente que lo conoce hace años: unos amigos del club que lo llevan a veces a la cancha a ver a River. Hace poco le dijo a la mamá que la novia de su amigo era su novia, una manifestación absolutamente inédita en él de la atracción que siente por las chicas.

No tiene carnet del club, sólo su carnet de discapacitado y a él no le gusta mostrarlo en el colectivo. Propusimos que saque en su querido club su carnet.

El equipo de música y el *discman* de su casa están rotos de tanto repetir temas y apretar muy fuerte los botones. No le gusta bañarse, miente al respecto que lo ha hecho. Antes se escondía por la casa, ahora no. En el barrio los chicos lo conocen y lo cargan cuando pierde River.

Tiene muy buena relación con la hermana. Este año ella lo llevó a teñirse el pelo pues Carlos quería verse como Rodrigo. Esto produjo un gran impacto entre sus compañeros del zoo. Así personificado comenzó a caminar más erguido, como orgulloso y ya no se esconde. En el Colegio va al taller de huerta hasta el año que viene que egresa.

Sus padres encuentran dificultades para que Carlos pueda integrarse a espacios de capacitación. Tampoco pudo participar de un microemprendimiento de lumbricultura

Sus padres acompañan sus pasos y sus logros con contradicciones. No confían que pueda tener una vida verdaderamente autónoma.

Mariano está por cumplir los dieciocho. A los siete fue atendido en Hospital de Día. Claramente no era autista. Impresionaba como infantil para su edad, inmaduro y era muy inquieto. Por eso fue medicado con Neuleptil (N.R.). En el Jardín era agresivo, pero cuando le respondían se mostraba indefenso. Le diagnosticaron un "Trastorno de la infancia, la niñez o adolescencia no especificado". Mariano tenía un juego imitativo y repetitivo. Eso lo aislaba. Se reía solo y frotaba algunas veces sus manos y las acercaba al cuello. En psicopedagogía le realizaron un CI: 57. Iba al CENTES y luego de dos años pudo pasar a una Escuela de Recuperación. Allí avanzó bastante. A los 10 pasó a 3er. grado, a los 11 pasó a cuarto y comenzó a venir al zoo. Al tiempo jugaba en su casa con animalitos y contaba a sus padres lo que hacía.

Le había tomado el gusto a leer y como era tímido e introvertido esto le brindaba refugio. Luego de un tiempo de granjero pasó al grupo de los mayores para empezar a trabajar con un cuidador. Tenía 14. Un rasgo de su inseguridad fue transferido al zoo: lloraba cuando sentía o suponía que no lo querían. Y entonces preguntaba mucho, incluso al cuidador, a los acompañantes y sus compañeros: "¿Me querés?" Su desempeño fue evaluado como algo disperso pues se distraía mucho. Pese a esto manejaba bien las herramientas y podía realizar las tareas que el cuidador de las llamas le encargaba: barrer el recinto, traer y desatar los fardos de pasto, vigilar que tengan agua.

A los 15 la terapeuta plantea su incorporación a una escuela normal. La idea era que deje de funcionar como discapacitado. Mariano rompe el "pase" que lo habilita a viajar sin pagar. Quiere ser como todos los chicos.

En consonancia con ese movimiento pide trabajar como ayudante del "capitán" de un barquito que paseaba por el lago del zoo. Pasa a ser "marinero" o "contramaestre" y lo hace muy contento. Se siente más confiado y reconocido, lo que lleva a que deje de preguntar "cargosamente" si lo quieren. Un año más tarde los requerimientos de estudio demandan de él más tiempo y dedicación. Acordamos que deje el zoo a fin de ese año. Sus padres creen que venir le ha hecho muy bien en todos los planos.

Tres años más tarde viene a visitarnos. Nos cuenta que finalizó el primario y que está en tratamiento grupal y control psiquiátrico en un Hospital de la ciudad. Terminó la primaria y cursó en una Escuela de Formación laboral donde aprendió mecánica, carpintería y repostería.

Actualmente no está medicado. Es un chico agradable, que habla claramente y con matices. Recuerda su pasaje por el zoo y quiere volver a trabajar aquí.

En la semana viaja independientemente al colegio por la mañana y a la tarde luego de la merienda anda en bicicleta. Muchas veces pasean junto con su padre.

Tiene compañeros en el colegio pero no amigos. Le cuesta bastante relacionarse. Va un club de barrio y a una colonia donde hace natación.

Mariano quiere ir a un taller de imprenta para imprimir sobre tela. Este es su proyecto para este año junto con el inicio de su participación en un taller de lumbricultura y aprender el oficio de peluquero.

Eduardo fue derivado desde el CENTES 2 y el Hospital de Tarde "La Cigarra" por presentar severos trastornos de conducta y aprendizaje que hacían sus catorce años muy difíciles de soportar para su familia y la escuela. Identificado con algunos rasgos violentos de su padre y con un tinte paranoide intenso, le habían "diagnosticado" un cuadro de "infactibilidad escolar". Fue un comienzo difícil dado por lo descontrolado de su conducta, sus severas dificultades de aprendizaje y la muy mala relación con su padre. Concorre varios años al zoo en calidad de aprendiz y luego de varias dificultades y puestas de límites por parte del equipo y los cuidadores se va insertando en un puesto de trabajo. Los cuidadores le dejan indicaciones escritas que comienza a sentir necesidad de descifrar. Se interesa mucho además por hacer lo propio con el comportamiento animal. Accede a tomar unas entrevistas con una psicopedagoga que logra un buen vínculo con él. Comienza a leer y escribir. Su desempeño en la tarea comienza a ser cada vez más reconocido. Es contratado hace dos años como cuidador del zoo. Respetado por todos pasa a ser transmisor de su experiencia a nuevos aprendices. Como ejemplo de su situación vale esta anécdota. Un día le digo que va a tener que tener paciencia con una chica nueva que se incorpora a trabajar. Me mira a los ojos y me dice muy serio: "Cómo no voy a tener la paciencia... ¡Con la que me tuvieron a mí...!".

En nuestra experiencia, ya presentada a través de esta Revista (18), un grupo importante de chicos y chicas, todos adolescentes, luego de pasar entre uno y tres años se han capacitado de tal modo que han recibido primero una beca de aprendiz –que el zoo, a través del programa, les da a quienes se destacan– y luego han sido contratados como cuidadores de diferentes sectores o para tareas de jardinería y mantenimiento. Otros han accedido, no sin dificultades, a trabajos remunerados en el mercado laboral. Carlos no pudo hacerlo y los espacios y los tiempos que necesitaría para acceder a una capacitación y desarrollar alguna actividad productiva escasean. Mariano se sobrepuso a un cuadro menos invalidante y pudo *insertarse* en una actividad acotada y sólo levemente competitiva. Eduardo se ha *integrado* como cuidador del zoo aún cuando ha estado varias veces al borde del despido. El Programa les permitió acceder diferentes formas de inserción más o menos precarias o a una integración social y laboral más plena semejante a la de otros jóvenes de su edad. Con una altísima tasa de desocupación juvenil y con severas falencias en el acceso a un lugar social y ocupacional digno, esto es un logro absolutamente remarkable. De existir espacios de capacitación y emprendimientos que entramen redes con el programa los resultados serían aún mejores ■

Referencias bibliográficas

- Badiou A. *Reflexiones sobre nuestro tiempo*. Ediciones Del cifrado. Bs.As. 2000
- Bettelheim B. *La fortaleza vacía*. Editorial Granica .Bs. .As. 1977
- Bustad L, Hines L. "Los animales y los ancianos". En: *Los animales de compañía en nuestras vidas*. Edición de la Fundación Purina. Barcelona 1993.
- Calvano M. Interdisciplina. Texto presentado en la Mesa Interdisciplina en el Congreso "Los animales: su impacto en la Salud". Facultad de Medicina U.B.A. Bs.As. 20/9/03
- Calveyra S, De Gemmis V, Maggiore N, Massei H, Vasen J. *Del Invento a la Herramienta*. Editorial Polemos. Bs. As 1996.
- Condoret A. "El habla y los animales de compañía. Experiencia en un parvulario con niños normales y trastornados". En: *Los animales de compañía en nuestras vidas*. Edición de la Fundación Purina. Barcelona 1993.
- Congreso Los animales: Su impacto en la salud. *Facultad de Medicina de Buenos Aires*. 18-20/9/2003
- Eribon D. "El arte de la insumisión". En *El infrecuente Michel Foucault*. Letra Viva-Edelp Bs.As. 2004
- Freud S. (1930) *El Malestar en la cultura*. Editorial Amorrortu. Bs.As .1986
- Hines L. Community people-pet programs that work. En *The Veterinary Clinics of N.A.* Vol. 15. 1985
- Katcher A, Friedmann E. "Cuando los propietarios de los animales de compañía son hospitalizados". En: *Los animales de compañía en nuestras vidas*. Edición de la Fundación Purina. Barcelona 1993.
- Katcher A. "El hombre y el entorno viviente". En: *Los animales de compañía en nuestras vidas*. Edición de la Fundación Purina. Barcelona 1993
- Katcher A. Comunicación personal. En el Congreso Los animales de compañía en nuestras vidas. Madrid Noviembre 1993
- Levinson B. "El futuro de la investigación de las relaciones entre seres humanos y sus animales de compañía". En: *Los animales de compañía en nuestras vidas*. Edición de la Fundación Purina. Barcelona 1993.
- Lorena L, Posse J. Programa psicoeducativo con técnica de asistencia animal. Presentado en el Congreso: Congreso Los animales: Su impacto en la salud. *Facultad de Medicina de Buenos Aires*. 20/9/2003 El nombre del niño ha sido cambiado.
- Mannoni M. *Un lugar para vivir*. Editorial Granica Bs.As. 1975
- Massei H. Abordajes no convencionales en patología grave de la infancia y la adolescencia. Trabajo presentado en la *Escuela de psicoanálisis de niños y adolescentes* de Barcelona. Abril 2003.
- Massei H, Vasen J. Programa Cuidar Cuidando: Pasado, presente y Futuro. *Vertex Rev. Arg. de Psiquiatría*. N° 15 Marzo-Abril-Mayo 1994, Vol. 32-42 Bs. As.
- Vasen J. *Contacto Animal. Un lazo social fuera de serie*. Letra Viva. Bs. As. 2004.
- Vasen J. *Contacto Animal. Un lazo social fuera de serie*. Letra Viva. Bs. As. 2004 y www.perros.com o www.greyhoundfriends.com
- Vasen J. "Corrientes de la vida institucional". *Del Invento a la Herramienta*. Cap. 9. Editorial Polemos. Bs. As 1996.
- Vasen J. "Niños, jóvenes, psicoanalistas y prácticas en salud mental". En *¿Post-mocositos?* Capítulo 10. Lugar Editorial. Bs.As. 2000.
- Vasen J. *Fantasmas y Pastillas*. Cap. 3 Editorial Letra Viva. Bs. As. 2005
- Vasen J. "Aportes Psicoanalíticos". *Del Invento a la Herramienta*. Cap. 11 Editorial Polemos. Bs. As 1996
- Vasen J. "Post-mocositos a merced de las corrientes de la vida institucional". En *¿Post-mocositos?* Capítulo 9. Lugar Editorial. Bs.As. 2000.

Estudio Epidemiológico sobre población adolescente internada en un Hospital de Emergencias Psiquiátricas

Eduardo C. Rodríguez Garín

Médico UBA Psiquiatra UBA. Especialista en Psiquiatría (Min. Salud Pública Nación). Jefe Unidad de Adolescencia Hosp..de Emergencias Psiquiátricas T. de Alvear HEPTA Av.Boedo 244 Capital CP1206 tel :4865-7491

Patricia Chieri

Médica UBA Especialista en Psiquiatría , Médica Legista . Psiquiatra de planta Unidad de Adolescencia HEPTA. enriquemoya@ciudad.com.ar

Alejandra Bula

Médica UBA, Especialista en Psiquiatría. Psiquiatra Unidad de Adolescencia HEPTA. M.T.de Alvear 548 Piso 18 ."C" tel.: 4315-2774

Corina Comas

Licenciada en Trabajo Social UNER. Trabajadora Social Unidad de Adolescencia HEPTA

Introducción

Este trabajo tiene por objetivo brindar los datos epidemiológicos más relevantes de los adolescentes que fueron internados en la Unidad de Adolescencia del Hospital de Emergencias Psiquiátricas T. de Alvear, integrante de la red de Salud del GCBA. Esta unidad cuenta con una sala de internación con un total de 19 camas, para hombres y mujeres, de 14 a 20 años.

La importancia de este estudio surge de que:

1. Se carece de estudios epidemiológicos sobre la demanda de atención y las patologías prevalentes en internación en hospitales públicos(16, 18).
2. Es un grupo vulnerable de la población, donde se evidencia el impacto de las crisis sociales, y se ha comenzado a reconocer la obligación de proteger sus derechos por el Estado(20).
3. Se ha colocado en la agenda de la Salud Pública, la problemática del adolescente en relación a temas como,

Resumen

Se brindan datos epidemiológicos de los adolescentes internados en un hospital público psiquiátrico, el Hospital "T.de Alvear", Bs.As. Argentina. **Resultados:** Se mostrarán en el trabajo. **Discusión:** Son adolescentes tardíos, provenientes del medio urbano, de origen socio-económico bajo. Predominan al ingreso, los síntomas relacionados con depresión, psicosis, y conductas suicidas (1/3). Se aprecia un notable incremento en el consumo de drogas, en relación a cifras de internados en la década pasada. Se destacan Depresión Mayor, Esquizofrenia, Bipolar y Trastorno de control impulsos. Existe comorbilidad con Trast. Bordeline, y Retraso mental. La mayoría registran tratamientos previos. Predominan los antecedentes genéticos y medioambientales desfavorables, dado por presencia de patología psiquiátrica familiar, vínculos parentales patológicos, y experiencias vitales negativas, o traumáticas, (principalmente abusos). Es habitual un núcleo primario disfuncional, desintegrado, con padres negligentes o ausentes, incapaces de amparar el normal desarrollo del psiquismo. Esto facilitaría la aparición de los trastornos en la adolescencia y, según los autores, esta manifestación constituirían la "Clínica del Desamparo". Este factor social, también produciría demoras en la externación y limitaciones en el tratamiento, la rehabilitación y la reinserción social. Es necesario establecer dispositivos asistenciales adecuados para esta población, y trabajar en prevención..

Palabras clave: Adolescentes – Epidemiología – Internación – Desamparo

EPIDEMIOLOGICAL STUDY AMONG THE ADOLESCENT INPATIENTS OF A HOSPITAL OF PSYCHIATRIC EMERGENCY

Summary

Epidemiological data of adolescents inpatients from a psychiatric public hospital, Hospital T.de Alvear. Bs.As. Argentina, is offered. Results: It will be shown in this paper. Discussion: The population of this study is composed of late adolescent, from urban media, of low socio economic origin. The most important symptoms at the beginning of income are depression, psychoses, and suicidal behavior (1/3). A remarkable increase in drug consumption is seen compared with last decade. There is an increase of Mayor Depression, Schizophrenia, Bipolar and Impulsive Control Disorders. There is comorbidity with Bordeline and mental Retardation. Most of them have previous treatment. Unfavorable Genetical and Enviromental factors, as familiar psychiatric disorders, pathological parental bonds and vital negative experiences or events (mainly abuses) is predominant. A dysfunctional, disintegrated, primary nucleus, is usual, with negligent or absent parents who are incapable to protect the normal development of the psychic character. This would facilitate the appearance of the upheavals in the adolescence, and according to the authors, this manifestation could constitute the "Abandonment s clinical feature". This social factor, would also produce delays in the outcome, and limitations in the treatment, rehabilitation and social reintegration. It is necessary to establish a more accurate treatment for this population and work in the prevention of this subject.

Key words: Adolescents – Epidemiology– Income – Helplessness



embarazos, abortos, consumo de drogas, suicidio, delincuencia, y salud mental.

Además hemos observado:

1. Un aumento constante en la demanda de atención en nuestro servicio.
2. Carencia de efectores adecuados para asistir a la demanda, así como de programas de prevención y rehabilitación suficientes.
3. Dificultades crecientes en las externaciones y derivaciones, fundadas en diferentes motivos, sociales, judiciales, y/o asistenciales.

Objetivos

- Contar con datos epidemiológicos actualizados y fiables sobre los trastornos psiquiátricos en adolescentes internados en la Ciudad de Buenos Aires.
- Detectar variables que puedan ser consideradas como posibles factores intervinientes en el desencadenamiento, o pronóstico de las descompensaciones psiquiátricas.
- Concientizar acerca de la gravedad de la patología en este grupo etario y la necesidad de invertir recursos para su asistencia y protección.

Metodología

Se estudió prospectivamente a los pacientes internados en el Servicio de Adolescencia a partir de junio 2005, hasta alcanzar la cifra de N=100.

La herramienta utilizada fue una ficha confeccionada con datos que se obtuvieron de entrevistas con el pa-

ciente, el familiar, la historia clínica y la información brindada por los equipos tratantes.

Los datos obtenidos se consideraron fiables, descartándose datos como los evolutivos de la infancia, debido a la baja confiabilidad de la fuente o a la ausencia de la misma.

Muestra

Se tomó la totalidad de los adolescentes internados en la sala desde 01/06/05 hasta llegar a la cifra de 100 pacientes 15/06/06, N=100.

Población

Los pacientes que concurren al servicio, son jóvenes provenientes de Capital Federal y Gran Bs. As. El promedio anual de pacientes internados ha sido de aproximadamente 100 pacientes, manteniéndose la proporción entre hombre y mujeres cercanas al 1:1.

Materiales y método

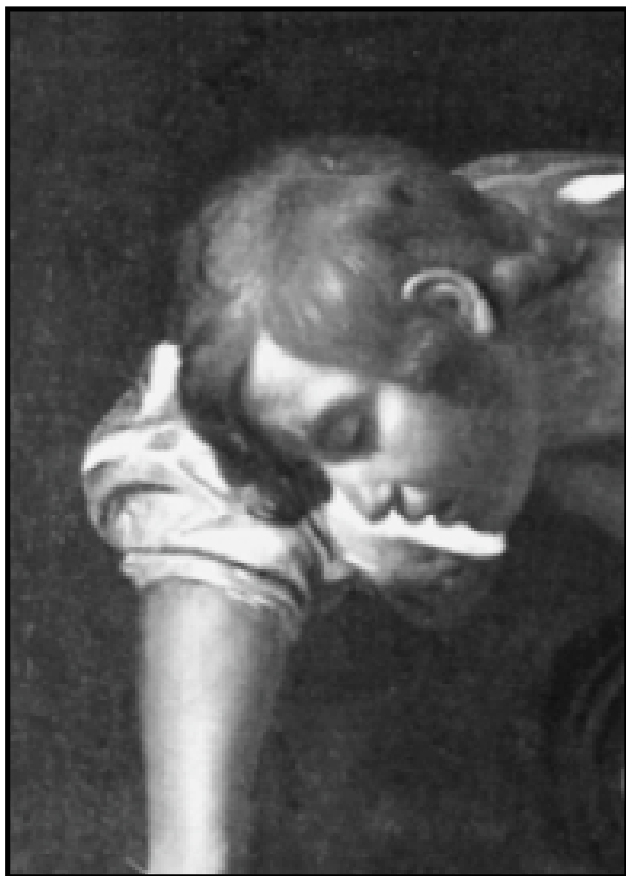
Las variables recolectadas y analizadas fueron :

1. Sociodemográficos:

Edad, sexo, lugar de nacimiento, zona de residencia, convivientes.

2. Socioeconómico:

Clasificados en a) Pobreza estructural, b) Pobreza integrada, c) Empobrecida, d) Media (trabajadores) e) Sin definir(10).



3. Internación:

Fecha de ingreso y egreso de internación (estadía). Orden judicial de internación. Síntomas y síndromes al ingreso Tentativas de suicidio.

4. Antecedentes personales:

Sexualidad: iniciación, traumas, abusos, embarazos, abortos e hijos.

Causas penales: y/o reclusión en Instituto de menores.

Consumo de alcohol y sustancias psicoactivas: Tipo de sustancias.

Ideación y tentativas de suicidio: Número.

Factores de estrés: Vitales y último año 1) migraciones, accidentes o traumatismos, 2) abuso físico, 3) abuso psicológico, 4) abuso sexual, 5) pérdidas significativas afectivas o materiales, 6) muerte de familiares amigos o pareja, 7) problemas económicos graves.

Tratamientos psicológicos y psiquiátricos previos, lugar y tipo de atención. Internaciones previas. Reinternaciones. Fugas.

5. Antecedentes familiares.

Grupo de convivientes.

Vínculos parentales: Se definieron como patológicos a los siguientes tipos: abandonónico, ambivalente, dependiente, simbiótico y perverso.

Antecedentes psiquiátricos.

6. Diagnóstico: Al egreso según el DSM IV-TR, con 2 ejes.

Se utilizó un programa Access para base de datos, y Excel para el análisis y la realización de gráficos.

Resultados

1. Sociodemográficos:

Edad: 18,1. Desviación 15-21años.

Sexo: 56% mujeres, 44% varones.

Zona de residencia: 56% Capital, 34% GBA, 11% Otras (Fig. 1).

Con familiares 83%, en hogares 17%.

2. Socioeconómicos:

27% Pobreza Estructural; 23% Pobreza Integrada ; 19% Empobrecida; 24% Media; 7% Sin Datos (Fig. 1).

3. Internación:

Estadía: 55 días. Desviación 2-195 días.

Orden judicial de internación: 24%

Tentativa de suicidio: 27%

Síntomas al ingreso: Tristeza 48%, angustia 46%, ideas de muerte 35%, alucinaciones 34%, autoagresión 33%, ideas delirantes 24%, ansiedad 23%, impulsividad 23%, excitación 21%, insomnio 21%, heteroagresión 21% (Fig. 2).

Síndromes al ingreso: Depresivo 31%, Alucinatorio 20%, SEP 18%, Delirante 15%, Autoagresivo 7%, Maníaco 4%, Confusional 3%, SIP 2% (Fig 2).

4. Antecedentes Personales:

Iniciación sexual en el 69%.

Abuso sexual 22%.

Mujeres con antecedentes de embarazos 9, de abortos 5, de hijos 4. Varones con hijos 1.

Causas penales: 18% con antecedentes, 5% alojados en Instituto de Menores correccionales.

Consumo de alcohol (abuso) y/o sustancias psicoactivas el 64%.

Tipo de sustancias: Cannabis 41%, alcohol 30%, cocaína 25% (pasta base/crack 20%), psicofármacos 21%, inhalantes 15%, der. morfínicos 3%, anfetaminas 1% (Fig. 3).

Antecedentes de estrés: 73% presentaron 1 ó varios factores negativos, 24% sucedieron en el último año (figura entre paréntesis).

Migraciones 12(2).

Accidentes o traumatismos severos 4(1).

Abuso físico 13(3), psicológico 12(3), y sexual 27(3).

Muerte de familiares, pareja o/amigos 19(7).

Pérdidas significativas 15(5).

Problemas económicos graves 12(5).

Tratamientos previos a la internación: 79%. Internaciones previas 24%.

1ª internación 76%, 2ª 14%, 3ª 5%, 4ª 4%, 5ª o más 2% (Fig. 5).

5. Antecedentes familiares

Conviven con ambos padres el 38%, con un solo padre 40% (38% con la madre, 2% con el padre), total 78%. El 5% vive con otro familiar. Conviven con hermanos el 57%. No viven con ningún familiar procediendo de hogares el 17%.

Vínculos parentales patológicos: con la Madre 64%, (Tipo Abandonónico 36%, Dependiente 11%, Simbiótico 10%, Perverso 4%. Ambivalente 3%).

Con el Padre 76% (Abandonónico 55%, Ambivalente 10%, Dependiente 3%, Simbiótico 1%, Perverso 6%).

Antecedentes psiquiátricos familiares. Madre 32%, Padre 37%, Hermanos 23%, Abuelos 18%.

Predominan Depresión, 10% en madres, y 7% en Padres, seguidos de psicosis, alcoholismo, adicción, y retraso mental.

6. Diagnóstico - Diagnósticos de Egreso: Según el DSM IV-TR (Fig. 4)

Eje I: Diagnóstico principal

Depresión Mayor 31%.

Esquizofrenia 24% (paranoide 10%, hebefrenia 6%, Indiferenciada 4%, Simple 4%).

Bipolar 10% (manía 4%, mixto 4%, 2 depresión).

Trastorno Control Impulsos N. E. 12%

Trastorno esquizoafectivo 6%

Psicosis Inducidas por S. P. 6%

Otras Psicosis 4%

Otros 7%.

En diagnósticos asociados, sobresalen: Abuso de sustancias, Trastorno por Estrés Postraumático, y Asperger 3%, que se asociaron frecuentemente a Depresión, y no se consignan por no ser el Diagnóstico principal.

Eje II: Trastornos o rasgos. 64% de los pacientes.

Bordeline 22%

Retraso Mental 20%

Antisocial 13%

Esquizoide 4%

Otros 5%

Se asocia fuertemente Trastorno Bordeline con Depresión (20 casos).

Discusión

Es una población de origen urbano (90%), Capital (56%), y del Gran Bs. As (34%), con una edad promedio de 18,1 años (adolescencia tardía). Proviene de zonas con carencias sociales, siendo en su mayoría de nivel económico bajo (suman 69% entre pobreza estructural-integrada y empobrecida).

La mayoría vive con algún familiar (83%), pero suelen ser familias desintegradas, como lo señala el 40% de hogares uniparentales, y el 5% que vive con otros familiares. El resto no posee ninguna contención familiar (17% vive en Hogares).

Existe una proporción significativa de intervenciones judiciales, como lo demuestra la proporción de ingresos con órdenes judiciales (24%), generadas por causas diversas (protección de persona, violencia familiar, o causas penales).

La relación entre conducta antisocial y adolescencia, se manifiesta en esta muestra, con una cifra de 18% de jóvenes con antecedentes penales.

Entre los síntomas de ingreso aparece un predominio de sintomatología de la serie depresiva, la tristeza (48%), la angustia (46%), e ideas de muerte (35%), seguida por la sintomatología positiva de la serie psicótica, las alucinaciones (34%) y delirios (24%). Ambas series coexisten en varios pacientes, independientemente del diagnóstico final. Las conductas autoagresivas, fundamentalmente una alta proporción de tentativas de suicidio (27%), muestran que son pacientes de alto riesgo, siendo éste uno de los motivos de su internación. Confirmarían también que la depresión en la adolescencia está relacionada con un alto riesgo de conductas suicidas(6, 7, 8).

La estadía de internación es muy variable siendo el promedio de 55 días.

Este valor se considera como elevado, y se debe a que existen varios pacientes que teniendo el alta médica, no pueden ser externados por factores, sociales, judiciales,

familiares, o burocráticos. Aquí se incluye un grupo de pacientes (15%) que fueron derivados a hogares o casas de medio camino. Los pacientes que registraron fugas (9%) por otra parte, reducen el promedio de estadía.

El número de reinternaciones (24%) se considera elevado, comparativamente es mayor a las registradas en la década pasada (11% en período 1994)(12)

Se debería a la gravedad del cuadro clínico, a la inadecuada contención social, y a la falta de dispositivos terapéuticos adecuados en la zona de residencia, que llevarían al abandono de los tratamientos, y las recaídas.

Existe una real dificultad para registrar datos precisos en relación a eventos vitales negativos, especialmente abusos, ya sea por escaso registro, negación, o resistencias a develar secretos. No obstante en esta población se evidencia un importante factor traumático, expresado en las cifras del 27% para abuso sexual, 13% para abuso físico, y 12% para abuso psíquico.

Respecto a la sexualidad, la mayoría experimentó relaciones sexuales (69%), principalmente heterosexuales. En esta área que suele ser fuente de conflictos en la adolescencia, se consignó a criterio de sus terapeutas, un efecto traumático o una severa conflictiva en el 29% de los pacientes.

Existen abundante antecedentes de eventos negativos en la historia vital de nuestros pacientes (63%). Estas experiencias podrían estar relacionados en parte con la aparición de sintomatología depresiva, conductas de autoagresión, de suicidio, o antisociales, como consigna la bibliografía(7, 8, 19).

Así parecería ser que los episodios traumáticos de la infancia (abusos, migraciones, muertes), podrían actuar como predisponentes, mientras que los factores de estrés actuales (23%) podrían actuar como factores desencadenantes. Los mismos podrían reavivar situaciones traumáticas no elaboradas, y desencadenarían la aparición de las manifestaciones clínicas.

Hemos observado, desde la década del '90, un incremento del consumo de sustancias en nuestros pacientes, que reflejaría parte del fenómeno de creciente consumo de drogas en nuestro país(4, 12). Como referencia las cifras de consumidores en nuestra sala era de 26% en 1992, y del 48% en 1994(12). Este estudio confirma la tendencia, la mayoría (64%) de los jóvenes son consumidores de alcohol y sustancias psicoactivas, siendo las más frecuentes, el cannabis, la cocaína (incluye pasta base y crack), y en menor medida los psicofármacos, los inhalantes y las anfetaminas.

Esto muestra un mayor índice de consumo en pacientes psiquiátricos, respecto a la población general(13), y confirma la existencia del uso múltiple de sustancias en los jóvenes. Se añade en forma novedosa y preocupante el consumo de crack de alto potencial adictivo y deletéreo(6).

Esta relación consumo de sustancias-trastornos psiquiátricos, es un factor de empeoramiento del pronóstico, y se vincula con el desencadenamiento de psicosis o la aparición de conductas agresivas o antisociales(5, 6, 9, 14).

Se ha descrito la mayor presencia de antecedentes psiquiátricos familiares en adolescentes con enfermedad mental. Aquí se observa cifras superiores al promedio poblacional, cercano a un tercio, tanto en madres

(32%) como padres (37%), y en una cuarta parte para los hermanos. El antecedente familiar más frecuente es de depresión (10% en madres), seguido de psicosis, alcoholismo, adicción, trastorno de personalidad y retraso mental.

Cabe destacar que la mayoría de estos padres habitualmente no está en tratamiento, siendo uno de los objetivos del equipo lograr que lo inicien.

Además de la carga genética, el tipo de vínculo parental se ha mencionado como determinante en la aparición de trastornos en la adolescencia(2, 17, 19).

Así no sorprende encontrar una alta proporción de vínculos patológicos con sus hijos (64% madres y 76% padres), predominando los vínculos de tipo abandonónico (36% madre, 55% padres), seguido por las modalidades dependientes y simbióticas en las madres, y los vínculos ambivalentes y dependientes, en el caso de los padres. En las relaciones definidas como perversas, los pacientes generalmente han sido víctima de algún abuso o maltrato por parte de sus padres.

En cuanto a los diagnósticos principales del Eje I, se observa un predominio de la Depresión mayor (31%), y la Esquizofrenia (24%), seguidos por el Trastorno Bipolar (12%), coincidiendo con la presencia de síntomas depresivos y psicóticos ya descritos.

Sin embargo finalmente predominarían las psicosis, si se suman a las esquizofrenias, y las depresiones con síntomas psicóticos, los diagnósticos de Trastornos Esquizoafectivos (6%), Psicosis inducidas por S. P (6%), y otras Psicosis NE (4%).

Observamos que el Trastorno de Control de impulsos N. E. (11%), es una categorización frecuentemente utilizada en adolescentes, que se suele asociar a pacientes con probable trastornos del Eje II (Antisocial, Bordineline, y Retraso Mental) y con consumo de S. P.

Recordamos la dificultad diagnóstica de los trastornos de la personalidad en la adolescencia, y más aún en presencia de comorbilidad(1). Aquí, se destacaron los Trastornos Bordineline (22%), el Retraso Mental (19%), y el Antisocial (13%), que se manifestaron comórbidos, con depresión, consumo de S. P., y conductas de impulsividad.

Continuaron otros como el Esquizoide (4%), y en menor medida, combinados como rasgos, el Histriónico, Obsesivo, Evitativo, y Esquizotípico.

La presencia de un 19% de jóvenes con retraso mental, muestra la posibilidad de este trastorno a presentar descompensaciones y comorbilidad en la adolescencia(1).

La asociación de trastorno de personalidad y depresión, se asociaron con mayor tendencia a presentar conductas suicidas.

Los antecedentes de un elevado número de tratamientos psicológicos y psiquiátricos previos (79%), en la mayoría de los pacientes meses o años, sugieren que el trastorno tiene un inicio muy anterior al episodio actual.

Si bien no fue objetivo de este trabajo revisar los tratamientos, vale aclarar que la totalidad de los pacientes recibió psicofármacos, siendo habitual por su severidad la utilización de varias medicaciones, combinando antipsicóticos, antidepressivos, y estabilizadores.

Conclusiones

Observamos en nuestros pacientes además de una carga genética desfavorable, patologías psiquiátricas parentales y vínculos patológicos, que suelen ser causa de alta conflictiva familiar, negligencia, situaciones traumáticas, o abandono.

Así, se constituiría un núcleo primario disfuncional, que no brinda posibilidades adecuadas para un desarrollo y estructuración del psiquismo. Las familias en su mayoría desintegradas, con vínculos parentales carentes, y problemática social, propulsan todo tipo de conflictiva y experiencias vitales adversas. Esta falla principal, determinaría la desprotección o desamparo del niño y luego del adolescente.

En opinión de los autores, a esta modalidad de presentación de los diversos trastornos emocionales y de conducta en los adolescentes, independientemente de los diagnósticos, favorecidos en su aparición por el abandono, la denominamos "clínica del desamparo". Este fenómeno influye poderosamente las estrategias terapéuticas.

Además del tratamiento psiquiátrico y psicofarmacológico específico, la psicoterapia debe trabajar sobre esta historia personal desfavorable, y sobre una estructura familiar carente. El abordaje familiar se suele encontrar limitado por la falta de colaboración, la oposición, o directamente el sabotaje del tratamiento. El medio social también desfavorable, hace más difícil la tarea de reinserción y rehabilitación.

Si pensamos que nuestros pacientes son también una muestra de la sociedad, reflexionamos acerca de los desfavorables cambios sufridos en la sociedad, los valores y la familia en las últimas décadas. Éstos han generado un estado de incertidumbre que no propician un medio ambiente temprano favorable para el desarrollo del psiquismo. La adolescencia es un período de intensos cambios psíquicos y biológicos que de por sí producen confusión e incertidumbre; de allí que no es raro que el trastorno mental haga su eclosión en ese momento. Si sobre esta vulnerabilidad inherente a dicho período añadimos factores negativos previamente señalados, la resultante es un creciente número de patologías graves en la adolescencia. Se hace indispensable tomar una conducta activa y alerta para proteger a los jóvenes más vulnerables. Es necesario imperiosamente reformular la atención de dicho grupo etario. Primero en programas de prevención, y luego en asistencia, generando más dispositivos de tratamientos especializados, infanto-juvenil, y para patologías específicas, tales como Centros de atención para pacientes duales. Es imprescindible auxiliar a las familias en riesgo social, para evitar las consecuencias de la desintegración, y brindar vacantes en Hogares y Residencias para jóvenes que carezcan absolutamente de contención familiar. Crear conjuntamente programas de reinserción social, para evitar también la institucionalización. Impedir que caiga el joven al medio marginal, pauperizado, de la calle, o rescatarlo para evitar las conductas de consumo o delictivas, generadoras de más patología o descompensaciones.

Simultáneamente incrementar los dispositivos de rehabilitación y reinserción social, desde los hospitales de día, a los talleres recreativos, talleres protegidos, capacitación socio-laboral, y microemprendimientos, para cumplir con la exigencia de las leyes y de los derechos de los adolescentes como ciudadanos.

Comentario

A raíz de la imposibilidad de dar altas por motivos sociales, y ante la ausencia de lugares de alojamiento, para los jóvenes en condiciones de alta, desde nuestro servicio se promovió la creación de una Casa medio Camino para jóvenes varones que comenzó a funcionar en el año 2002. Recibió el apoyo de la Asociación de Médicos Municipales, la Filial Hospital Alvear, y otras ONG –Comunidad Don Bosco, A-compañar– ganando un subsidio de la Fundación Repsol-YPF. Actualmente funciona en la calle México 4040, contando con talleres y microemprendimientos. Se logró, tras arduas gestiones, que algunos jóvenes reciban un subsidio de la Dirección de Niñez del GCBA que contempla la ley 448. Fueron varios los jóvenes que han completado exitosamente el ciclo y han egresado de la casa regresando con su familia. Se han evitado numerosas reinternaciones, y cuando éstas se han producido, han sido muy breves en el tiempo.



Actualmente se ha creado en el servicio de adolescencia una atención de hospital de día para adolescentes, y estamos trabajando en el marco de la ley 448, en un proyecto de reinserción social y rehabilitación, basado en el trabajo con la comunidad, donde se contempla la capacitación sociolaboral, y el armado de microemprendimientos ■

Referencias bibliográficas

1. Bennasar M. *Trastornos de Personalidad*. Soc.Española de Psiquiatría.Editorial Ars Médica-2004.Cap.XVI p.387-392.
2. Brendgen M. et.al." Relations with parents and with peers, temperament, and trajectories of depressed mood during early adolescence" *J Abnorm Child Psychol*; 33(5):579-94, 2005 Oct.
3. Casullo M. *Comportamientos suicidas en la adolescencia*. Editorial Lugar. BsAs.1er Edición.
4. Dubrovsky V, Rodríguez Garín, Rubio Domínguez, Chieri P. Trastornos psiquiátricos y consumo de sustancias psicoactivas. *Alcmeon* 27.Año IX - Vol.7 Nro. 3- Noviembre 1998.
5. Floyd AG, Boutros NN, Struve FA, Wolf E, Oliwa GM. Risk factors for experiencing psychosis during cocaine use: a preliminary report. *J Psychiatr Res*; 40(2):178-82, 2006 Mar.
6. Goldstein A. *Adicción*, Editorial Rubes. 1995.Cap..XI ,p.169.
7. Green BL. et. al. Effects of adolescent trauma exposure on risky behavior in college women. *Psychiatry*; 68(4):363-78, 2005, *J Psychopharmacol*; 19(2):187-94, 2005 Mar Revisión.
8. Marcelli D, Braconnier Ajuriaguerra. *Manual de Psicopatología del adolescente* Editorial Masson.Barcelona 1990.
9. Ochoa Mangado E. Cocaína y comorbilidad psiquiátrica. *Actas Esp Psiquiatr*; 28(1):40-52, 2000 Jan-Feb.
10. Feijoo M del C. *Nuevo país, nueva pobreza*. Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica. (2001)
11. Rodríguez Garín, Kleinman, Scokin. Suicidios Consumados por Pacientes Psiquiátricos. *Alcmeon* 21.Año VIII - Vol 6 - N° 1 - Junio 1997.
12. Rodríguez Garín, Chieri P, Bleuville S, Bogadanovich P. Incidencia de Drogadependencia en una sala de internación de adolescentes. *I Congreso Internacional para la Prevención y Asistencia de la Drogodependencia*. CC:San Martín. BsAs Junio1995. Poster.
13. SADA Secretaría de Atención a las Adicciones.Ministerio de Salud .Gobierno Prov.Bs.As.(2004) http://www.sada.gba.gov.ar/ob_juvenil.htm.
14. Semple DM, McIntosh A. *Cannabis as a risk factor for psychosis: systematic review*.
15. Serfaty EM. Factores de riesgo en la adolescencia. *ALCME - ON* 1: 21 - 26, 1992
16. Stagnaro JC. Sufrimiento y salud mental en salud mental. *Vertex, Rev. Arg. de Psiquiatría* 2003, Vol. XIV.
17. Statham T. et.al. Suicidal behaviour: and epidemiological and genetic study. *Psychol Med* 1998; 28: 839-855
18. Strojilevich S. Datos operacionales de una unidad psiquiátrica de internación en un Hospital General y Público de la Ciudad de Bs.As. *Vertex Rev. Arg. Psiquiatría*. 2002,13:85-92.
19. Stuewig J. et al. *The relation of child maltreatment to shame and guilt among adolescents: psychological routes to depression and delinquency*.
20. UNICEF *Justicia y Derechos del Niño*. N° 3: Primer Edición, Bs. As. 2001.

Tentativas de Suicidio en la Adolescencia con Psicofármacos de los Padres: Estudio Descriptivo

Daniel Matusevich

Médico Especialista en Psiquiatría. Jefe Sala de Internación. Servicio de Psiquiatría. Hospital Italiano de Buenos Aires Gallo 1543 PB "C" (1425). Tel: 4822-3218. Ciudad de Buenos Aires. Mail: dmatusevich@ciudad.com.ar

Martín Ruiz

Médico Especialista en Psiquiatría. Coordinador Sala de Internación. Servicio de Psiquiatría. Hospital Italiano de Buenos Aires

María Carolina Vairo

Médica Especialista en Psiquiatría. Coordinadora Atención Domiciliaria. Servicio de Psiquiatría. Hospital Italiano de Buenos Aires

Carlos Finkelsztein - Alfredo Job

Médicos Especialistas en Psiquiatría. Jefe y Subjefe del Servicio de Psiquiatría. Hosp. Italiano de Bs. As.

Introducción

El suicidio en la adolescencia se ha convertido en un serio problema para la salud pública. Es la tercera causa de muerte en los adolescentes y la quinta entre los niños en edad escolar(33). En 1997 se estimó que más del

9% de los adolescentes y el 1% de los niños en edad escolar intentaban suicidarse, y un número aún mayor cometían suicidio. Según información extraída de las Estadísticas Vitales del Ministerio de Salud y Acción Social de la República Argentina, en 1996 la tasa de suicidio en adolescentes era de 6/100000, siendo una de las más altas de Latinoamérica(51).

Resumen

Objetivo: Determinar la frecuencia con que los adolescentes menores de 21 años que se internan en la Sala de Psiquiatría del Hospital Italiano de Buenos Aires realizan tentativas de suicidio con psicofármacos consumidos por sus progenitores. **Población y Muestra:** El siguiente estudio se realizó en una población de pacientes menores de 21 años que se internaron en la Sala de Psiquiatría del Hosp. Italiano de Buenos Aires entre Septiembre de 2004 y febrero de 2006. **Material y Métodos:** El siguiente es un estudio de cuantificación, prospectivo, observacional y transversal. Las variables de análisis consideradas fueron edad, sexo, motivo de ingreso, método de tentativa que motiva la internación. En caso de que la tentativa fuera con ingesta farmacológica: qué tipo de medicación y de quién era la medicación; también se recabó información acerca de los antecedentes psiquiátricos familiares y acerca de los antecedentes familiares de tentativas de suicidio o suicidios. **Resultados:** Se analizaron los datos correspondientes a 85 pacientes. El 67% (n=57) fueron mujeres y el 33% (n=28) hombres. El grupo estudiado presentó edades comprendidas entre 13 y 21 años con una media de $18,05 \pm 2$ años. El principal motivo de ingreso fue el episodio autoagresivo en un $40,5 \pm 3,68\%$ (n=45). El método de tentativa suicida más frecuentemente observado fue la ingesta medicamentosa excesiva en el $77,8 \pm 9,6\%$ (n=35). **Conclusión:** La mayoría de los adolescentes que realizaron ingesta medicamentosa excesiva lo hicieron con medicación de sus padres, alcanzando el $82,8 \pm 16,32\%$ (n=29). De esta medicación el 93% (n=27) eran psicofármacos. El acceso a los métodos de suicidio es un factor relacionado al suicidio. Sin accesos disponibles a estos métodos, muchos impulsos autodestructivos podrían ser contenidos; el rol de la disponibilidad de los métodos en el suicidio es frecuentemente subestimado, pudiendo ser uno de los factores más fácilmente modificable a través de la prevención.

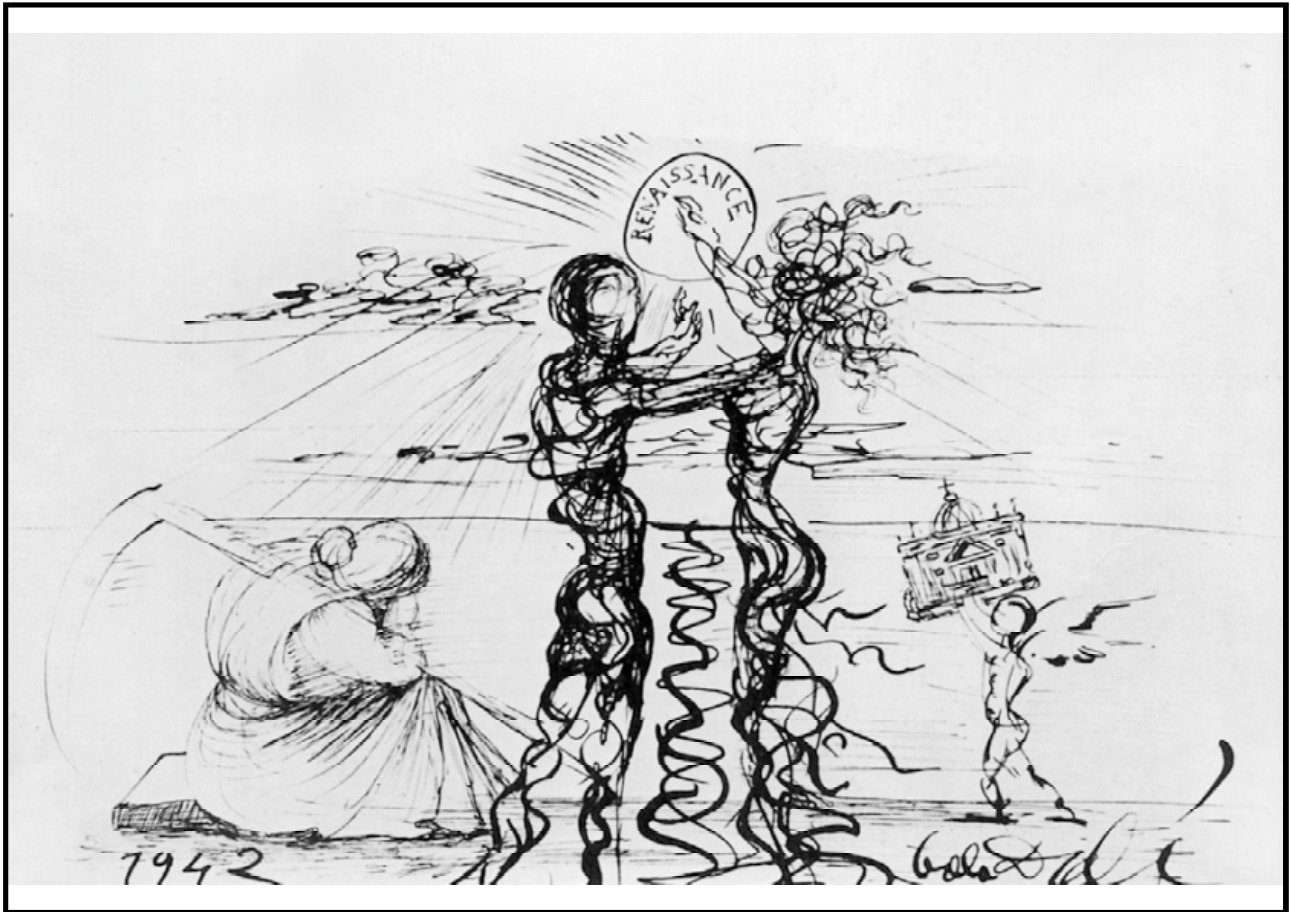
Palabras clave: Adolescentes – Tentativa de suicidio – Padres – Método suicida – Pastillas

ADOLESCENTS' SUICIDE ATTEMPT WITH THEIR PARENT'S PSYCHOTROPIC MEDICATION: DESCRIPTIVE STUDY

Summary

Objective: To determine the frequency in adolescents under 21 years old hospitalized in the Psychiatric Unit of Hospital Italiano of Buenos Aires because of suicide attempt with pills taken by their parents. **Population and sample:** This study was carried out in a population of patients under 21 years old hospitalized in the Psychiatric Unit of Hosp. Italiano of Buenos Aires between September 2004 and february 2006. **Material and Method:** This is a quantitative, prospective, observational and transversal study. The variables considered were age,gender,cause of admission, suicide method. When the attempt was done with pills we considered what kind of pills and whom they belong to; we also asked about familiar psychiatric history and familiar history of suicide attempt and suicide. **Results:** We analyzed data from 85 patients. 67% (n=57) were female and 33% (n=28) male. Age range was between 13 and 21 years with a media of $18,05 \pm 2$ years.The principal cause of admission was suicide attempt ($40,5 \pm 3,68\%$) (n=45). The suicide attempt method most frequently used was the ingestion of pills ($77,8 \pm 9,6\%$) (n=35). **Discussion:** The majority of adolescents who took pills did it with medication belonging to their parents ($82,8 \pm 16,32\%$) (n=29). Within this medication 93% (n=27) were psychotropics. The availability of suicide methods is related directly to suicide. Without this methods near many autoaggressive impulses may be restrained. The importance of this availability of this methods is often underestimated instead of being modified by prevention..

Key words: Adolescents – Suicide Method – Parents – Suicide Attempt – Pills



La tasa actual de suicidio entre adolescentes es de 10 a 15/100000. La prevalencia de tentativas suicidas es de entre el 3 y el 15%(2, 11, 15, 35). La conducta suicida es una de las emergencias más frecuentes y la primera causa de internación psiquiátrica en personas de entre 15 y 24 años(36). Si bien los hombres, tanto adultos como adolescentes, tienen 5 veces más riesgo de suicidarse que las mujeres, las tentativas suicidas son 2 a 3 veces más frecuentes en las mujeres adolescentes (10,1%) que en los hombres de su misma edad (3,8%)(3, 12, 23, 31, 32).

Las muertes por suicidio constituyen el 13% de todas las muertes en la población adolescente; el dramático aumento en las últimas cuatro décadas podría deberse al aumento en la tasa de abuso de alcohol y depresión(5), al aumento en la disponibilidad de las armas de fuego(4) y, como postula McAnarney, en relación a aspectos socio-antropológicos en los Estados Unidos a los cambios en la familia americana(34), caracterizados por las altas tasas de divorcio y la disminución de la práctica religiosa.

El acto suicida está multisignificado y es el resultado de un conjunto complejo de conductas(46); muchos de los factores que llevan al mismo son difíciles de evaluar, dado que la mayoría sólo pueden ser estudiados retrospectivamente(33).

El suicidio representa un intento desesperado y final de resolver lo que se percibe como irresoluble de otra manera(33); la decisión de intentar matarse refleja frecuentemente una intrincada psicopatología, que puede no haber sido identificada previamente y que es el resultado de la combinación de múltiples variables pasadas y presentes.

En los años ochenta las investigaciones comenzaron a identificar trastornos en la psicopatología infantil, iniciando estudios más rigurosos sobre la conducta suicida, la epidemiología, la comorbilidad, y las estructuras familiares(33). La vulnerabilidad al suicidio ha sido estudiada en profundidad, habiéndose definido factores biológicos, del desarrollo, del grupo de convivencia y culturales(40).

En una familia con antecedentes psiquiátricos cualquier variable que comprometa o afecte su funcionamiento –rigidez excesiva, falta de límites, dificultad en la comunicación– pone al adolescente en un mayor riesgo de suicidio(6).

En familias con mayor disfunción, el adolescente puede sentirse no deseado, no cuidado y hasta “intercambiable o fácilmente prescindible”(5). Una base vulnerable está relacionada con trastornos psiquiátricos familiares, sobre todo depresión, historia familiar de suicidio, separaciones y divorcio; desde una perspectiva sistémica, el comportamiento suicida del adolescente podría verse como originado y también como respuesta a la tensión familiar.

Las tentativas suicidas son extremadamente raras antes de la adolescencia, aumentan paulatinamente su frecuencia durante este período vital y presentan un marcado descenso al entrar en la adultez temprana(23, 31, 48, 49); Brent et al.(7) hallaron que los adolescentes entre los 13 y los 15 años tienen menor riesgo suicida que los adolescentes entre los 16 y los 19 años. Esta diferencia podría deberse, según estos autores, a que durante la adolescencia tardía existe mayor frecuencia de trastornos del estado del ánimo, de abuso de sustancias, de trastornos de conducta y un fácil acceso a armas. Se ha descrito que la

Tabla 1
Motivos de Ingreso

<i>Motivo de Ingreso</i>	<i>N</i>	<i>Porcentaje (%)</i> *	<i>IC 95%</i>
Episodio autoagresivo	45	40,5	0,4050 ± 0,0368
Ideas suicidas	24	21,6	0,2160 ± 0,0517
Abuso/dependencia de sustancias	11	10	0,1000 ± 0,0823
Depresión	10	9	0,0900 ± 0,0877
Descompensación psicótica	5	4,5	0,0450 ± 0,1522
Descompensación de trastorno de la conducta alimentaria	5	4,5	0,0450 ± 0,1522
Episodio maníaco	3	2,7	0,02700 ± 0,3045
Fracaso de tratamiento ambulatorio	3	2,7	0,02700 ± 0,3045
Evaluación diagnóstica	2	1,8	0,0180 ± 1,1014
Otros motivos	3	2,7	0,02700 ± 0,3045
TOTAL	111	100	

*Proporción entre motivo de ingreso y total de motivos de ingreso

relación entre psicopatología y suicidio estaría mediada por el grado de madurez cognitiva, la cual permitiría mayor habilidad para planear y ejecutar tentativas suicidas letales(8, 22, 47).

La autoagresión en la adolescencia estaría enmarcada dentro de una continuidad que iría desde el polo encubierto (consumo de sustancias, actividad sexual promiscua, manejo irresponsable) hasta la conducta suicida manifiesta(24, 26, 27, 28, 52).

Aproximadamente el 40% de las tentativas de suicidio en adolescentes se realizan por sobredosis farmacológica, el 25% por ahorcamiento, el 25% por flebotomía en muñecas y el resto por otros métodos. La elección del método difiere según el género; el 55% de los hombres y sólo el 10% de las mujeres utilizan el ahorcamiento mientras que el 50% de las mujeres y sólo el 25% de los hombres utilizan la sobredosis farmacológica(16).

En una población de adolescentes con trastorno disruptivo que se suicidaron, los métodos utilizados fueron armas de fuego (62,7%), ahorcamiento (27,1%), salto al vacío (6,8%), sobredosis (1,7%) y asfixia (1,7%)(43).

Tabla 2
Métodos de Tentativa Suicida

<i>Método</i>	<i>N</i>	<i>Porcentaje (%)</i> *	<i>IC 95%</i>	
Ingesta Medicamentosa	Psicofármacos	31	68,8	0,6880 ± 0,1027
	Otros	4	9	0,0900 ± 0,4458
Flebotomía	8	17,8	0,1780 ± 0,2342	
Arma de Fuego	1	2,2	No válido	
Asfixia	1	2,2	No válido	
TOTAL	45	100		

Objetivo

Determinar la frecuencia con que los adolescentes menores de 21 años que se internan en la Sala de Psiquiatría del Hospital Italiano de Buenos Aires (HIBA) realizan tentativas de suicidio con psicofármacos consumidos por sus progenitores.

Población y Muestra

El siguiente estudio se realizó en una población de pacientes menores de 21 años que se internaron en la Sala de Psiquiatría del Hospital Italiano de Buenos Aires entre Septiembre de 2004 y febrero de 2006.

En la Sala de Internación Psiquiátrica ingresan pacientes afiliados al sistema prepago del Plan de Salud del Hospital Italiano que cuenta aproximadamente con 110.000 socios. Además consultan personas de otros sistemas de salud, de características similares; ambos grupos pertenecen a la clase social media y media alta y viven en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y en el Conurbano Bonaerense.

Durante el período de estudio ingresaron a la Sala de Internación 87 adolescentes. Para ser incluidos en el estudio los pacientes debían ser menores de 21 años y aceptar bajo consentimiento informado sus familiares la participación en el mismo. Se incluyeron todas las planillas de externación que tuvieran los datos completos. Fueron eliminados 2 pacientes por no aceptar el consentimiento. Dos personas fueron eliminadas debido a que no aceptaron el consentimiento.

En el análisis estadístico se incluyeron 85 pacientes, de los cuales el 33% (n=28) fueron hombres y el 67% (n=57) mujeres. La edad promedio fue de 18,5 ± 2 años (mínimo 13 y máximo 21 años).

Material y Métodos

El siguiente es un estudio de cuantificación, prospectivo, observacional y transversal.

Los datos de los pacientes se volcaron en Hojas de Egreso de Internación confeccionadas *ad hoc*; su utilización comenzó sistemáticamente a partir de junio de 2004, aplicándose a todo paciente que egresa de la Sala de Psiquiatría con el objetivo de obtener distintos datos que permitan determinar el objetivo planteado. Las Hojas de Egreso son completadas al momento del egreso del paciente por el médico psiquiatra tratante con la supervisión del Coordinador de Equipo.

Las variables de análisis consideradas fueron edad, sexo, motivo de ingreso, método de tentativa que motiva

la internación. En caso de que la tentativa fuera con ingesta farmacológica: qué tipo de medicación y de quién era la medicación; también se recabó información acerca de los antecedentes psiquiátricos familiares y acerca de los antecedentes familiares de tentativas de suicidio o suicidios.

Definimos a las siguientes variables como:

1. **Edad:** en años.

2. **Sexo:** masculino-femenino.

3. **Motivo de ingreso:** motivo por el cual se decide la internación del paciente. Decidimos englobar los motivos de ingreso en 11 categorías: 1) episodio autoagresivo, 2) síntomas conductuales o psicológicos de demencia, 3) descompensación psicótica, 4) fracaso de tratamiento ambulatorio, 5) descompensación de trastorno de la conducta alimentaria, 6) evaluación diagnóstica, 7) abuso/dependencia de sustancias, 8) depresión, 9) ideas suicidas, 10) episodio maniaco, 11) otros motivos. Cada paciente puede ser ingresado por más de un motivo.

4. **Método de tentativa:** modos y/o medios utilizados para producir la autodestrucción suicida(83).

5. **Tipo de medicación:** psicofármacos, otros.

6. **De quién era la medicación:** padres, abuelos, propia, otros.

7. **Antecedentes psiquiátricos familiares:** enfermedades mentales en familiares de primer grado.

8. **Antecedentes familiares de tentativas o suicidios:** tentativas o suicidios en familiares de primer y segundo grado.

Análisis Estadístico

Los datos fueron volcados en una planilla de cálculo del programa Excel Microsoft 2000 (versión 9.0.2812) y fueron analizados empleando el paquete estadístico de EpiInfo 2000 versión 1.1.2 (CDC y OMS). Para todas las variables se establecieron la distribución de frecuencias y/o los porcentajes en relación con el total de casos; el análisis estadístico consistió en un análisis cuantitativo a partir de la determinación de medidas de tendencia central y de dispersión, obteniéndose proporciones, medias aritméticas, rangos, medianas o desvío estándar, según correspondiera para cada variable estudiada. Para el análisis de intervalos de confianza se utilizó el programa *Smith Statistical Package* (v. 2.80, 2005)

Resultados

Se analizaron los datos correspondientes a 85 pacientes que ingresaron a la Sala de Internación Psiquiátrica del Servicio de Psiquiatría del Hospital Italiano entre Septiembre de 2004 y Febrero de 2006.

El 67% (n=57) fueron mujeres y el 33% (n=28) hombres. El grupo estudiado presentó edades comprendidas entre 13 y 21 años con una media de $18,05 \pm 2$ años.



Los motivos de ingreso pueden observarse en la Tabla 1. Los mismos pueden ser más de uno por paciente (total= 111 motivos de ingreso). El principal motivo de ingreso fue el episodio autoagresivo en un $40,5 \pm 3,68\%$ (n=45).

Tomando a los pacientes que realizaron tentativa suicida al momento del ingreso describimos en la Tabla 2 los métodos empleados.

El método de tentativa suicida más frecuentemente observado fue la ingesta medicamentosa excesiva en el $77,8 \pm 9,6\%$ (n=35), seguida por la flebotomía en el $17,8 \pm 23\%$ (n=8). En el resto de los pacientes los métodos fueron: asfixia y disparo con arma de fuego.

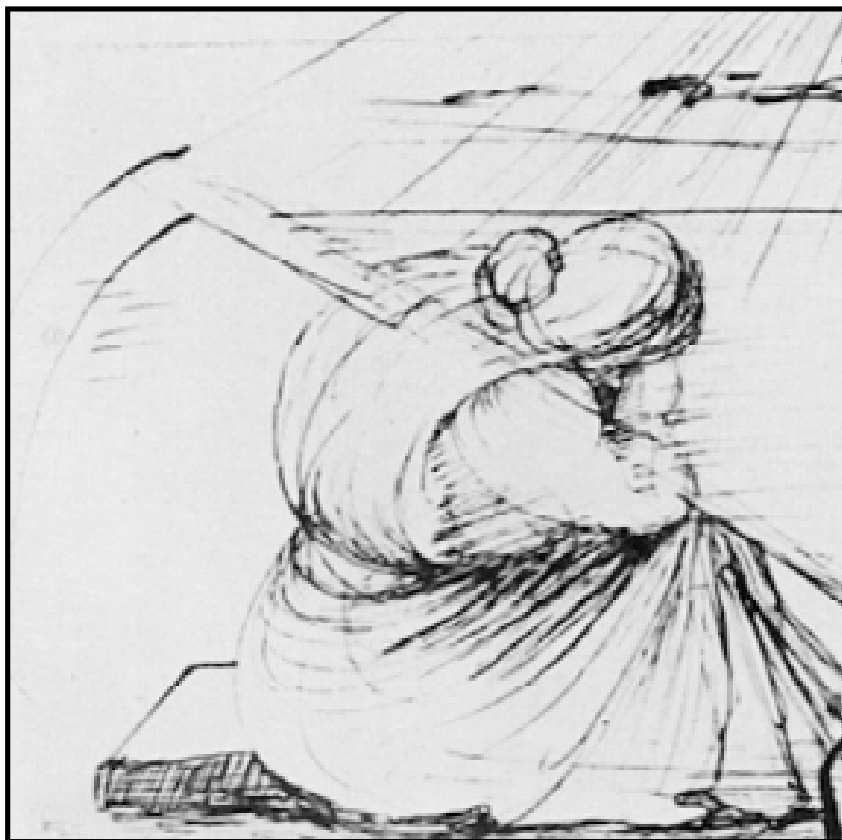
Discriminada la ingesta medicamentosa excesiva, presentaron ingesta de psicofármacos la gran mayoría, el $88,6 \pm 7\%$ (n=31) de los pacientes.

La mayoría de los adolescentes que realizaron ingesta medicamentosa excesiva lo hicieron con medicación de sus padres, alcanzando el $82,8 \pm 16,32\%$ (n=29). De esta medicación el 93% (n=27) eran psicofármacos.

Los familiares de primer grado tenían antecedentes psiquiátricos en el 72,94% (n=62) y el 45,88% (n=39) de los familiares de primer y segundo grado presentaban antecedentes de tentativas de suicidio o suicidios consumados.

Discusión

Muchos autores sostienen que la tentativa de suicidio puede ser una manera de recuperar el control para alguien que se siente descontrolado y no apto para sostener la situación de una forma razonable. Puede también ser una acción adrede o en contra de aquellos alrededor del adolescente a quienes éste percibe como que le han hecho daño.



Novick, desde una perspectiva psicoanalítica(37), sostiene que los pensamientos suicidas en los adolescentes emergen en relación a miedo o sensación de abandono, temor o deseo de engolfamiento, y miedo o culpa hacia o por sentimientos agresivos y omnipotentes hacia la madre; agrega además que la secuencia que desemboca en el acto suicida es precipitada por eventos externos que imponen en el adolescente la responsabilidad de dar un paso que representa para él romper el lazo con la madre(37).

Cuando el adolescente fracasa y no puede dar el paso, el evento externo y la experiencia de fracaso le dan conciencia sobre su dependencia con la madre. Concluye el citado autor afirmando que la elección del método tiene en sí mismo una profunda significación dinámica y no es sólo fruto del azar o de la ocasión.

Crespi(13) identificó cuatro características específicas en las familias de adolescentes suicidas: hogar fragmentado, historia familiar de dificultades psiquiátricas, historia familiar de conductas suicidas y maltrato infantil. Se estima que aproximadamente el 50% de los adolescentes suicidas proviene de familias fragmentadas (am-

biente familiar caracterizado por divorcio o estructura de un solo padre) que además presentan antecedentes psiquiátricos(1).

Varios autores mencionan que, generalmente, los padres de adolescentes suicidas son depresivos, tienen baja autoestima, presentan ideación suicida, son agresivos, se relacionan deficientemente con sus hijos, abusan de sustancias y tienen ingresos económicos bajos(3, 10, 14, 15, 17, 18, 19, 21, 25, 29, 50, 53). Si bien algunos estudios encontraron relación entre el comportamiento suicida de los padres y la ideación suicida de sus hijos(9, 42) estudios prospectivos no confirmaron este dato(30, 41).

También se han descrito dos variables demográficas predictoras de tentativa de suicidio en adolescentes: ser hijo de madre adolescente y de padres con bajo nivel educativo(32).

Una familia rígida es aquella en la que las relaciones inflexibles no permiten cambios funcionales en respuesta a problemas o necesidades(38). Varios estudios relacionan la

rigidez familiar con el comportamiento suicida en adolescentes(29, 29, 44).

Entre los individuos que realizan tentativas de suicidio del 10 al 15% se suicida finalmente, como así también entre el 85 y el 90% de los que lo intentan nunca se mata(33). Sin embargo, el número de suicidios consumados con antecedentes previos debe hacernos pensar inevitablemente en la cuestión de la prevención.

El acceso a los métodos de suicidio es un factor relacionado al suicidio. Sin accesos disponibles a estos métodos, muchos impulsos autodestructivos podrían ser contenidos; el rol de la disponibilidad de los métodos en el suicidio es frecuentemente subestimado, pudiendo ser uno de los factores más fácilmente modificable a través de la prevención(33).

Los datos hallados por nosotros en relación al método son similares a otros estudios, encabezando la frecuencia de las tentativas la ingesta medicamentosa excesiva; sin embargo no hallamos reportes sobre la procedencia de las pastillas utilizadas por el adolescente para llevar a cabo la tentativa ■

Referencias bibliográficas

1. Allberg WR. Understanding adolescent suicide: correlates in a developmental perspective. *The School Counselor* 1990; 37: 343-350
2. Andrews JA, Lewinsohn PM. Suicidal attempts among older adolescents: prevalence and co-occurrence with psychiatric disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1992; 31: 655-662
3. Blumenthal S. Youth suicide: risk factors, assessment, and treatment of adolescent and young adult suicide patients. *Psychiatr Clin North Am* 1990; 13: 511-556
4. Boyd JH, Moscicki EK. Firearms and youth suicide. *Am J Public Health* 1986; 76: 1240-1242
5. Brent DA, Perper JA, Allman C. Alcohol, firearms, and suicide among youth. *JAMA* 1987; 257: 3369-3372

6. Brent DA, Perper JA, Goldstein CE et al. Risk factors for adolescent suicide: a comparison of adolescent suicide victims with suicidal inpatients. *Arch Gen Psychiatry* 1988; 45: 581-588
7. Brent DA, Baugher M, Bridge J, Chen T, et al. Age and sex-related risk factors for adolescent suicide. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1999; 38: 1497-1505
8. Brent DA, Perper JA, Moritz G, Baugher M, et al. Firearms and adolescent suicide: a community case-control study. *Am J Dis Child* 1993; 147: 1066-1071
9. Brent DA, Perper JA, Moritz G, Allman C, et al. Psychiatric risk factors for adolescent suicide. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1993; 32: 521-529
10. Cairns RB, Peterson G, Neckerman HJ. Suicidal behavior in aggressive adolescents. *J Clin Child Psychol* 1988; 17: 298-309
11. Center for Disease Control (2000). Youth Risk Behavior Surveillance: sadness and suicide ideation and attempts. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 49: 1-96
12. Center for disease control (1995). Suicide among children, adolescents, and young adults-United States, 1980-1992. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 44: 289-291
13. Crespi TD. Approaching adolescent suicide: queries and singposts. *The School Counselor* 1990; 27: 256-260
14. De Wilde EJ, Kienhorst, Diekstra, Wolters. The specificity of psychosocial characteristics of adolescent suicide attempters. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1993; 32: 51-59
15. Dubow EF, Kausch DF, Blum MC, Reed J, et al. Correlates of suicidal ideation and attempts in a community sample of junior high and high school students. *J Clin Child Psychol* 1989; 18: 158-166
16. Fergusson D, Lynskey M. Childhood circumstances adolescent adjustment and suicide attempts in a New Zealand birth cohort. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1995; 34: 612-622
17. Garber J, Little S, Hilsman R, Weaver K. Family predictors of suicidal symptoms in young adolescents. *J Adolesc* 1998; 21: 445-457
18. Garfinkel BD, Froese A, Hood J. Suicide attempts in children and adolescents. *Am J Psychiatry* 1982; 139: 1257-1261
19. Garnefski N, Diekstra R, De Heus P. A population-based survey of the characteristics of high school students with and without a history of suicidal behavior. *Acta Psychiatr Scand* 1992; 86: 189-196
20. Garrison C, Addy C, Jackson K, McKeown, Waller J. A longitudinal study of suicidal ideation in young adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1991; 30: 597-603
21. Gordon D, Burge D, Hammen C, Adrian C, et al. Observations of interactions of depressed women with their children. *Am J Psychiatry* 1989; 146: 50-55
22. Groholt B, Ekeberg O, Wichstrom L, Haldorsen T. Suicide among children and younger and older adolescents in Norway: a comparative study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1998; 37: 473-481
23. Hawton K. Suicide and attempted suicide. En *Handbook of affective disorders*. Ed. Paykel ES, Guilford; London 1992: 635-650
24. Holinger PC. Violent deaths among the young: recent trends in suicide, homicide and accidents. *Am J Psychiatry* 1979; 136: 1144-1147
25. Hollis C. Depression, family environment, and adolescent suicidal behavior. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996; 35: 622-630
26. Jessor R. *New perspectives on adolescent risk behavior*. Cambridge University Press; Cambridge 1998
27. Jessor R. Risk behavior in adolescence: a psychosocial framework for understanding and action. *J Adolesc Health* 1991; 12: 597-605
28. Khan AU. Heterogeneity of suicidal adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1987; 26: 92-96
29. King CA, Segal HG, Naylor M, Evans T. Family functioning and suicidal behavior in adolescent inpatients with mood disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1993; 32: 1198-1206
30. Kovacs M, Goldson D, Gastonis C. Suicidal behaviors and childhood-onset depressive disorders: a longitudinal investigation. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1993; 32: 8-20
31. Lewinsohn PM, Rohde P, Seeley JR. Adolescent suicidal ideation and attempts prevalence, risk factors and clinical implications. *Clin Psychol Sci Pract* 1996; 3: 25-46
32. Lewinsohn PM, Rohde P, Seeley JR. Psychosocial risk factors for future adolescent suicide attempts. *J Cons Clin Psychol* 1994; 62: 297-305
33. Maris R, Berman A, Silverman M. *Comprehensive Textbook of Suicidology*. The Guilford Press, New York 2000
34. McAnarney ER. Adolescent and young suicide in the United States: a reflection of social unrest. *Adolescence* 1979; 14: 765-774
35. Meehan PJ, Lamb JA, Salzman LE, O' Carroll PW. Attempted suicide among young adults: progress toward a meaningful estimate of prevalence. *Am J Psychiatry* 1992; 149: 41-44
36. National Center for Health Statistics (1993). *Advance report of final mortality statistics, 1990*. Monthly Vital Statistics Report 41: 1-44
37. Novick J. Attempted suicide in adolescence: the suicide sequence. En Sudak A et al eds, *Suicide in the young*. Boston: John Wright PSG Inc, 1984; 115-137
38. Olson DH. Circumplex model of marital and family systems. En *Normal Family Processes*. Ed. Walsh F, Guilford Press; New York 1993: 104-137
39. Pavese C. *The Business of Living: Diaries 1935-1950*. Quartet Books, 1980
40. Pfeffer CR. *The suicidal child*. New York: Guilford Press 1986
41. Pfeffer CR, Lipkins R, Plutchik R, Mizruchi M. Normal children at risk for suicidal behavior: a two year follow-up study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1988; 27: 34-41
42. Pfeffer CR, Zuckerman S, Plutchik R, Mizruchi MS. Suicidal behavior in normal school children: a comparison with child psychiatric inpatients. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1984; 23: 416-423
43. Renaud J, Brent D, Birmaher B, Chiappetta L, et al. Suicide in adolescents with disruptive disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1999; 38: 846-851
44. Rubenstein JL, Heeren T, Housman D, Rubin C et al. Suicidal behavior in "normal" adolescents: Risk and protective factors. *Am J Orthopsychiatry* 1989; 59: 59-71
45. Sabbath JC. The suicidal adolescent: the expendable child. *J Am Child Adolesc Psychiatry* 1969; 8: 272-279
46. Shaffer DA, Fisher P. The epidemiology of suicide in children and young adolescents. *J Am Child Adolesc Psychiatry* 1981; 20: 545-565
47. Shaffer D, Gould MS, Fisher P et al. Psychiatric diagnosis in child and adolescent suicide. *Arch Gen Psychiatry* 1996; 53: 339-348
48. Shaffer D, Hicks R. Suicide and suicidal behaviors. En *Textbook of adolescent medicine*. Ed. McAnarney ER, Kreipe RE, Orr DP, Comerici GD, Saunders; Philadelphia 1992: 979-986
49. Shaffer D. The epidemiology of teen suicide: an examination of risk factors. *J Clin Psychiatry* 1988; 49: 36-41
50. Smith K, Crawford S. Suicidal behavior among "normal" high school students. *Suicide Life Threat Behav* 1986; 16: 313-325
51. Vairo MC, Ruiz M, Blanco MF, Matusevich D, Finkelsztejn C. Suicidal behavior in adolescents. Risk factors (bibliography review and descriptive-analytical study). *Vertex, Rev. Arg. de Psiquiatría*, 2003; 14(53):179-89
52. Woods ER, Lin YG, Middleman A, Beckford P, et al. The associations of suicide attempts in adolescents. *Pediatrics* 1997; 99: 791-796
53. Wright LS. Suicidal thoughts and their relationship to family stress and personal problems among high school seniors and college undergraduates. *Adolescence* 1985; 20: 575-580

El Combo del horror

Reportaje a Leila Guerriero

Por Daniel Matusevich, Martín Ruiz, Fabian Triskier y Carolina Vairo

Leila Guerriero (1967, Junin, Pcia. de Bs. As.) comenzó su carrera periodística en 1991 en la revista *Página/30* y desde 1996 es redactora de la revista del diario *La Nación*, de Buenos Aires. Sus textos han aparecido en diversos medios de Latinoamérica y España, entre otros, *Rolling Stone de Argentina*, *Gatopardo*, *Travesías*, *Letras Libres*, *Paula (Chile)*, *El País (Montevideo)*, etc. Participó, junto a otras escritoras y periodistas, del libro *Mujeres Argentinas (Alfaguara, 1998)*.

Vertex: *¿Cómo llegó interesarse en el tema del suicidio de adolescentes?*

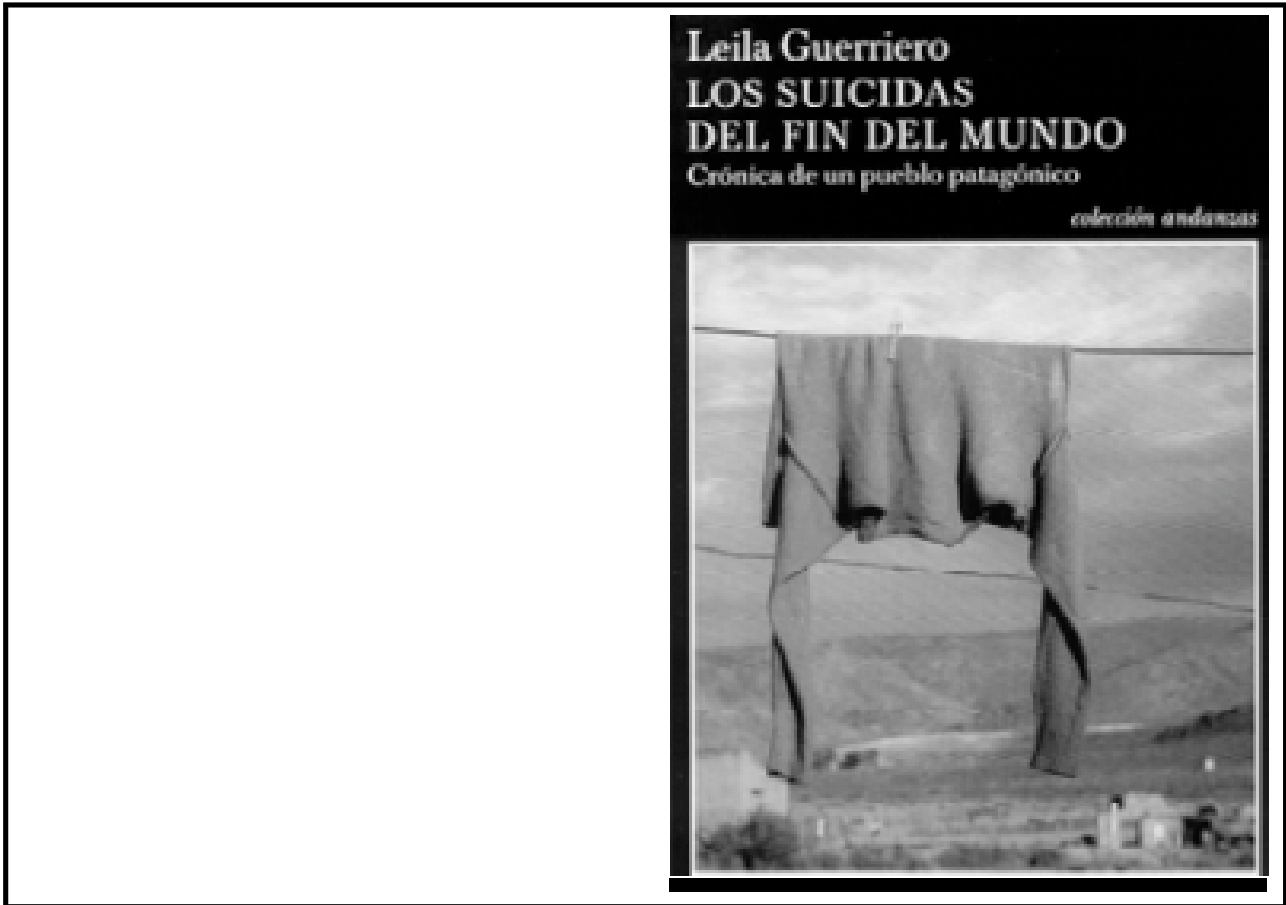
Leila Guerriero: Descubrí el tema porque me llegó una gacetilla a *La Nación*, el diario donde trabajo. La gacetilla era de la ONG Poder Ciudadano, y anunciaba que iban a desarrollar en dos lugares del conurbano –como si le dijera Florencio Varela y Moreno– y en un lugar del interior –Las Heras– un plan de jóvenes negociadores, de resolución de conflictos sin violencia, que se había desarrollado en la Universidad de Harvard. Explicaba un poco el por qué de la implementación en esos tres sitios y relataba el éxito que había tenido ese plan en distintos lugares, no en la Argentina, donde era la primera vez que se llevaría a cabo. La idea era ayudar a los adolescentes o adultos jóvenes a resolver conflictos sin violencia entre pares y con sus adultos. Digamos que, antes de agarrarse a las piñas pudieran hablar, verbalizar lo que les pasaba, hacerlo de una forma más civilizada. Y mencionaba particularmente que lo iban a implementar en Las Heras porque era un pueblo de la Patagonia, que fue lo primero que me llamó la atención –y además cuando leí Las Heras pensé que era la localidad de Mendoza o la que queda acá a 80 km de Buenos Aires– en el que había muchísima violencia urbana. La gacetilla hablaba de Las Heras como de una especie de “combo del horror”. Mencionaba un 25% de desocupación, decía que el pueblo había tenido 17.000 habitantes pero la población había descendido a 8.000, que había mucho embarazo adolescente no deseado, violencia sexual con chicas, abuso sexual de niños y niñas y 22 suicidios de adolescentes en menos de un año. Todo eso me llamó la atención, no sólo los suicidios, pero eso me pareció el síntoma que distinguía este lugar del resto de los sitios en los que se podía encontrar ese combo más o menos completo. Por lo demás, si uno va a cualquier otra ciudad y encuentra la misma historia: desempleo, abuso sexual... Y además este era un pueblo que se había desarrollado alrededor de la industria del petróleo y que resultaba

ser, con el desempleo, con la privatización de YPF y todo eso, el emblema de lo que había quedado de la Argentina de los '90. Y me cerró todo, porque yo quería contar una historia del interior, de una ciudad del interior, ya que siempre acá, en Buenos Aires, están mirándose el ombligo.

Vertex: *¿Su lugar de nacimiento en la ciudad de Junín puede tener algo que ver?*

L. G.: En verdad, no. Yo no soy una defensora de los pueblos ni tengo espíritu pueblerino. Me gusta la ciudad grande, me gusta la cosa urbana. Pero me parece que entendí bastante bien cuál era el mecanismo de funcionamiento de la ciudad precisamente por haber venido de un pueblo chico. No tan chico como Las Heras, pero eso de que el pueblo chico es un infierno grande es muy cierto. Cualquier lugar que baje de los 200.000 habitantes se transforma en un infierno bastante insoportable.

El primer paso de la investigación fue aquella gacetilla. Me llamó la atención y lo primero que hice fue fotocopiar la guía telefónica de Las Heras y empezar a llamar por orden alfabético. La segunda persona a la que llamé era uno de los familiares de la primera de las chicas que se había matado. Entonces le conté, le dije que tenía ganas de ir, me dijo que fuera y que hablaríamos. Eso me llevó a otras familias. Cuando llegué me di cuenta de que jamás se había hecho una lista exhaustiva de los suicidios, no había un registro oficial en ningún lado. La gente no quería que se asentara que su familiar se había suicidado, con lo cual había no sé si un pedido explícito pero sí que experimentaban un pánico evidente de que se anotaran esas muertes en el Hospital como suicidios. Por lo cual, casi todo el mundo se moría de lo mismo, de lo que se muere media humanidad: paro cardiorrespiratorio. En la policía no había registro, en el registro civil habían mandado el libro de registros a Río Gallegos. Era como una negación, como algo de lo que todo el mundo hablaba pero nadie quería hacerse cargo.



Vertex: *En la Argentina no contamos con datos propios, no hay registro de las cosas.*

L. G.: Ningún tipo de registros. Para un periodista es desesperante, porque nos son necesarios para poder seguir el rastro, para tener una lista completa. El único que pudo armar una lista más o menos completa fue el funebrero, que los había enterrado a casi todos. Había tenido que enterrar a gente muy cercana.

Vertex: *Se plantea la cuestión del ser o no ser, ser alguien o ser nadie, tener una identidad. Uno podría pensar que tendría algo que ver la cuestión de identidad con todo lo que había pasado. Esas personas eran alguien comparadas con otras que estaban en el pueblo.*

L. G.: La primera chica que se mató, que era un poco *heavy*, un poco *punk*, tenía el estigma de ser la chica rara del pueblo. Se pintaba las uñas de negro, era una mezcla de *The Cure* y Marilyn Manson. Y para ser así en un lugar tan pequeñito, hay que tener mucho coraje o tener una estructura muy sólida. Y esta chica tenía 15 años, las personas con las que había estado toda la vida no eran sus padres, eran unos tíos lejanos que se la habían llevado de un pueblo vecino que se llama General Sarmiento, porque el que ella creyó su hermano de sangre de toda la vida se había encariñado con ella. Un día, ya adolescente, una mujer la fue a ver a Las Heras y le dijo que ella era su verdadera madre. Sin hacer psicología barata, me parece que si un día te golpean la puerta y una señora que no viste nunca en tu vida te dice que es tu madre... es extraño, hay que tener una estructura muy fuerte para aguantar una cosa así.

Esta chica, por lo que sé, ya sabía que no iba a seguir la universidad. Tenía todas sus expectativas puestas en una amiga, Julieta Durán, que sí se iba a ir a estudiar radiología porque era una carrera corta que le permitiría "ser alguien". Eso de ser alguien está todo el tiempo presente, es como si ese lugar fuera un lugar para ir a ser nada. Pero no se cuán presente habrá estado esto en el discurso de los chicos que se mataron, no lo puedo saber, y el discurso de los familiares es el discurso de los familiares. Digo, vos contás lo que querés contar; eso lo tuve claro todo el tiempo. Lo que hay es una versión de los hechos, que es la versión de la gente que quedó. No se cuál era la versión de los chicos.

Vertex: *En el suicidio siempre es un poco así. La autopsia psicológica, de los últimos días de la víctima, el reconstruir la historia para ver si en las señales que quedaron uno puede encontrar un sentido, que uno nunca sabe si es un sentido para uno o si es un sentido que tuvo que ver con lo que el otro decidió finalmente. Usted dijo que, finalmente, se dió cuenta de que jamás iba a entender porqué había pasado todo eso. Cuando leí el libro, como psiquiatra, y desde una perspectiva individual, de caso por caso, me resultó bastante claro, por las historias de cada una de las personas que se suicidaron, que había factores individuales de riesgo en cada uno de ellos. Lo que sorprende, y lo que me dejó con una sensación de "¿qué pasó?", es la masividad, el hecho de que los suicidios se produjeron en cadena.*

L. G.: Para mí fue exactamente lo mismo. La pregunta de "¿porqué?" no me la hice hasta que no me la empezaron a hacer en catarata todos los periodistas que me entrevistaron después de la salida del libro. Yo no fui allí a

buscar el porqué. Yo fui a tratar de reconstruir sin preguntarles nunca el porqué, sino a dejar que la realidad dijera lo que tenía que decir. De hecho el otro día me puse a releer el montón de páginas que tengo de desgracias con familiares, y a nadie le hice la pregunta ‘¿porqué?’ O sea, me parecía de una obviedad y vulgaridad tales... Salvando las distancias, es como cuando a alguien que recibe un premio le preguntan “¿Qué sentís?”. ¿Y qué va a contestar? Es una pregunta obvia.

Vertex: *La lectura del libro produce la sensación de que uno está en Las Heras. Yo me sentía parecido a cuando leí El Corazón de las Tinieblas o cuando vi Apocalipsis Now; la vivencia del horror. Creo que usted consiguió transmitir algo de lo que esa gente sintió. Como bien dice, no lo sabemos, pero la lectura del libro conecta, claramente, con algunas de esas cuestiones que tienen que ver con el vacío, la soledad, la angustia... En el texto aparece la vivencia de que la gente no es del lugar, ¿está eso muy presente en la gente?*

L. G.: Si y no. La gente que está allá hace unos cuantos años tiene cierto arraigo. Ellos dividen entre NYC y TAF (“nacidos y criados” y “traídos a la fuerza”), y esto sí se siente, sobre todo en la gente que fue ahí a buscar el dinero dulce, porque, ahora, de hecho viven un momento de una prosperidad económica altísima. En la gente que va a buscar plata, me parece que sí, que existe esa cosa; de hecho cada vez que me tomaba un auto o un *remise* me enteraba que el chofer casi nunca era de allí y siempre empezaba a putear contra Las Heras.

Te diría que la gente que está hace poco tiempo, odia el lugar y se quiere ir cuanto antes. Pero los suicidas eran personas que hacía más tiempo que estaban. Y la gente que ya está hace tiempo creo que tiene más bien una relación ambigua, de amor y odio con el pueblo. Aceptan mal que la gente vaya y hable de sus miserias o sus problemas, si son forasteros. Es como si dijeran: “¿qué se vienen a meter con nuestros muertos, con nuestro agua contaminada, con nuestra municipalidad sobrevaluada?” O sea, despotrican contra eso, y se enojan, pero cuando una mirada extranjera dice algo sobre estas cosas, o hay una curiosidad que va más allá de la charla entre vecinos, se cierran. Hay una hostilidad más o menos constante, desde el clima mismo...

Vertex: *¡El viento!*

L. G.: Yo lo que quería es que cuando los lectores abrieran el libro sintieran que se les venía encima un enjambre infernal, que iban a meter la cabeza en un nido de abejas enloquecidas. Mi idea era que supieran que no iba a ser una cosa agradable. Que la lectura de eso les iba a dejar una lastimadura. Desde la prosa, que es una prosa muy desnuda, con colmillos. No sé si me salió así, pero la idea era esa. Pintar un fresco de Las Heras y contar cuál era el telón de fondo de todos esos suicidios.

El tema de la hostilidad, el clima... era algo de lo que toda la gente se quejaba todo el tiempo. Eso de vivir en el confín del mundo y de no tener estructura ni estatal ni nada para bancárselo. La plaza es un lugar siniestro, no hay un lugar de paseo, no hay nada agradable. Y la gente ya había naturalizado todo, el horror era lo que los rodea todos los días. Las noticias que aparecían en la revista local eran tenebrosas... se habían encontrado enterradas en el cementerio una cantidad de objetos de magia negra... un bebé muerto en una bolsa quemado con cigarrillos...

nenas violadas por los abuelos. Por momentos yo pensaba que en un pueblo chico pasan cosas y a lo mejor se sabe todo más rápido porque es más chico. Pero la verdad es que cada tanto me llegaban estas noticias y todas eran del orden de lo siniestro, y la gente parecía habituada a eso.

Vertex: *¿Usted sintió eso de lo siniestro en las personas que entrevistó? Las personas que no se mataron tal vez estaban más identificadas con lo siniestro que las que sí se mataron.*

L. G.: No, siniestro no. Lo que diría que sí se ve es una especie de costumbramiento y una naturalización. Se comentaba lo del bebé muerto o lo de las nenas violadas con cierta naturalidad como una cosa cotidiana, que horrorizaba primero pero que, con el tiempo, a nadie le llamaba demasiado la atención.

Lo que observé en esa gente era un fenómeno extraño en los vínculos. Eso de los hijos entregados a otras familias... Por ejemplo, la mamá del último chico que se mató había sido entregada a una familia por su padrastro o su madrastra cuando era chiquita y había perdido el rastro de la familia original. Era una cosa que se repetía. La primera de las chicas que se mató, por ejemplo, venía de otra familia, no la familia con la que se había criado, y se le ocultó eso. Al último de los chicos que se mató, la madre lo había dejado con el padre en Catamarca y ella se había venido con los otros dos hijos a Las Heras. Otro de los chicos se había quedado con la abuela durante muchos años, en otra ciudad, y sus padres habían marchado a Las Heras. Al final, cuando a los 18 se mudó a Las Heras, llegó a una familia con la que no se había podido criar.

Vertex: *¿Recibió comentarios del estilo “en este pueblo pasa lo mismo que en Las Heras”?*

L. G.: Sí, los hubo. Sobre todo cuando después de que salió el libro fui a hablar a algunas radios de Buenos Aires. Me llamaron de General Villegas, de Chacabuco. Todos para decir que en esos lugares también se suicidaban chicos jóvenes. En Junín, cuando fui a presentar el libro, me dijeron que había habido suicidios de una persona de 20 años y de un chico de 14.

Vertex: *Por un lado, llama la atención que son casos de chicos muy chicos y, por otro, que no coincide mucho lo que se dice generalmente sobre las modalidades de suicidio; hay muchas mujeres que se pegan un tiro que, en general, no es la modalidad más frecuente de suicidio en mujeres. Al final del libro se comenta de un chico de 12 años...*

L. G.: Sí, se mató con una manguera, se colgó en la casa. Hay mucha leyenda alrededor de esa muerte. Lo que contaban en el pueblo era que había llamado a su mamá y le había dicho “Mirá lo que voy a hacer”. La llamó, se colgó del árbol y cuando apareció la madre saltó. Era un poco lo mismo que había pasado con una de las primeras que se mató, en el 95, que había llamado a su marido, también le dijo “Mirá lo que voy a hacer” y se pegó un tiro en la cabeza. Parece más un relato construido.

Vertex: *Lo que normalmente como psiquiatra uno lee es: tal persona se mató de tal manera. Lo que uno ve normalmente son tentativas de suicidio, eso es lo más habitual a lo que nos enfrentamos. Pero de lo que estamos hablando acá es de la muerte, del que se suicidó. Esto es como un contacto de primera mano, que no*

Los suicidas del fin del mundo

Crónica de un pueblo patagónico

Leila Guerriero

Colección andanzas, Buenos Aires, Tusquets editores, 2005.

Veintidós jóvenes de entre 18 y 28 años se suicidaron en Las Heras entre 1997 y 1999, además varios niños intentaron quitarse la vida en ese mismo lapso.

Probablemente sean estos dos datos los que motivaron a la periodista Leila Guerriero a realizar un viaje al corazón de las tinieblas de la Patagonia para plasmar un estudio de campo, reportaje, crónica y novela al mismo tiempo que da cuenta del horror y del sinsentido de un modelo de muerte.

No es casual la cita de Cesare Pavese en el comienzo mismo de la obra, ya que este es un texto que inevitablemente remite a todos aquellos autores que de una u otra forma se ocuparon de este tema, empezando, por supuesto por el propio Pavese y continuando por épocas y autores tan disímiles como Durkheim, Di Benedetto, Vilas Mata, Murakami, Eugenides, Camus, y siguen las firmas. De una u otra forma todos ellos están presentes en esta pequeña gran obra que se atreve a (re)construir las historias de las/os jóvenes suicidas a partir de los datos obtenidos en las charlas con las familias, los amigos de los muertos y una gran cantidad de personajes secundarios que son absolutamente principales a la hora de tratar de comprender aquello que va más allá de lo siniestro.

La autora primero nos presenta al protagonista principal, Colonia Las Heras o Las Heras a secas, el lugar donde suceden los hechos; es un pueblo ubicado al norte de Santa Cruz, fundado en el año 1911, que creció al ritmo de la explotación del petróleo. La evolución del pueblo reflejó la evolución de Argentina: de la expansión en los ochenta paso a la privatización de los noventa con su consecuencia de desempleo y emigración; la historia que nos cuenta "*Los Suicidas...*" es la historia de los que se quedaron, los que no se fueron.

El subtítulo "*Crónicas de un pueblo patagónico*" alude claramente, a que la novela es el relato de la vida en la villa contada a partir de los que se suicidaron, pero que también incluye las historias de un grupo de personas: el peluquero, las prostitutas, el *disc-jockey* y travestis varios. Son ellos los que van definiendo el clima del libro hacia un (des)encuentro posible de diversidades en la más absoluta soledad y en busca de una identidad y un destino más que incierto en un pueblo rodeado por viento y soledad.

Una primera hipótesis, no demasiado osada, es suponer que en nuestro país existen varios Las Heras en los distintos puntos cardinales, con su mezcla de soledad, abandono, desocupación, desarraigo, falta de futuro y muerte esperando para ser descubiertos. Esta obra es para quien la lee, una ventana que le permite asomarse a la desesperación y al vacío de un grupo de gente condenada a vivir y a morir en un no lugar, alejados de toda esperanza y por consiguiente, de toda posibilidad de salvación.

Los capítulos en los que está dividida la novela constituyen relatos de muerte que definen verdaderas autopsias psicológicas a través de las cuales podemos seguir casi minuto a minuto los últimos días de las víctimas, la instalación del gesto suicida, el contexto familiar y cómo siguen las vidas de los sobrevivientes. El estilo en que está escrito oscila entre el relato novelado y la crónica periodística con lo que consigue un efecto de acercamiento y distanciamiento de los hechos relatados permitiendo que el lector vaya construyendo a medida que transcurren las páginas un mapa complejo, profundo y desgarrador de las existencias de aquellos que están condenados.

Las evidentes dificultades en su construcción hacen de la lectura de este texto una experiencia infrecuente en nuestro país; no es habitual enfrentarnos a una obra que aporta datos originales obtenidos en fuentes primarias. Podemos remitirnos a autores como Hendin, Jamison o Pearson, quienes desde adentro de la psiquiatría, la sociología o la psicología nos han pintado el mundo de los suicidas con mayor o menor fortuna, pero creemos que en Argentina ésta es la primera vez que se nos da la oportunidad de adentrarnos en este mundo, a partir de un relato de primera mano.

Vale la pena citar aquí a modo de recuerdo, homenaje y complemento el libro del gran Antonio Di Benedetto "*Los Suicidas*", aparecido en 1969, en donde alternando ficción y realidad el autor nos cuenta una historia que alterna momentos de obsesiva investigación sobre el suicidio con otros en donde se aprecian las constantes de la narrativa del autor con reflexiones acerca de la soledad, el sentido de la vida y la muerte.

Recomendamos intensamente la lectura de "*Los suicidas...*" no sólo a aquéllos que se sientan atraídos por las cuestiones psiquiátricas sino también a los lectores interesados en acceder al mundo pintado por Guerriero, que va a actuar como generador de cualquier emoción exceptuando a la indiferencia; esto se debe a que el volumen comentado posee por lo menos tres diferentes niveles de significación o de acceso según las afinidades del lector: un nivel para los que estarán satisfechos con las crónicas desoladas de Las Heras, otro para los profesionales que deseen avanzar en la comprensión del fenómeno suicida y un tercer nivel que está constituido por el entrecruzamiento de los dos niveles previos y agrega cuestiones de género, sociales, culturales y políticas para terminar constituyendo un manuscrito, que a partir del gesto suicida va mucho más allá en su percepción del sentido o del sinsentido de las conductas humanas.

Daniel Matusevich

es el que uno habitualmente tiene, y ahí también está el valor del libro. Además, no son lo mismo "los suicidas" que "las suicidas". Me parece que el hecho de ser mujer o ser hombre, y como esto se jugaba en el pueblo tiene mucho que ver.

L. G.: Eso es muy extraño en Las Heras. La cantidad de personajes extravagantes, como Pedro o como Jorge el peluquero, los dos muy gays. Pedro es el profesor de inglés, un tipo respetado. Pero también en este punto en Las Heras hay una doble lectura, porque por un lado te mandan todos a que hables con Pedro, porque es el que tiene el programa de radio, es el Premio Atahualpa Yupanqui de la provincia, un gran poeta; y por el otro lado le dan un apodo femenino en diminutivo, digamos Pepita, y hay como una cosa despectiva, burlona con él. Y después Jorge Salvatierra, que parece un peluquero tan bien armado, y tan seguro de lo que tiene para hacer en ese pueblo y que ha ido ahí a ser alguien, también sufre sus depresiones profundas y le duele estar en un lugar en el que, aunque lo niega, sabe que lo estigmatizan, y dicen que es troló y no se cuántas cosas más.

Pero también hay muchísimas maricas en los burdeles. En todos ellos hay una madama y al lado está la marica que la ayuda. Es como una especie de institución muy extraña. Yo no sé, es algo que no puedo resolver todavía. Porque, por un lado, es un pueblo tremendamente prejuicioso y lleno de negaciones, y, por otro, parece que tuviera una apertura a toda esa gente. Pero lo cierto es que no es así.

Vertex: No hay una estructura de pueblo, tampoco hay identidad de pueblo y parece que lo mismo pasa en las personas.

L. G.: Es como que si se les hubiera perdido la identidad cuando se les terminaron las ovejas. Y por el otro lado, lo que vos decías del género, cuando hice un repaso con el tema de los rumores, todo lo que se decía de los suicidas y las suicidas, encontré que de todas las mujeres se decía que habían tenido un amor prohibido o un embarazo complicado y que todo había quedado ahí medio trunco. Y de todos los varones se decía o que habían estado en alguna cuestión que había tenido que ver con robo o consumo de droga, o con algo ilícito. Y vos ibas a repasar la vida de estos tipos y la verdad es que poco tenían que ver con algunas de esas cosas. Y las de las mujeres más o menos lo mismo, más que los rumores no había nada comprobable en eso.

Yo creo que ahí es una vez más el lugar común. Las mujeres siguen teniendo el lugar de amas de casa. De hecho lo que decían todos era: 'no, era buena chica, estaba mucho en su casa, no se sabe por qué hizo lo que hizo'.

Vertex: ¿Cómo era viajar a Las Heras?

L. G.: Fue muy difícil hacer este viaje hasta allá. Lo primero que pasa cuando uno llega es que se quiere ir. Me costaba mucho ir. Me costaba dinero pero me costaba mucho de mí. Yo no me involucro con los entrevistados con la cosa del dolor. Si es un asesino serial voy, escucho, grabo y escribo. Pero el hecho de ir allá y saber que tenía que pasarme 20 días en ese lugar... el lugar, no la gente. Trataba de armarme una agenda, de armarme cosas, de ocuparme.

Institucionalmente no hubo ningún tipo de reacción. El Estado estuvo ausente, por lo que yo sé, por completo, salvo un legislador que fue quien pidió ayuda a la gente

de Poder Ciudadano. Desde el punto de vista del Hospital no hubo un plan de emergencia por esto. Se hizo una marcha de la vida, que organizaron los papás tanto de los chicos que se habían matado como de la gente que había muerto en accidentes y fueron 90 personas, marcharon una vez y no se volvió a hacer. Y a alguien se le ocurrió llamar a José Abadi, pero también fue como una cosa esporádica, de "a ver que se puede hacer".

Poder Ciudadano movilizó, más que nada los primeros dos años creo, a los chicos del colegio. En los grupos que organizaron juntaron a los más conflictivos, los que menos se bancaban entre sí, y tuvieron que laburar codo a codo, y eso me pareció un rasgo interesante. De hecho yo hablaba con los pibes que lo habían hecho y decían "yo tengo que estar laburando al lado de este estúpido que no me lo banco", y lo decían delante del otro y te dabas cuenta que había buena onda; habían logrado limar algún tipo de asperezas. Creo que después el plan de capacitación se implementó como en Río Gallegos, entonces la gente tenía que viajar y empezó a ser una cosa medio china. En el tema de los suicidios no te puedo decir si produjo una menor tasa. Desde el año 1999 al 2003 hubo una especie de hueco en el que no se registró nada. No hubo registro de suicidios ni en la revista de la ciudad, ni en la policía, ni en el hospital.

Vertex: ¿Y qué cambió de esa época?

L. G.: Nada, porque de hecho en el 2003 empezaron de nuevo los suicidios, y siguen hasta ahora. No siguen en esa oleada de 12 personas en un año y medio, todas de 25 años en edad promedio, todos tipos muy conocidos, que fue lo que yo registré en el libro. La gente que se suicidó después no era muy conocida en el pueblo. Y las edades eran muy diferentes; se suicidó tanto un hombre de 62 años como una de 25, como una mujer chilena recién llegada a la ciudad que trabajaba como empleada doméstica. Pero empezaron a ser, casi todos, suicidios muy públicos: uno se ahorcó en la cancha del Club Tehuelche, otro en el tanque de agua de la escuela 53, otro del arco de la cancha de rugby. Eso me llamó la atención, porque de los que yo registré había habido dos casos nomás de chicos que se habían colgado en público, una de ellas en la puerta de la casa.

Vertex: A mí una de las cosas que me impresionó es que los psiquiatras no han leído este libro. Yo hablaba con la gente y no lo han leído, no lo conocen. ¿Te invitaron de alguna institución?

L. G.: Me invitaron a un Congreso que se va a hacer en Comientes en septiembre, pero no puedo ir porque tengo otros compromisos, y mi trabajo en el diario. Hace poco me llamaron de una revista de psicología, pero la verdad es que no hubo mucho en ese sentido. Pensé que como es una crónica periodística se supone que son discursos poco estrictos desde el punto de vista científico, médico.

Cuando en febrero de 2006 mataron al policía Sayago en Las Heras, los medios me volvieron loca a llamados. Claro yo era la única periodista que había ido a Las Heras y que había visto que ahí pasaba algo, antes de que hubiera pasado lo del policía. Es un lugar en el que suceden estas tragedias una atrás de otra. Es un lugar donde se ahogaron hace un par de años dos nenas en un lago, en una cloaca congelada. Y aunque tampoco podés culpar a la gente de no enterarse que esto pasa y mi función como periodista es ir y contar una historia, no tratar de cambiar

las cosas, cuando pasó lo de Sayazo, y vi que lo de los suicidas quedaba como una anécdota, me llamó la atención que desde el Gobierno, desde la gente a la que le compete llevar adelante algún tipo de acción, no se viera ninguna conexión entre lo que había pasado con Sayago y todo el tema de los suicidios y la violencia urbana. Que no se viera la conexión, que no se viera ningún tipo de lazo entre una cosa y la otra. Como si se dijeran "Bueno, en ese lugar adonde pasó todo eso ahora también pasó esto otro", sin que nadie viera lo que para mí es más o menos evidente, que todo forma parte de lo mismo.

Tiempo después hubo unos casos de suicidios en Salta y luego otros en Córdoba, y me sugirieron ir a cubrir la noticia. Pero a mí me pareció que no. Yo no soy "suicidióloga"; todo lo que tenía que decir está en el libro, y no iba a recorrer el país buscando otros casos. Transformar esto en una curiosidad me pareció que era hacerle poco honor.

Vertex: *¿La escritura del libro la llevó a leer o investigar sobre el suicidio?*

L. G.: Traté de ser lo más sobria posible, no quería desarrollar una teoría. Traté de leer las cosas básicas. Mientras escribía el libro, que tiene una estructura que creo que se lee más o menos fácil, aunque lograrla es una cosa muy compleja desde el punto de vista técnico, traté de estar incontaminada. No leí absolutamente nada que tuviera que ver con eso durante la escritura. Ya antes había leído todo, más biografías de tipos que se habían suicidado, más obras de tipos que se habían suicidado y que me gustan mucho. Leí todo Pavese de nuevo, sobre todo *El Oficio del Poeta*, y toda su poesía. Y leí prosa que me servía para secar mi propia prosa, para dejarla sin agua. Cosas como Lorie Moore, que me encanta. Y vi mucho cine, elegí películas con estructuras muy complejas como *Carrretera Perdida* de David Lynch, o *Reconstrucción de un amor*. Leí algunas partes de *Pedro Páramo*, de Juan Rulfo. *La Línea de Sombra*, de Conrad. Pero mientras escribía lo único que releí por quinta vez fue *El mundo según Garp*, de John Irving. Yo quería que en cada página de mi libro pasaran muchas cosas, y él es un maestro en manejar esos ritmos narrativos, detener la acción, volver.

Vertex: *Lo que tiene de bueno Irving es que no juzga a los personajes. En Una mujer infiel cuenta una historia de gente increíble, de los hijos y ella; y no juzga, entonces uno construye sus propias opiniones a partir del relato.*

L. G.: Además recuerdo algo que me pareció super interesante sobre Perla y Elena, la hermana y la madre del último de los chicos muertos. Elena era una mujer sumamente dulce, una mujer de esas que impresiona por su sufrimiento. Hablaba de su hijo con un amor muy chiquitito, muy menudo, muy entrañable. Y cuando fui a ver a Perla, la hija, me contó una historia completamente distinta, y me mostró una suerte de contracara de su madre. Obviamente la verdad no estaba ni en un lado ni en el otro, estaría en un lugar intermedio. Pero para mí fue como una de las grandes sorpresas.

Vertex: *¿Mantiene contacto con algún personaje del libro?*

L. G.: Sí, con "Rulo", con Roberto Mansilla. De hecho, Rulo se vino a estudiar a Buenos Aires hace un año y medio. Tomó la decisión solo. Lo ayudé en un sentido

totalmente involuntario. Cuando llegué a Las Heras Rulo quería retomar contacto con Hernán Catáneo, que era el DJ con el que él se había comunicado en Buenos Aires, años atrás. Su ídolo, digamos. Me pidió el mail de Cattaneo. Rulo es una persona con una discreción muy extraña para Las Heras, alguien que te llama sólo si lo llamás, que le da pudor pedir. Le conseguí el mail de este Catáneo y se lo pasé. Volvieron a hacer contacto, y ese mismo año Rulo se vino a una fiesta electrónica acá, con mucho esfuerzo, veintisiete horas de micro. Catáneo lo fue a buscar a la estación; se portó super bien con él y quedaron en contacto. Y Rulo tomó la decisión de dejar la radio allá y venirse a estudiar. Está estudiando producción de música electrónica en Sónica, que es una escuela de Belgrano bastante prestigiosa, y esta metiéndose en el ambiente de a poco. Tengo contacto con Rulo más o menos asiduamente, para diversas cosas.

Pero, por lo general, cuando termino un trabajo, y a lo mejor es mi manera, se terminó. Quizás porque tengo claro cuál es mi rol.

Vertex: *Pero es tan fuerte la historia que relató, que seguramente se establece una conexión afectiva. Hay pasajes del libro en donde se trasluce.*

L. G.: Sí, pero yo creo que esa conexión afectiva la ponés a la hora de escribir y la dejás ahí. De hecho me parece que es un error hacer otra cosa. Como periodista no creo que esté bien ir a compadecerse de la gente, o contar esas cosas con miradas piadosas o con el fin de reclamar algún tipo de justicia. Si eso llega, está bien, pero mi lugar como periodista es contar una historia. Obviamente teniendo un montón de planteos éticos previos. No es que nada más voy, cuento la historia, y no me importa. No me da igual que le pase algo o no le pase nada a esta gente de Las Heras. Pero me cuesta mucho entender, por ejemplo, eso que hacen mucho los periodistas culturales o de rock, que van y beben y comen y terminan siendo amigos de los escritores o los músicos, y después los entrevistan.

Vertex: *En realidad es como con los pacientes...*

L. G.: Sí, me parece que tiene un poco de eso. Si uno se hace muy amigo después no puede trabajar. Se pueden tener distintos niveles de relación. Hay gente a la que he entrevistado tres o cuatro veces, y ya me siento más amiga que entrevistadora. No los veo ni todas las semanas, ni todos los meses, pero con esas personas nos damos cuenta que nos cuesta cada vez más hacer una nota, porque hay algo del orden de la seducción o de la curiosidad que ya no está cuando vas por séptima vez a ver a alguien.

La verdad es que he cultivado el lazo con Rulo porque me cabe y porque me parece que el hecho de que esté en Buenos Aires también influye: está cerca. De pronto me llama y me dice que se le rompió la computadora, y en vez de que le manden un técnico que lo mate con el precio le digo "llamá a Carlos" que es mi técnico; y ese tipo de cosas.

A Rulo le encantó el libro, le gustó muchísimo. Cree que está bien descrita la ciudad y todas las situaciones, se reconoce completamente en el libro. No me puso absolutamente ningún pero, es un tipo muy tierno. Yo siempre creí que la historia había que contarla. Si hubiera tenido la duda de que podía ser contraproducente... pero no, al contrario, me pareció que era un lugar del que había muchas cosas que no estaban dichas ■

El déficit de atención en la adolescencia desde una perspectiva integrativa

Andrea Fabiana Abadi

Médica psiquiatra infanto-juvenil. Servicio de Salud Mental Pediátrica, Hosp. Italiano de Buenos Aires (HIBA), Gascón 450, Ciudad de Buenos Aires. E-mail: abadiandrea@fibertel.com.ar

El déficit de atención con o sin hiperactividad (TDAH), es un cuadro que comienza en la infancia y que continúa a lo largo de la vida de quién lo padece.

Se estima que entre un 3/5%(8) de la población padece dicho cuadro, y en general se interpreta que su expresión empieza y termina dentro del ámbito escolar, pero si ahondamos en la problemática del niño y adolescente, encontraremos que su expresión toma absolutamente todas las áreas en las que el paciente se desempeña.

Hace más de 100 años que existen relatos compatibles con dicho cuadro. En 1930, ya se han descriptos cuadros clínicos en la infancia secundarios a encefalitis compatibles con las descripciones actuales del TDAH. Y en 1937 se había descrito el efecto benéfico de los Psicostimulantes en estas situaciones(8).

Varias han sido las denominaciones que recibió este cuadro, "disfunción cerebral mínima", "Síndrome hiperquinético de la infancia", etc., hasta que en la edición del DSM-IV (APA, 1994), lo denomina TDAH, ya sea en la infancia, la adolescencia o la edad adulta.

También una realidad que habitualmente sucede, es que se relaciona a la expresión de este cuadro sólo a nivel del rendimiento académico o la conducta en la escuela, pero veremos a lo largo de este artículo cómo los síntomas impactan a lo largo de toda la vida de un individuo y en las diferentes áreas de su vida.

Este desorden ha sido más estudiado en la infancia, sin embargo en la adolescencia sigue presentando un altísimo deterioro de la vida del joven sumado a la alta incidencia de cuadros comórbidos y la presencia de los rasgos característicos de la edad, hacen que este siga

siendo un cuadro de atención importante en la clínica de adolescentes.

El ADHD en el adolescente

Básicamente el cuadro se expresa de manera semejante en la niñez que en la adolescencia, pero es importante remarcar que la conducta de hiperactividad motora, tan característica en la infancia, suele decrecer en la entrada a la adolescencia, y es reemplazada por lo que llamamos hiperactividad cognitiva, que se expresa fácilmente a través del discurso del joven y su verbosidad, tan poco usual en esta edad, donde los jóvenes son más bien reservados y de pocas palabras. Por otro lado, el bajo autocontrol en la conducta y en la capacidad de organizarse, la dificultad para esforzarse, y el mal manejo del tiempo, adquieren una relevancia importante debido a que los padres depositan más responsabilidades en los jóvenes quienes no manejan estas habilidades como propias ya que durante años esto fue compensado, por las madres, principalmente, los docentes del colegio, y los maestros particulares.

La impulsividad persiste a lo largo de la vida adolescente, lo cual no siempre se pone de manifiesto en conductas disociales, sino que muchas veces se expresa en el ámbito familiar llevando al joven y a sus padres a vivir en situaciones de intenso disconfort en lo cotidiano, y en situaciones propias de la edad como el conducir, la sexualidad, la posibilidad de embarazos no planeados.

Otra complicación es que en la adolescencia aumenta la posibilidad de expresión de otras patologías altamente

Resumen

El presente trabajo se propone abarcar todas las áreas donde el trastorno por déficit de atención (TDAH) se expresa a lo largo de la vida de un adolescente y el impacto que esto tiene en su desarrollo, y en la familia. Muchas veces se trata de entender este cuadro tan solo por sus implicancias en el ámbito curricular, pero este síndrome impacta mucho más allá de la escolaridad de un joven, es por ello que se ampliará el abordaje a todas aquellas áreas donde se presenta un compromiso determinante.

Palabras clave: Trastorno por déficit de atención con hiperactividad – Adolescencia – Abordaje integrativo

AN INTEGRATIVE APPROACH OF ATTENTION DEFICIT IN ADOLESCENCE

Summary

The present work intends to embrace all the areas where the dysfunction for deficit of attention (Adhd) it is expressed along the life of a adolescent and the impact that this has in its development, and in the family. Many times it was to only understand this square for their impacts in the curricular environment, but this syndrome impacts a lot beyond the school of a youth, it is in and of itself that the boarding will be enlarged to all those areas where a decisive commitment is presented. .

Key words: Attention deficit – Adolescence – Integrative psychotherapeutic



comórbidas con el TDAH, como los trastornos de conducta, el abuso de sustancias y los trastornos del ánimo.

Con todo esto es evidente que la presentación clínica del TDAH en la adolescencia es más compleja y su manejo, dadas las necesidades de autonomía propias de la edad aparece como más dificultoso.

Durante muchos años se sostuvo que el ADHD desaparecía al entrar en la adolescencia; en la actualidad infinidad de estudios reconocen que 50/80% de los niños con diagnóstico de TDAH persistirán con criterios diagnósticos al transcurrir la adolescencia(1) (Cuadro 1).

que han funcionado como tutores externos durante la infancia y que han completado cuadernos, llamado a compañeros frente a tareas incompletas, sin dejar que se noten las dificultades, pero al ingreso al secundario definen que ya es hora de dejar que sus hijos tomen responsabilidades propias de la edad, y es allí donde el TDAH se hace evidente(11).

- **Compensación Interna:** niños con alto CI, que frente a las exigencias de la escolaridad primaria han podido responder adecuadamente, y que cuando la complejidad de la escuela secundaria con varios docentes que requie-

¿Puede diagnosticarse un adolescente como TDAH recién en esa etapa?

Si nos atenemos al DSMIV, los síntomas de TDAH deben estar presentes a partir de los 7 años de edad, y dicho cuadro debe persistir por más de 6 meses y no ser atribuible a otras causas, es por ello que por definición es difícil pensar que un adolescente debute con dicha sintomatología, sin haber tenido expresión previamente.

Pero hay algunas situaciones que pueden generar falta de diagnóstico en la infancia, incluso habiendo expresión clínica; por ejemplo:

- **Compensación externa:** Madres

Cuadro 1 Estudios que demuestran persistencia del TDAH a lo largo de la vida		
Estudio	Edad de inicio y seguimiento	Hallazgos en el seguimiento
Weiss y col, 1985	5-12 años, 5-10 años 15 años y seguimiento	66% por lo menos persiste un grupo de síntomas en adultez
Gittelman y col, 1985	16-23 años seguimiento	31% TDAH completo en adolescencia
Barkley y col, 1990	6 años y seguimiento a los 14	44-62% con TDAH
Swanson y col, 2001	14 meses de seguimiento en el estudio MTA	Sólo 34% se habían normalizado

Cuadro 2
TDAH y Comorbilidades

	CON TDAH
Abuso de sustancias	64%
Trastornos de aprendizaje	20%-25%
Trastorno depresivo	20%-30%
Trastorno Bipolar	10%-20%
Trastorno de Ansiedad	25%
TOC	6%-33%
SME de Tourettes	25%-85%

ren varias tareas a la vez, colapsan por la falta de capacidad organizativa que esta etapa requiere(11).

- Personalidades compensatorias: niños seductores que han podido a través de sus habilidades conseguir que el contexto se vuelva benévolo frente a sus dificultades(11).

De esto se deduce que no es que no hubiera criterios para diagnosticar el TDAH en la infancia, sino que hubo situaciones que hicieron que éste pasara desapercibido.

Comorbilidad en la adolescencia

La comorbilidad en el TDAH es casi la regla más que la excepción.

Desde la infancia se plantea que es difícil encontrar el cuadro clínico limpio de otras comorbilidades, pero es en la adolescencia donde debido a las características previamente explicadas, aumenta la variedad de cuadros comórbidos (Cuadro 2).

De una población con diagnóstico de TDAH, casi el 87% presentan otro cuadro comórbido, y un 67% hasta dos cuadros más(1).

El cuadro comórbido más común, ya desde la infancia, es el cuadro de *trastorno opositor desafiante* (TDO), el cuál continúa su alta aparición en la adolescencia. Al llegar a esta edad, si dicho cuadro no ha logrado controlarse existen altas probabilidades de que evolucione a un *trastorno de conducta* (CD), el cuál se reconoce que es el peldaño previo a la conducta disocial.

Es más, la presencia de trastorno de conducta disruptiva en un niño con TDAH, es un predictor de conducta antisocial en la adolescencia.

La presencia de CD en un paciente con TDAH, aumenta notablemente la probabilidad del abuso de sustancias en la adolescencia.

Por otro lado es ya en un hecho que los pacientes con *abuso de sustancias* muchas veces inician su consumo como forma de "automedicarse" el THDA (Khant-zian, 1997)(9).

La presencia de TDAH se asocia con un inicio más temprano de trastornos relacionados con abuso de sustancias (alcohol y drogas), y es el tabaquismo la puerta de entrada para el uso de otras sustancias adictivas, (Kandel y Faust, 1965).

La presencia de TDAH determina que se pase más rápido de un consumo leve de alcohol o drogas a un cuadro de dependencia (1,2 años en población TDAH con-

tra 3 años en población control, (Wilens y cols, 1998); por otro lado los menores con TDAH y Trastorno Bipolar o trastorno de conducta disruptiva, tiene mayor riesgo de desarrollar abuso de sustancias a menor edad que la población general (antes de los 16 años de edad)(12).

Si bien la comorbilidad con los *trastornos de ansiedad* es alta en población TDAH, aproximadamente un 25%, según estudios longitudinales de población TDAH, vs. controles, la presencia de esta patología no representa un factor de riesgo mayor(1).

Uno de los cuadros de ansiedad que no debemos dejar de evaluar en pacientes jóvenes con TDAH es el *Trastorno Obsesivo Compulsivo* (TOC), que en muchas ocasiones no surge espontáneamente en la consulta por ser un cuadro crónico el cuál el joven y la familia van tomando cómo característica de la personalidad del paciente, y presenta una comorbilidad con el TDAH que va desde el 6% (Toro y col 1992) hasta un 32/33% (Géller y Col, 1995)(12).

Otras veces la presencia de conductas obsesivas compensa en cierto modo las características dispersas del joven con TDAH, y el exceso de control que presentan los pacientes con TOC hacen pasar desapercibidas las expresiones de impulsividad del TDAH.

Es muy importante no dejar de evaluar la presencia de *Tics simples* en adolescentes con TDAH y fundamentalmente buscar la existencia de *Síndrome de Gilles de la Tourette*; en general los estudios concluyen que entre un 25-85% de pacientes con Tourette presentan TDAH comórbido, y esta discrepancia tan amplia se debe a que a medida que es más severo el cuadro de tics aumenta la Prevalencia de TDAH, los casos leves presentan un 47%, los moderados un 58% y los graves hasta un 83%(Comings y Comings, 1984/1988)(12).

Este dato tiene un implicancia fundamental en el momento de plantear la estrategia terapéutica, ya que existen algunos mitos en relación al uso de estimulantes y tics, que luego se desarrollaran.

Los adolescentes con TDAH y *trastornos depresivos o distimia*, representan un factor de riesgo para el desarrollo de un trastorno de conducta; es por esto que es tan importante poder detectar y tratar la comorbilidad con estos cuadros del estado del ánimo; la prevalencia de ambos cuadros oscila entre un 20-30% en la adolescencia(1).

En relación al *trastorno bipolar*, sabemos actualmente que ya desde la infancia hay indicadores de este cuadro, lo cuál a veces es de difícil diagnóstico ya que la sintomatología es muy semejante al TDAH, pero en la etapa adolescente ambos cuadros se van diferenciando con mayor claridad y ya es más fácil diferenciarlo. El problema aparece en relación a la posibilidad de comorbilidad; según estudios poblacionales, entre un 10-20% de los pacientes con TDAH presentan, también, un trastorno bipolar. Pero a la inversa, se ha encontrado que adolescentes con TDAH, presentan una alta comorbilidad con TDAH (98% según Wozniak y col, 1995)(13).

Mucho se ha dicho en los últimos años en relación a que se han diagnosticado como TDAH jóvenes que en realidad eran Bipolares; es por eso que creo útil esbozar algunos tips para distinguir ambos cuadros (Birmaher, B. 2004)(5).

Deberíamos sospechar de Bipolaridad:

- Si los síntomas de TDAH aparecen tardíamente en la infancia (mayores de 10 años)
- Si el "TDAH" aparece abruptamente en un niño sin sintomatología previa

- Si los síntomas de TDAH venían respondiendo a los estimulantes y dejaron de responder
- Si los síntomas "TDAH" oscilan y tienden a asociarse a síntomas anímicos
- Si un joven con "TDAH", presenta períodos de grandiosidad, depresión, ausencia de necesidad de dormir (sin cansancio al día siguiente), o conductas sexuales inapropiadas.
- Si un joven con "TDAH" presenta alucinaciones o delirios
- Si un joven con "TDAH", presenta historia familiar de bipolaridad, particularmente en un joven que no responde a los tratamientos.

De manera inversa un joven con sintomatología TDAH puede tener baja autoestima, síntomas de desmoralización, secundariamente su baja performance académica y social, e incluso podría complicarse con episodios de depresión mayor, y a veces esto es diagnosticado erróneamente como un cuadro Bipolar.

Lo cual nos lleva a repetir que los diagnósticos en la adolescencia deben ser exhaustivamente interrogados tanto con los padres como con el paciente dentro del marco de una seria evaluación psiquiátrica.

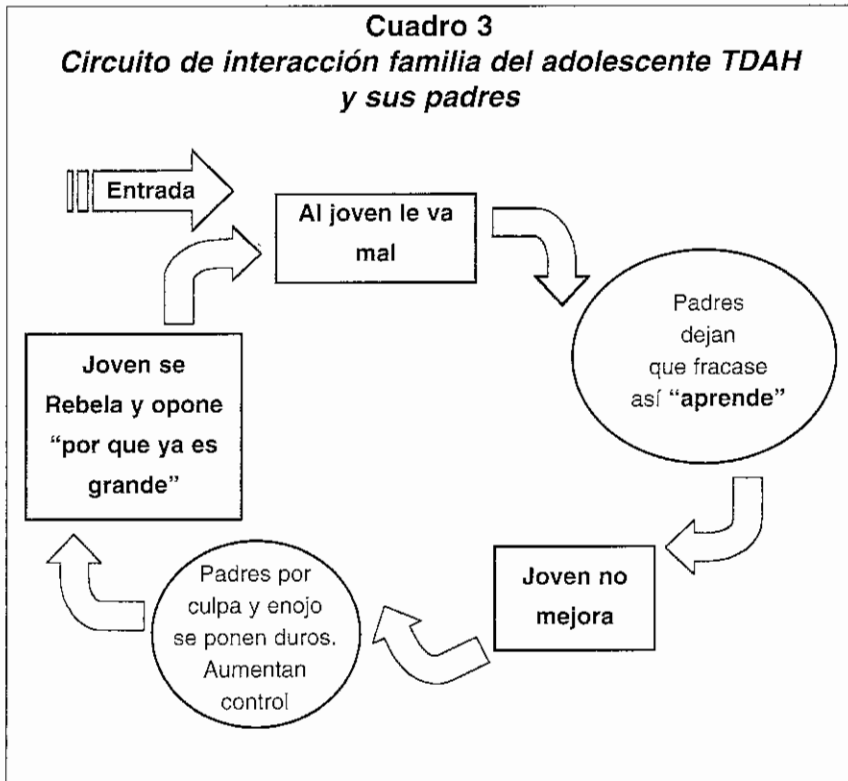
Por último uno de los cuadros de mayor importancia en el TDAH son los *trastornos de aprendizaje*, ya que si no se diagnostican, por mejor que sea la estrategia terapéutica que se instaure, el cuadro escolar del adolescente no cambiará de manera sustancial.

De la población TDAH entre 20-25% presentan trastornos de aprendizaje asociados, lo cual hace imperiosa la evaluación del área de aprendizaje si no se ha hecho en un inicio, cuando un paciente adecuadamente tratado mejora la conducta, pero si bien la actitud frente al estudio se ha modificado los resultados no han cambiado sustancialmente.

Consecuencias del TDAH en la vida del joven

Es difícil suponer que un cuadro con tanto impacto, tan sólo genere dificultades de rendimiento o conducta molesta; la realidad es que cada una de las funciones que está alterada en el TDAH, tiene altas implicancias en la vida de cualquier persona (Cuadro 3).

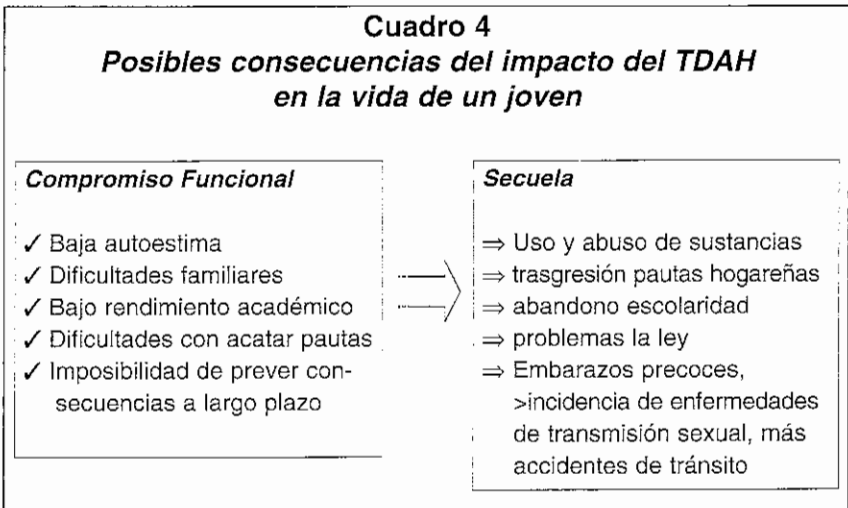
En primer lugar una de las consecuencias más difíciles de resolver, son el cansancio y hastío que presenta la familia, cuando al llegar a la adolescencia siguen lidiando con una problemática que durante años les llevó esfuerzo, dinero y tiempo sin ningún cambio sustancial ni sostenido en el tiempo. Los padres acuden devastados por la sensación de



impotencia y de fracaso en su rol, y la necesidad de entender por qué es tan tedioso lidiar con sus hijos. En general luego de haber transitado la primaria las madres se agotan y lo único que desean es que el problema desaparezca mágicamente de su cotidianeidad, no quieren ya ir al colegio a escuchar que sus hijos son inteligentes pero vagos y rehuyen a quienes intentan explicar la problemática como el resultado de una mala puesta de límites familiar.

Los padres a esta altura determinan que sus hijos ya son responsables de su futuro y se alejan del control por momentos, lo cuál los llena de culpa y responden con hipercontrol lo que lleva a situaciones de violencia y escalada descontrolada.

Esto sumado a la baja autoestima del niño que llega a la adolescencia "coleccionando fracasos académicos, cambios de colegio" por que no llega al nivel o por trastornos de conducta, son el sustrato ideal (en combinación con la susceptibilidad genética de esta población), para el abuso de sustancias o por lo menos el uso de ma-



Cuadro 5
Medicaciones disponibles en la República Argentina

MEDICACION	DOSIS DIARIA	COMENTARIOS
Metilfenidato acción inmediata Methylin, Ritalina, Rubifen	10-60mg/día	Múltiples dosis
Metilfenidato de acción prolongada Concerta, Methylin ER Ritalina LA Rubifen SR	18-72mg/día 18-72mg/día 20-40mg/día 20-40mg/día	Efecto 12 hs Efecto 10 hs Efecto 8 hs
Atomoxetina Strattera, Recit	1-1.8mg/kg/día	Debe darse todo el año Epigastralgia transitoria al inicio.
Bupropion Odranal	3-6mg/kg/día	En la Argentina viene en dosis por comprimido muy elevadas y no se pueden partir. Muy activante. EEG al inicio

rihuana, tabaco y alcohol. Es interesante poner de relevancia que la puerta de entrada a las adicciones es el alcohol, sustancia por demás habitual en los jóvenes de nuestra sociedad actual.

El alcohol desinhibe los frenos, de por sí débiles de la corteza prefrontal de los jóvenes con TDAH, quien es poco proclive a medir riesgos (por el fallo Prefrontal) y consecuencias de sus actos, y es de esta forma que toman el auto de sus padres y salen "de boliche en boliche" varios jóvenes en un mismo vehículo. Esto aparece en algunas investigaciones, que sostienen que la población con TDAH (AACAP Meeting, 2004 Washington DC):

- Tiene 2-4 veces más choques de automóviles(2), 4 veces más posibilidades de cometer una violación a las leyes de conducir(2), 6-8 veces más posibilidades que les suspendan el registro de conducir(2, 3), 3 veces más posibilidades de tener accidentes(2).

Por lo tanto está bien documentado que el diagnóstico adecuado y el tratamiento pertinente son una de las herramientas más eficaces para prevenir el importante impacto que puede tener el TDAH en la vida de un joven y su familia (Ver cuadro 4).

Tratamiento del adolescente TDAH

Hay mucho escrito sobre abordaje del niño y adolescente TDAH, y sobre la efectividad de distintos abordajes en este cuadro.

Este artículo aborda la problemática del adolescente TDAH sin incursionar en las comorbilidades.

Lo más importante de esto es tener en cuenta que los abordajes en el TDAH deben ser *Multimodales*, o sea que se trabajará en terapia individual, orientación a padres, orientación escolar y abordaje farmacológico si estuviera indicado. Esto implica que ningún abordaje debe dejar afuera al joven adolescente, a los padres, al colegio, a los diferentes profesionales involucrados (psicopedagogos, pediatras, etc.).

Cada uno de estos marcos psicoterapéuticos debe tener un objetivo el cuál debe explicitarse al inicio con el joven y sus padres.

1. *Con el joven:* deberá buscarse con él qué áreas le traen conflictos y se buscarán estrategias de resolución de problemas en forma conjunta, empatizando con el chico, y explicitando desde un inicio que sabemos todo lo que éstas dificultades le han hecho perder y cuánto sufrimiento le traen. Una alianza honesta con el paciente hace que los jóvenes se sientan comprendidos y no acusados como se sienten en todos los ámbitos de su vida.

Si las dificultades son de organización se trabajarán pautas de organización del estudio, ámbito donde el joven estudia, momento del día, etc.

Si la dificultad es en relación a la imposibilidad de control impulsivo, se trabajará en estrategias de control, cognitivo conductuales, las cuáles se le explica al joven, son necesarias para su desempeño social y familiar.

Si el paciente se queja de dificultades en el manejo de sus vínculos sociales, los programas de entrenamiento en habilidades sociales han dado excelentes resultados en esta área.

Muchas veces es necesario sumar profesionales del área de aprendizaje para reestructurar o trabajar específicamente sobre este tema.

2. *Con los padres:* es fundamental romper el circuito de interacción negativa que los aleja de sus hijos, se debe trabajar en pautas de Psicoeducación y orientación, con el objeto de normalizar ciertas conductas y destruir la idea de que el objetivo del adolescente es molestar a los padres, y por el otro lado desculpabilizar a los padres para que éstos puedan ser más operativos en su rol. Las estrategias diseñadas por R. Barkley resultan de gran ayuda para trabajar con los padres(4).

3. *Con la escuela:* es fundamental que el colegio esté al tanto de cuáles son las características de su alumno y las estrategias que podrían instaurarse para mejorar el rendimiento; el problema en nuestro país es que aún muchos docentes cuestionan la existencia de este diag-

nóstico y desmerecen todas las estrategias que podrían beneficiar al estudiante (pruebas en partes, evaluaciones orales, acompañamiento personalizado, etc.)(10).

4. *Abordaje Psicofarmacológico*: existen distintas clases de fármacos para tratar niños y adolescentes con TDAH, (estimulantes, inhibidores noradrenérgicos, antidepresivos tricíclicos y antihipertensivos) todos han sido ampliamente investigados en la infancia, existiendo menores estudios en población adolescente. Todos estos fármacos han sido superiores al placebo en reducir la sintomatología del TDAH en estudios controlados y randomizados(1).

4.1 *Medicaciones estimulantes (agonista dopaminérgico)*, (aprobados por FDA). En 1937 Bradley descubrió por primera vez el efecto de los estimulantes sobre la conducta de los niños, a partir de allí existe vasta investigación que avala su uso en niños a partir de los 5/6 años de edad.

En nuestro país existe el metilfenidato, droga que es sumamente efectiva para control de la dispersión, impulsividad, agresividad, hiperactividad, mejora la organización de tareas y los vínculos con pares. Existen diferentes presentaciones según el tiempo de liberación.

El metilfenidato se absorbe rápidamente luego de la administración oral y comienza a hacer efecto entre los 30/45 minutos post ingesta.

Su acción está relacionado con el aumento de dopamina en el espacio intersináptico.

Los efectos adversos más comunes son: disminución del apetito mientras dura la acción, lo cual al inicio del tratamiento puede dar disminución del peso pero luego del primer año de tratamiento se recupera la velocidad de aumento, por lo que se aconseja seguir al niño a través de curvas de crecimiento. Cefalea y epigastralgia, que desaparece luego de los primeros días de tratamiento. Tics, los estimulantes producen tics en el 1-2% de pacientes con TDAH(7); aquellos individuos que ya los tenían pueden exacerbarlos y, si aparecen por primera vez, si bien el metilfenidato no es una contraindicación debe reducirse la dosis o discontinuarla(1).

4.2 *Inhibidores de recaptación noradrenérgicos*: de este grupo aquellos que aparecen como opción al tratamiento del TDAH son la atomoxetina y el bupropión. En nuestro medio el bupropión es comercializado en dosis muy altas por comprimido, y al ser éstos de liberación

controlada no se pueden partir para disminuir la dosis de inicio, lo cual es una molestia a la hora de prescribirlo, ya que las altas dosis de inicio pueden resultar muy activantes para un adolescente.

La atomoxetina, en cambio, entró al mercado en 2003, viene en dosis ajustables al peso y al inicio del tratamiento y resulta un fármaco eficaz para los adolescentes, y fundamentalmente en aquéllos donde hay comorbilidad de trastornos de ansiedad, uso de sustancias, depresiones leves y cuadros de tics.

La atomoxetina actúa sobre la recaptación de noradrenalina. La dosis se ajusta según peso, la tolerabilidad, según estudios clínicos es buena, inicialmente debe darse por las noches por el efecto sedativo que tiene la molécula, pero luego puede pasarse a administrar por la mañana. Al inicio puede haber epigastralgia, la cual desaparece a los pocos días.

4.3 *Otros*. Los antidepresivos tricíclicos se han utilizado por mucho tiempo en el tratamiento del TDAH; debido a su cardiotoxicidad, han caído prácticamente en desuso en la infancia.

En relación a los antihipertensivos (clonidina y guanfacina), han sido retirados del mercado; si bien eran una opción económica y efectiva para el TDAH especialmente comórbido con trastornos de conducta, los riesgos de hipotensión o hipertensión rebote por suspensión abrupta eran un tema de cuidado en su administración.

Conclusiones

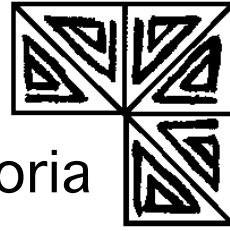
El TDAH es un cuadro crónico que impacta mucho más que en el área académica, por lo tanto el abordaje debe ser integral y convocar a padres y docentes a cargo de jóvenes; en esta etapa de la vida es imprescindible comenzar a educar al joven en cuáles son sus fortalezas y debilidades, con el objeto de que desarrolle herramientas de control para sus dificultades.

En función de esta visión, es casi la regla imponer, cuando éste se haya instaurado, el abordaje farmacológico los 365 días del año, ya que las implicancias conductuales y sociales del cuadro son tal vez más severas que las académicas en sí mismas ■

Referencias bibliográficas

1. Barkley, R, Phd. Adolescent with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: An Overview of Empirically. Based Treatments. *Journal of Psychiatric Practice* Vol.10, N° 1. January 2004.
2. Barkley R. *Pediatrics*, 1996:1089, 1095.
3. Barkley R. *Pediatrics* 1993; 92,212-218.
4. Barkley R. *Niños hiperactivos. Cómo comprender y atender sus necesidades especiales*, ED. Paidós, 1999
5. Birmaher B. *New Hope for Children and Teens with Bipolar Disorder*. Three Rivers Press. New Cork, 2004.
6. Cox, *Journal Nerv Mental Disorders* 2000; 188, 230-234.
7. Greenhill L, Osmon B. eds. *Ritalin*. New Cork: Mary Ann Liebert, 1999.
8. Iliyan I, MD Newcorn J. MD. *Attention-deficit /Hyperactivity Disorders. Child and Adolescent Psychiatry*. Blackwells Publishing, USA, 2005.
9. Khantzian EJ. The self-medication hypothesis of substance use disorders: a reconsideration and recent applications. *Harvard Rev Psychiatry* 1997.
10. Rief, S. *Cómo tratar y enseñar al niño con problemas de atención e hiperactividad*. ED. Paidós 1999.
11. Steinhoff K, *Symposium* 35. Aacap 2004 Washington DC.
12. Thomas E. Brown. *Trastornos por déficit de atención y comorbilidades en niños y adolescentes*. Masson, España. 2003.
13. Wozniak J, Biederman J, Kiely K et al. Mania-like symptoms suggestive of childhood-onset bipolar disorder in clinically referred children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1995; 34: 867-876.

el rescate y la memoria



La angustia* La ambición**

Por Aníbal Ponce



Aníbal Norberto Ponce (1898-1938), psicólogo –cuando esa disciplina daba sus primeros pasos en la Argentina– brilló como profesor, ensayista y colaborador de numerosas publicaciones periodísticas. De resultas de esa producción es considerado como uno de los mejores prosistas de la lengua castellana. Pero, profundamente comprometido con la época en que vivió, Ponce, fue, fundamentalmente, un marxista militante, pensador de la historia contemporánea, y en especial de la argentina y la americana. *Ambición y angustia de los adolescentes*, que aparece como libro en 1936, es la reproducción, casi literal, del curso que dictó en el Colegio Li-

bre de Estudios Superiores de Buenos Aires en 1932. Según el mismo Ponce “*Ambición y angustia...*” continúa el estudio sobre psicología de las edades que había iniciado en 1930 con su libro “*Problemas de psicología infantil*”. Murió a fines de la década del 30, cuando aún no tenía 40 años. ■

* Capítulo IV de *Problemas de psicología infantil. Ambición y angustia de los adolescentes*. Aníbal Ponce, diciembre 1930, págs. 228-246

** Capítulo V de *Problemas de psicología infantil. Ambición y angustia de los adolescentes*. Aníbal Ponce, diciembre 1930, págs. 247-259.

Nota del Editor. En los textos de esta sección ha sido respetada la ortografía original.

La angustia

Al estudiar por vez primera la conciencia del propio cuerpo tal como asoma en el espíritu adolescente, dijimos que aquélla podía originar dos formas esenciales de reacción que a menudo coexistían o alternaban: una simpatía por la persona física o un turbador sentimiento de extrañeza.

Encontramos ahí, una vez más, los dos extremos de lo que ha dado en llamarse la concepción “unidimensional del sentimiento”. Si pudiéramos representar por una línea horizontal la totalidad de nuestra cenestesia, tendríamos, a partir de un justo medio que marcaría el punto cero, la posibilidad de dos direcciones divergentes: para un lado el camino que conduce a la alegría; para el otro, el que va a la tristeza. Si apoyada sobre ese punto cero imaginamos una aguja, su inmovilidad absoluta indicaría también la completa salud; tan cabal en su equilibrio perfecto que ninguna excitación del propio cuerpo llegaría en tal caso a la conciencia. Se ha dicho alguna vez, y con razón, que la salud total es el sentimiento de la ausencia de los órganos. Pero dijimos ya que ese estado de equilibrio perfecto era una concepción ideal. La aguja no se mantiene nunca inmóvil; como un sismógrafo sensibilísimo, ella registra las más insignificantes alteraciones de nuestro cuerpo, y unas veces hacia el agrado, otras hacia el desagrado, se inclina siempre en un perpetuo temblor.

Ese carácter oscilante de la cenestesia, que en el lenguaje familiar se traduce por la llamada inestabilidad del humor, ha encontrado su expresión exacta en un término científico que está en vísperas de incorporarse al lenguaje de todos. Me refiero a lo que los alemanes han llamado *ciclotimia*; designación feliz porque no sólo indica el carácter digamos “circular” del agrado y del desagrado, sino además su parentesco profundo. Agrado y desagrado no son, en efecto, manifestaciones opuestas de dos tendencias que se excluyen, sino formas de nuestra cenestesia tan íntimamente solidarias que nos sería difícil señalar a veces donde concluye la una y donde comienza la otra¹. Para encontrar un ejemplo que haga saltar a los ojos semejante parentesco, podemos recurrir a la observación corriente que afirma no existir ni penas ni alegrías completas: en todo placer hay el temor de perderlo, y en todo dolor, la esperanza de concluir.

Agrado y desagrado no dejan de tener, por eso, una fisonomía personal que los distingue, en cuanto implica aquél reacciones de aceptación, y éste, de fuga o de rechazo. La psicología tradicional no admitía en la base de nuestros sentimientos sino esos dos polos opuestos. Contra ella quiso levantarse Wundt, y a la única dimensión del agrado-desagrado, pretendió añadir otras dos más: la excitación-depresión y la tensión-relajamiento.

La doctrina del maestro de Leipzig, conocida con el nombre de “teoría tridimensional” del sentimiento, apoyada laboriosamente por sus alumnos, no ha resistido, sin embargo, ni al contralor del laboratorio ni a las simples objeciones del análisis². Pero si la tentativa de Wundt para ensanchar las dimensiones de nuestros “afectos”, no tuvo el éxito que su escuela auguraba, no es menos cierto que permitió retomar el problema con una más amplia libertad de espíritu. De tal revisión ha resultado un hecho interesante y que me parece definitivamente adquirido: agrado y desagrado no agotan las formas más elementales de nuestra vida afectiva; hay, además, y junto a ellas, otra inconfundible y típica: llamémosle expectativa. Aunque la expectativa es a menudo agradable o desagradable, según que esperemos una buena o mala noticia, no siempre ocurre de tal modo: si no esperamos el llamado de nadie, ni estamos predispuestos, por lo tanto, para el agrado o el desagrado, el timbre del teléfono, por ejemplo, nos interesa por sí mismo. La *expectativa no traduce otra cosa que ese despertar del interés*. Agrado, desagrado y expectativa serían hoy por hoy las actividades afectivas más elementales con las cuales podemos reaccionar a un excitante de afuera o a un estímulo de nuestro propio organismo.

*

Comprendo que esta introducción es horriblemente didáctica. Pero me expongo deliberadamente a todos sus riesgos con tal que podamos abordar con suficiente claridad, un problema a menudo enmarañado. Que el adolescente tenga un carácter tornadizo, propenso lo mismo a la alegría que a la pena, capaz de pasar rápidamente de la confianza más completa al pesimismo más negro, lo comprendemos fácilmente con las simples indicaciones del esquema unidimensional. Está en la naturaleza misma de la cenestesia esos cambios alternativos, ciclotímicos, cuya exageración muestra el adolescente como consecuencia de la actividad de nuevas glándulas que influyen sobre el ritmo de las otras vísceras. Señalamos en otra oportunidad la importancia excepcional de la secreción del *tiroides*, tan capaz de exaltar por su sola influencia la actividad total del aparato nervioso, que Ostwald la ha comprado a un órgano multiplicador de los estímulos³. El adolescente se halla predispuesto a tristezas y alegrías inmotivadas por una verdadera fatalidad de su propio organismo. Cualquiera que sean los motivos imaginarios o reales que él mismo le atribuye, no es menos cierto que la clave verdadera del problema está en la intimidad de su cenestesia profundamente removida.

Pero si comprendemos así sus agrados y desagradados más elementales, hay una parte del problema que la *ciclotimia* no explica. Más que por tristezas o alegrías igualmente superficiales, la afectividad del adolescente

se traduce, en mi opinión, por dos fenómenos desmesurados: la angustia de un lado, la ambición del otro. Dejo para el capítulo siguiente el análisis de la ambición, y me detengo ahora en el de la angustia.

Si no tuviéramos en cuenta más que los datos de la llamada teoría unidimensional del sentimiento, una respuesta se nos presentaría en seguida: la angustia es la forma más violenta del desagrado. Entre las dos, como una etapa intermedia, aparecería el dolor. Del desagrado al dolor sólo hay diferencias en la intensidad de las respuestas; del dolor a la angustia, sólo habría, también, diferencias de igual orden. La amargura de la quinina es desagradable, una quemadura es dolorosa, el temor de una desgracia es angustioso. La angustia se presentaría de tal modo como la más alta expresión del dolor moral⁴.

En líneas generales esa es la manera como la definen los psiquiatras y los psicólogos. Pero me parece que hay aquí varias nociones confusas. Yo no creo que la tristeza en sí, por más violenta que sea, pueda engendrar la angustia. Cuando la tristeza se intensifica hasta provocar una enfermedad mental, constituye lo que se llama "la depresión melancólica simple"; el individuo se siente agotado, vencido, pero de ninguna manera angustiado. Sin explicárselo muy bien, o atribuyéndolo a alguna enfermedad, reconoce como carácter fundamental de lo que sufre: el sentimiento de la propia insignificancia. Para que esa melancolía simple se transforme en una melancolía con angustia es necesario que agregue a su agotamiento la *incertidumbre sobre su destino*⁵: ¿lo arrojarán a la calle por lo mismo que no sirve para nada?; ¿lo someterán a tortura por sus pecados?; ¿lo llevarán a la cárcel por sus delitos?; ¿heredarán los hijos sus propios tormentos? Lo fundamental en ese caso –"melancolía perpleja" de Lasègue– no es ya el sufrimiento por el propio vacío, sino la hesitación sobre el futuro que le aguarda. *La angustia es, en mi concepto, la expectativa en la duda.*

*

Las simples oscilaciones del humor –el flujo y reflujo de la cenestesia– no bastan, pues, para explicar la angustia. Si el adolescente la conoce muchas veces, no es porque el equilibrio de su organismo sufre cambios incessantes, *sino porque se adelanta al futuro dudando de sí mismo*. Para comprender la angustia de los adolescentes, en lo que tiene de esencial, fuerza nos es acercarnos un momento al problema de la expectativa y de la duda. La *expectativa*, o si ustedes quieren la expectativa, ha sido confundida muchas veces con la atención. El error se explica en parte por el hecho de que la atención sigue a menudo a la expectativa. Si se nos anuncia la llegada de una visita, nuestra actitud es de expectativa hasta el momento en que llega; desde ese momento empieza a ser de atención. Aunque separar esas dos actitudes pueda

parecer demasiado sutil, no es así, sin embargo. La expectativa implica algo que en la atención no existe: la inclusión del futuro. En la expectativa nos preparamos para lo que va a venir; en la atención, para lo que ha venido. *Lo típico del individuo expectante es disponerse a realizar un acto en cuanto aparezca una señal*. Mientras esa señal no asoma el individuo debe permanecer alerta, tenso, elástico, despreocupado de todo lo que no facilita la ejecución del acto inminente. Sabido es que esa actitud, cuanto más se prolonga, es tanto más difícil y penosa. Pequeños movimientos inútiles empiezan muy pronto a traducir nuestra impaciencia. La impaciencia indica que la expectativa comienza a realizarse mal, y que en vez de guardar las energías para la acción que va a venir, las estamos gastando estérilmente. Si la impaciencia se acrecienta, otro fenómeno, la *cólera*, le sucede de inmediato: reaccionamos siempre con la *cólera* a las acciones que se realizan mal.

Por lo mismo que la expectativa implica la aparición de una señal, el individuo se siente esclavo de esa señal que aun no ha venido. Cuando uno de nosotros se ha citado en tal parte con un amigo para ir juntos a tal otra, y el amigo naturalmente llega media hora más tarde de lo convenido, el que espera ha pasado por todos los matices de la impaciencia, de la irritación y de la *cólera*; no sólo porque la señal tarda en llegar y nos obliga a mantenernos en un alerta fatigoso, sino, además, porque durante esa larga media hora no podemos disponer para nada de nuestra propia voluntad; somos esclavos de la señal que no llega, y como esclavos, también, debemos esperar hasta que asome.

Imaginen, ahora, que en vez de un simple encuentro sin importancia, sospechamos que el amigo nos ha de hablar de algún asunto desagradable, o sobre el cual no sabremos dar explicaciones muy claras. Ese sentimiento de *insuficiencia, de encontrarnos desarmados, de no poder resolver con éxito una situación molesta*, va a dar ahora a la expectativa el verdadero carácter de la angustia; y por poco emotivo que el sujeto sea, las manos van a empezar a transpirar, el corazón a golpear dentro del pecho, y algo así como un nudo corredizo, a oprimir un poco la garganta⁶.

Casi día a día, la vida hace pasar al adolescente por un trance parecido. Para todo tiene, en realidad, que esperar; esperar para la profesión, esperar para las ideas, esperar para el amor. Vimos en el capítulo anterior cómo el adolescente se aprestaba en el huerto cerrado de su vida interior, y cómo trataba de encontrar allí las soluciones adecuadas al instante supremo en que la señal va a aparecer. Nos acercamos hoy a la obstinada reserva de esa vida interior, para tratar de comprender en algo por qué su expectativa se acompaña de secreta angustia.

Si fuera posible resumir en una sola palabra la totalidad de los fenómenos que ocurren al comienzo de la adolescencia, ninguna me parecería más precisa que la

incoordinación. El niño de doce años, bien instalado en la vida, tiene, ya lo dijimos, una personalidad perfectamente coordinada. Coordinar quiere decir jerarquizar, clasificar, ordenar de acuerdo a un plan. Si ustedes recuerdan lo que ocurre en el niño de pocos días en el cual la anarquía de las reacciones es tan completa que hasta puede realizar la hazaña de mirar con un ojo a la derecha y con el otro a la izquierda, les asombrará comprobar cómo aquel desorden del comienzo ha ido cediendo el paso a una coordinación tan firme que la unidad de su conducta ha quedado a los once años totalmente asegurada. Esa tranquilidad no dura, sin embargo, mucho tiempo. *La nueva cenestesia, con la cual se inicia la adolescencia, engendra, a su vez, una nueva anarquía.*

La puericia le había dado al adolescente un concepto del mundo y una regla de conducta; es decir, un manojo de creencias y de prácticas. Ni esas creencias ni esas prácticas responden ahora a la nueva situación⁷. Mientras no se formen y organicen las que habrán de reemplazarlas –y no es cuestión de pocos días–, el adolescente debe improvisar sus respuestas a los problemas que le asaltan. La vida se nos presenta serena y sin amenazas cuando tenemos para todo respuestas seguras que se han vuelto automáticas. Pero si un mal día descubrimos que esos automatismos van resultando insuficientes, sentiremos al mismo tiempo, y con angustia, que la personalidad se desmorona.

Las *obsesiones* –y su expresión motriz, los *tics*– tan comunes en los adolescentes, encuentran un terreno fértilísimo en esa anarquía que precede a la personalidad otra vez jerarquizada del adulto. Vurpas, en un estudio excelente sobre el estado mental de los obsesionados, afirma que la obsesión es una reacción de la inteligencia a los defectos del automatismo⁸. ¿Cómo no habríamos de comprobarla en este momento de la vida en que hacen crisis los automatismos de la infancia? Una obsesión entre todas, la obsesión del rubor, o *ereutofobia*⁹, revela elocuentemente el sentimiento de inferioridad o de menor valía. Es bien sabido que el rubor de la cara acompaña con frecuencia los estados emotivos de confusión y de vergüenza. Frecuente en los niños, no alcanza, sin embargo, a



Diversas publicaciones culturales que, en distintas épocas han consagrado números en homenaje y recordación de Anibal Ponce.
"Obras Completas" Anibal Ponce

preocuparles. Pero al llegar a la adolescencia, empiezan a sufrirlo como una reacción ridícula y molesta. Tolerado en las mujeres, y hasta mirado a veces con simpatía, el rubor no deja de ser en ambos sexos un signo de debilidad, timidez o incapacidad. Por el solo hecho de aparecer cada vez que el individuo debe ponerse en evidencia, ya está indicando hasta dónde su personalidad es insegura. *La expectativa del adolescente es angustiosa porque no tiene automatismos adecuados a las nuevas situaciones que lo solicitan.* Muchas respuestas contradictorias o irreconciliables se le ocurren por igual, y como siente obscuramente el profundo desorden de su mentalidad y de su cuerpo, se agita y se consume en la impaciencia.

No es el suyo el miedo de la infancia, construido casi siempre sobre el temor a las fuerzas misteriosas que se esconden tras las cosas: miedo de los corredores oscuros,

de las galerías silenciosas, de los sótanos cerrados; miedo a la noche hostil, con sus acechanzas múltiples: cujidos de muebles que se desperezan, ruidos de pasos sobre las alfombras, girar de picaportes bajo una mano invisible. Es una angustia más sutil y más fría, elaborada sobre presentimientos mucho más que sobre realidades; angustia sorda que parece venir desde los subsuelos del alma, y que da a los pensamientos y a los actos un aspecto penoso de reacción contrahecha, insegura, tambaleante.

*

En el centro de esa angustia, ardiente como una llaga, la turbación y el asombro del sexo. El comienzo de la función reproductora lleva adscripta a sus flancos una buena cantidad de enigmas. Se la considera, además, como expuesta a tentaciones, tantas que el adolescente de moral más limpia siente que el alma se empaña. La fisiología especial de la mujer contribuye a acentuar la crueldad de ese trance: el atávico terror a la sangre refuerza la impresión de encontrarse mancillada. En varias confesiones que he podido recoger encuentro siempre esa idea de la mancha: "Sentí de inmediato una depresión moral muy grande –escribe una muchacha al narrar su primera menstruación, con palabras que parecen calcadas de las otras–; creí haber incurrido en una falta grave, como si aquello hubiera sido una mancha de la cual me sentía abochornada. Pensaba que tenía sobre el rostro las huellas de esa culpa y me desesperaba creyendo que todo el mundo podría adivinarlo nada más que mirándome a los ojos". Detalle más, detalle menos, todas las confesiones se reducen a lo mismo¹⁰: el doloroso desconcierto ante un fenómeno incomprensible, o deformado hasta lo grotesco por las torpes interpretaciones de la ignorancia. Una idea confusa de sufrimiento y de peligro, un porvenir sombrío de desgarramientos y de mutilaciones rodea desde entonces los problemas del sexo; pues es sobre todo la idea de "la mancha" y del pecado lo que mantiene constantemente una curiosidad siempre en acecho¹¹.

El cristianismo, que ha perseguido ferozmente las inclinaciones del instinto –hasta la monstruosidad de convertir a los dolores del parto en una maldición de Dios–, ha creado precisamente en torno de la carne una densa atmósfera de escándalo. La oposición judía de la carne y del espíritu –que los griegos ignoraron¹²– se transformó con San Pablo en la idea delirante de crucificar al sexo. A través de tantos siglos de civilización cristiana, el problema del sexo se convirtió en lo prohibido, y es un reflejo de tal pasado siniestro, el que reaparece todavía en esa repugnancia de "la mancha" de que nos hablan los adolescentes. Como si el despertar del sexo no llevara en sí har- to dolor, la condena religiosa y social viene a sobrecargarlo con el peso del escándalo. Reprobación peligrosa si las hay; porque cuanto más se estigmatiza una cosa y se la

prohíbe, tanto más se contribuye a hacer de ella un centro de contagio y sugestión¹³.

Conocen ustedes la importancia enorme que ha atribuido Freud a la represión del instinto que la censura nos impone. Durante mucho tiempo, Freud atribuyó únicamente a los deseos sexuales reprimidos la causa directa de todas las neurosis y la causa más o menos indirecta de la orientación dominante en nuestra vida. Influencias posteriores –la de Adler, la de Rank– lo contuvieron en parte¹⁴, pero cualesquiera que sean sus exageraciones, no es menos cierto que Freud ha señalado vigorosamente una de las causas más tenaces que mantienen la angustia y que la avivan.

Consecuencias lejanas de esa angustia cristalizada en torno al sexo son algunos otros fenómenos de la psicología de las adolescentes, como el eclipse transitorio de la tendencia maternal, que Alice Descoedres¹⁵, por ejemplo, ha descubierto entre las colegialas de catorce años a diez y seis. Mlle. Descoedres lo atribuye a una influencia perjudicial de la instrucción: algo así como un olvido de la función biológica fundamental de la mujer, bajo la influencia de las sollicitaciones del trabajo y del estudio. La momentánea antipatía por la maternidad que muchísimas adolescentes de esa edad confiesan sin ambages, y que muchas otras también sienten sin decirlo, creo que obedece a otro motivo más profundo: a una protesta semivelada contra las torturas de su sexo y a un suspirar, al mismo tiempo, por las formas de la infancia que ignoran los conflictos de ese orden. Si la maternidad representa para la adolescente la fase de la plena madurez, se comprende que el rechazo de la tendencia maternal encubre una aguda nostalgia de la propia infancia.

La *nostalgia* es, por eso, una de las formas más frecuentes de la angustia en los adolescentes. Kraepelin ya había hecho notar que la mayor parte de las histéricas que había tratado eran muchachas campesinas transplantadas a la ciudad para el servicio doméstico, y no hechas aún a las dificultades inherentes a tan radical cambio de medio. Sin llegar hasta la histeria, Pasteur pasó a los quince años por una crisis semejante: tan aguda y tan desesperada que le hizo dejar las aulas de su liceo de París para correr a respirar la atmósfera familiar de su pequeño pueblo¹⁶. Retornar a la aldea en la que habían transcurrido los años de su infancia era para Pasteur una manera de añiñarse; y en la intensidad de su nostalgia, como en la histeria de las pobres campesinas, asomaba por igual una protesta dolorosa contra su personalidad aun no organizada, y un suspiro también, por la edad feliz en que no se conocían semejantes desamparos.

*

De otro tormento nos queda todavía por hablar; de otro tan turbador como el del sexo y, como el del sexo también, íntimamente enraizado en la más secreta inti-

midad del organismo. Me refiero a lo que podría llamarse el *descubrimiento del tiempo y de la muerte*. Al independizarse del presente, en el cual vive el niño con delicias, el adolescente se descubre de pronto como un momento entre otros momentos que se suceden inexorablemente y que inexorablemente también no regresarán jamás. Ese sentimiento de la vida que pasa y del incesante fluir, que hacía sollozar a Heráclito, lo adquiere el adolescente casi siempre bajo la brusca sacudida de alguna muerte que le llega al alma o por la impresión igualmente inesperada de algún detalle en apariencia trivial, pero que le muestra de pronto la secreta inutilidad de todo esfuerzo¹⁷. El miedo a morir y a envejecer empieza desde entonces a turbar su sueño, y el fantasma del *suicidio* a tentarlo a veces con su rostro pálido. El mundo del adolescente, tan poblado ya de inquietantes misterios, se entenebrece aún más con este nuevo espanto: la seguridad fatal de terminar, la convicción irremediable del naufragio. Fuerzas exageradamente vigorosas deben ser las que lo amarran a la vida, para que semejante comprobación desoladora no lo descen tre hasta la locura. Si la adolescencia debe pasar por una prueba de fuego, yo la veo allí mucho más que en el sexo. La curva del *suicidio* adquiere a los quince años un ascenso brusco, y para no citar más que una sola estadística, ahí van las cifras de los *suicidios* en Francia en los años 1861-1865, tal como la reproduce Jacques Moreau de Tours, en una tesis por otros conceptos muy superficial¹⁸. Sobre un total de 482 niños *suicidas*, 39 se *suicidaron* a los 12 años, 75 a los 13, 117 a los 14, 203 a los 15.

¿A cuáles razones podemos atribuir ese brusco ascenso de la estadística trágica? Un análisis magistral de Emile Durkheim¹⁹, completado últimamente por Halbwachs²⁰, ha demostrado que un individuo se *suicida* cuando algún suceso lo excluye de su medio social y le impone, por lo tanto, el sentimiento insoportable de la soledad. Si no olvidamos esta conclusión como línea directora quizás comprendamos sin esfuerzo la frecuencia de *suicidio* en los adolescentes. Las causas aparentes, claro está, podrían variar al infinito: temor al castigo, remordimientos, desilusiones, amores contrariados y mil otras cosas más por el estilo. Pero si pueden variar de tal manera, es porque el adolescente que ha visto formarse el vacío en torno suyo puede encontrar en cualquier insignificancia el motivo ocasional que lo empuje hasta el *suicidio*, como cualquier trivialidad puede provocar una ruptura entre dos personas que han llegado poco a poco a una situación de suspicacia o de rencor. Mas los pretextos u ocasiones del *suicidio* –aunque poseen un valor mucho más alto que el que Durkheim se inclinaba a reconocerles– no adquieren la capacidad de arrastrar hasta la muerte sino en cuanto intensifican o acentúan el aterrador sentimiento de soledad que está en la base.

“El hombre más fuerte es el que está más solo”, ha dicho Ibsen por boca de uno de sus personajes más

hemosos²¹. Pero la soledad que “el enemigo del pueblo” sufre en la soledad relativa del hombre superior, es la que después de haber formado su personalidad de acuerdo a los modelos de su ambiente, concibe la posibilidad de superarlos. Su soledad de vigía o de avanzada únicamente aparece como tal en relación al presente momentáneo: en lo más secreto de su corazón, ese solitario *confía* en las voces alentadoras de las generaciones que vendrán. Se aleja agresivo de la sociedad de hoy, porque espera ser apoyado por la sociedad de mañana.

Muy diversa es, en cambio, la soledad de los adolescentes. Con una personalidad todavía no constituida, apilando con mano torpe los materiales de su propio yo, *el adolescente sufre más que nadie la angustia de la soledad porque necesita más que nadie el apoyo de los otros*. El adolescente, como el enfermo, anda en busca de alguien a quien contar sus congojas. “La explicación es un consuelo”, dijo una vez entre nosotros el sutil Eduardo Wilde; y dijo bien, porque explicar a un hombre dolorido las alternativas de su mal o el origen de sus torturas, es demostrar que el médico que se inclina sobre él conoce la extensión de su infortunio, los límites de su desventura. Hasta ese instante, “nadie sufre ni ha sufrido en el mundo más que él”; desde ese instante, su dolor ha dejado de ser único, ha pasado a formar parte del destino humano, ha entrado a reunirse con los tormentos de los otros hombres que sufren como él y lo comprenden. Encontrar en el mundo alguien que lo comprenda, ¿no es precisamente hallar un alma humana dispuesta a asegurarle, cuantas veces sea necesario, que su mal no constituye una excepción, de que ha sido ya estudiado alguna vez, de que ha merecido a través de los siglos la atención de los hombres?

Imaginen ahora un “enfermo” de otro orden, un enfermo de un pudor espantadizo que no encuentra en ningún lado el médico que lo comprenda: en parte porque así se lo han dejado ver, en parte porque se resiste él también a todo examen. *Ese “enfermo” es el adolescente que se mata*. Su enfermedad, por supuesto, no pertenece al grupo de los dolores que están más allá de las fuerzas humanas: no es el tabes que fulmina como el rayo, ni el cáncer que hurga con sus garras de fuego. Es un estado vago, borroso, inexpresable, algo así como la expectación de lo incierto, la acechanza de lo indefinido. Inquietud desoladora que no se presta a ser contada, y que para ser comprendida necesitaría en el espectador una cordialidad sin impaciencias, una finura y una delicadeza de confidente. El adolescente que se mata sufre de ese mal más que los otros: por su propia constitución, sin duda²², pero por causa de su ambiente sobre todo. Cuántas veces ha intentado descargar en los otros sus secretos más turbios, ha encontrado la in-

diferencia, cuando no la burla. La incomprensión de su medio le ha enseñado a contemplarse como un ser aparte, extraño, inadaptable; cada reproche, cada castigo, cada fracaso, aumentó la distancia que lo separaba de los otros²³. Y como nadie se acercó hasta él, como un vacío cada vez más grande lo fue absorbiendo, ¿qué tiene de extraño que su último gesto sea de irritación y de rencor contra la sociedad que, sin saberlo, lo arrojó de su seno?

La angustia de los adolescentes lleva consigo la posibilidad de esa reacción tremenda. La lúgubre estadística, a que ya hice referencia, bien nos muestra en su lenguaje indiferente que al doblar el recodo peligroso muchos son los que ceden al hechizo de aquella bruja descarnada que en *El niño Eyolf*, de Ibsen, pasa una tarde como una maldición y deja en el alma del adolescente el siniestro designio de atravesar la puerta frente a la cual los otros se detienen aterrados ■

Notas

1. Preludiando a KRAEPELIN y a su concepción de los estados maniaco-depresivos, Areteo afirmaba ya que la melancolía es una parte integrante de la manía.

2. La crítica de TITCHENER me parece particularmente convincente. Véase su *Manual de psicología*, pág. 252, trad. Francesa de Lesage; editor Alcan, París.

3. Véase un resumen interesante en SICO: *Psychophysiologie et psychopathologie du corps*; editor Alcan, París.

4. En esos términos la define Sollier. Véase SOLLIER y COURBON: *Pratique des maladies mentales*, pág. 152. Lo mismo HECKEL: *La névrose d'angoisse et les états d'émotivité anxieuse*, pág. 179; editor Masson, París, 1917.

5. TANZI y LUGARO hablan de "una incerteza insuperable", en *Malattie mentali*, tomo II, pág. 555. Todos los psiquiatras señalan ese mismo carácter, y SOLLIER también en otra página de su *Pratique* (pág. 149). Aunque la precisión no fue la característica de MAURICE DE FLEURY, encuentro en la pág. 52 de *L'angoisse humaine* esta frase hermosa y exacta: "L'angoisse fait son nid dans le doute et l'attente".

6. "Toda expectativa (attente) se acompaña de un estado de tensión tónica que aumenta a medida que se prolonga y que puede transformarse en angustia". WALLON: *Les origines du caractère*, pág. 121; editor Bovin, París, 1934

7. MENDOUSSE: *L'âme de l'adolescent*, págs. 39, 51, 127; Alcan, París, 1930, 4ª edición.

8. VURPAS: *L'état mental des obsédés*, en *Questions neurologiques d'actualité*, págs. 418-437; editor Masson, París, 1922.

9. Es clásico el estudio de PITRES y REGIS: *Las obsesiones y los impulsos*, pág. 176; traducción de J. M. González, editor Jorro, Madrid, 1910.

10. En el estudio que MARÍA ANGÉLICA CARBONELL ha consagrado a la afectividad de la adolescente se nota, entre muchas otras lagunas, un largo capítulo en blanco sobre la sexualidad. Que a la misma autora le consta su importancia lo infiero de esta línea casi perdida: "Los cueles trances por que se pasa en las primeras manifestaciones de la sexualidad ya son motivo suficiente para producir tristeza". En *Anales de Instrucción Pública*, pág. 45, tomo XXVIII, N° 1, Montevideo.

11. CHÁVEZ: *Ensayo de psicología de la adolescencia*, pág. 210, Méjico, 1928. Ver *Journal Psychanalytique d'une jeune fille*; editor Gallimar, París, 1928. En igual sentido, GONCOURT: *Chérie*. Especialmente págs. 102, 104, 105, 189, 192.

12. GOBLOT: *De la valeur de la chasteté*, en *Revue Philosophique*, año 1929, tomo I, pág. 10.

13. BELOT: Le escandale, en *Revue Philosophique*, año 1929, tomo I, pág. 161.

14. Por lo menos así lo afirma el propio RANK: *Remarques sur la crise de la psychanalyse*, en *Revue de Psychologie Concrète*, tomos I y II, Págs. 259, 266, año 1929, París.

15. DESCOEUDRES: *Le sentiment maternel chez les jeunes filles*, pág. 35.

16. VALLERY-RADOT: *La vie de Pasteur*, pág. 17; editor Flammarion, París. Sobre la nostalgia ver RIBOT: *Problèmes de psychologie affective*, pág. 66; editor Alcan, París, 2ª edición, 1916; "La nostalgia es una enfermedad de la adolescencia y de la juventud, rara después de los treinta años".

17. Ver en el *Juan Cristóbal*, de ROMAIN ROLLAND, el capítulo I del tomo II, titulado "La muerte de Juan Miguel". En igual sentido, PIERRE LOTI: *Prime jeunesse*, 69-91.

18. MOREAU DE TOURS: *Du suicide chez les enfants*, pág. 12; editor Bonvalot-Jouve, París, 1906.

19. DURKHEIM: *Le suicide, étude sociologique*; editor Alcan, París, 1897.

20. HALBWACHS: *Les causes du suicide*; editor Alcan, París, 1930.

21. IBSEN: *Un ennemi du pauvre*, pág. 161, traducción del conde Prozor; editor Perrin, París, 1921.

22. La separación en la personalidad humana de lo que pertenece a la herencia y lo que corresponde al medio es totalmente artificial.

23. Estoy de acuerdo con WALLON al admitir que el onanismo tiene íntimas relaciones con la angustia, y que equivale a un derivativo casi del mismo tipo que las lágrimas. En su obra sobre *L'enfant turbulent*, editor Alcan París, 1925, ya había anotado lo que desarrolló luego en *Les origines du caractère chez l'enfant*, págs. 102, 107, 121; editor Boivin, París, 1934: La frecuencia del onanismo en los niños incomprendidos, humillados, frecuentemente castigados, y que viven por lo mismo en la aprensión y el temor. "La expectativa más vulgar –agrega–, en la medida en que se convierte en ansiedad, puede teñirse más o menos de erotismo. Y es que el acto venéreo, como la risa y las lágrimas, figura entre los espasmos capaces de liquidar una excesiva sobrecarga tónica".

La ambición

El análisis que iniciamos en el capítulo anterior a propósito de la angustia, nos va a facilitar, en gran parte, la explicación de otro fenómeno aparentemente extraño, pero que guarda con aquél en el alma del adolescente una estrecha solidaridad. La angustia y la ambición, en efecto, tienen por elemento común la expectativa. En uno y otro caso, el individuo se mantiene en acecho, alerta y tenso, con la preocupación aguda del futuro. Pero si en el aspecto formal una semejanza innegable salta a los ojos, no es menos cierto que hay entre ambas, caracteres que las diferencian fuertemente. La angustia, dijimos ya, es la expectativa en la duda: *la ambición, en cambio, la expectativa del triunfo*. El angustiado recela de sí mismo, no tiene fe en sus fuerzas, desconfía de sus recursos; se sabe derrotado de antemano y se anticipa a la "señal" con la confesión de su fracaso. El ambicioso, por lo contrario, tiene la pose de un triunfador; con razón o sin ella, guarda en sus fuerzas una seguridad tan completa que cualquiera que sea la empresa a realizar sale a su encuentro como quien se adelanta a recoger el homenaje de un vencido.

Sentimiento de triunfo o emoción del fracaso no son, sin embargo, disposiciones permanentes en la adolescencia. Según los momentos, según las circunstancias oscilará de una a otra con una casi idéntica fragilidad en los motivos; dispuesta lo mismo al desaliento más negro que a la más ilimitada confianza en el destino. Ese carácter cambiante de los adolescentes con respecto a fenómenos que son algo más que balanceos de la cenestesia, nos plantea, a su vez, otro problema. Si es verdad que la angustia aparece como una reacción inevitable del adolescente al encontrarse sin ninguno de los automatismos adecuados a las nuevas exigencias, ¿en virtud de qué razones puede recobrar la confianza en sí mismo cuando la formación de esos automatismos no es cuestión de un instante ni se pueden tampoco improvisar con éxito? O dicho en otros términos: si la angustia corresponde a una insuficiencia de los automatismos que engendra la duda de sí mismo, la ambición ¿tendría por base la perfección de esos automatismos? Resultarían de ahí en la evolución de la adolescencia dos períodos que vendrán a sucederse en este orden: uno angustioso, con automatismos inadecuados; otro, ambicioso, con automatismos eficaces.

Esta conclusión, por lógica que sea, no está de acuerdo con los hechos. El adolescente ambicioso de hoy se despierta mañana desolado, y el ritmo desconcertante de la exaltación y del agotamiento se reanuda a veces con una rapidez tan grande que hasta se podría creerlos simultáneos.

Una interpretación superficial se presenta en seguida: la ambición sería una consecuencia necesaria de las alegrías del adolescente. La alegría de un cuerpo joven predispone sin duda a las ideas de mérito y de contento de sí mismo, como la tristeza en un organismo fatigado predispone, a su vez, a las ideas de culpabilidad y negación. Pero así como en el capítulo anterior descubrimos que la tristeza más honda es incapaz por sí misma de engendrar la angustia, la alegría, a su vez, no explica de ningún modo la ambición. La alegría crea sí un estado momentáneo de exaltación y de embriaguez, propicio naturalmente a todos los esfuerzos; pero no lleva implícita la tendencia ambiciosa, como la tristeza no arrastra consigo la tendencia a la duda.

Hay alegrías pasivas¹, gozos beatos, en que el individuo se repliega sobre sí mismo para saborear su regocijo, como el deprimido melancólico se encierra con su pena. La alegría y la pena son reacciones de terminación; triunfo o fracaso son siempre un desenlace. Viven por eso en el presente, o actualizándose por medio del recuerdo; pero en cualquiera de los dos casos indican situaciones que concluyen. La ambición, en cambio, es siempre un comenzar, un salir al encuentro del futuro; pero si la ambición del adulto, aleccionada por la experiencia, corregida por las decepciones, no excluye de ningún modo la prudencia, la ambición del adolescente se incorpora al mundo reclamando su parte con una avidez tan intensa y una fe tan completa en la legitimidad de sus derechos, que las palabras "egoísmo" o "amor propio" resultan evidentemente inapropiadas. Una muchacha célebre, María Bashkirtseff, ha escrito en una de las páginas de su *Diario íntimo* las siguientes palabras, que cualquier adolescente hubiera firmado sin temblar: "Me estimo por encima de todo. Quisiera que se despreciase y olvidase todo lo que me ha precedido, y que no quedara ni antes ni después otra cosa que el recuerdo de mí. Entonces, solamente entonces, estaré contenta". Acaban ustedes de oírlo: la alegría, si llega, será el final de la ambición; de ningún modo su comienzo.

*

Renunciemos, pues, a explicar la ambición por la alegría y busquemos en otra dirección. Todas las exploraciones nos llevarán a lo mismo: lo que da a la ambición su verdadero apoyo, lo que alimenta sus raíces más profundas, es una tendencia vital, casi tan orgánica como el hambre y el sexo, que Nietzsche llamó la "voluntad de poder" y que Alfredo Adler ha destacado ampliamente bajo el nombre, en mi concepto poco exacto, de *afán de poderío*². Ese afán de poderío ha tenido un origen humilde, pero esencial para la vida: asegurar en lo posible el funcionamiento regular de nuestros apetitos. *Aspiramos a poseer y a dominar con la intención de abrir a nuestros deseos caminos transitables*. La colectividad nos procura al nacer las condiciones suficientes para que nuestra vida se eche a caminar: durante los primeros años estamos, en efecto, demasiado desvalidos para marchar por nuestras propias fuerzas. Pero esta atmósfera de protección que el adulto crea en torno de los niños se va enrareciendo poco a poco. Según las circunstancias del ambiente familiar o el nivel cultural de la sociedad en que ha nacido, el niño deberá muy pronto asegurarse la vida por sí solo, es decir, procurar a sus deseos con su propio esfuerzo la atmósfera abrigada que hasta ayer estaba acostumbrado a aprovechar como parásito. En las sociedades inferiores, el niño de siete años está obligado ya a bastarse a sí mismo³. Sin dejar de reconocer que ese mismo hecho se repite entre nosotros con una frecuencia mayor de lo que podría sospecharse, no es menos cierto también que a esa edad el adulto no se inclina sobre el niño con la amorosa ternura de otros años. Miles de satisfacciones, que antes se le permitían por "ser chico", empiezan ahora a negárseles por haber dejado de serlo. Adler ha mostrado muy bien que en ese instante se le abren al niño dos caminos divergentes: por un lado, la aspiración a conseguir los medios en los cuales supone que reside el poder del adulto; por otro, la estrategia de prolongar el parasitismo con una constante demostración de su debilidad⁴. Mientras en el primer caso se dispone a reunir fuerzas para lanzarlas a la acción, en el segundo se arrellana en

su propia inferioridad y exige que lo sigan cobijando como antes. Esas dos direcciones no se bifurcan francamente desde los comienzos. Se entrecruzan, por lo contrario, muchas veces, y, según las oportunidades, un mismo niño podrá recurrir a cualquiera de las dos actitudes: o a vencer su incapacidad, o a exhibirla como excusa.

Si esas actitudes se repiten con frecuencia en una misma dirección, estamos entonces en condiciones de inferir el predominio o la ausencia de otro factor esencial en nuestra vida: el *sentimiento de solidaridad*. El sentimiento de solidaridad, o la tenencia social, como dicen otros, se afianza en los niños al iniciarse la puericia, y es bien sabido la importancia que Cousinet y Piaget acuerdan a esa socialización progresiva de la mentalidad y la conducta⁵. El niño, en efecto, aprende a ordenar sus pensamientos a medida que la discusión lo pone en contacto con el pensamiento de los otros, y es de ese conflicto y de ese choque de donde va a extraer la acabada conciencia de que en la vida hay algo más que el simple antojo individual, y que ese algo más es la necesidad de todos imponiéndose a la voluntad de cada uno. El *sentimiento de solidaridad* se yergue así, frente al *afán de dominio*, como una fuerza antagonista y frenadora: contiene sus excesos, los encauza en lo posible. Un momento de equilibrio relativo entre las dos fuerzas en lucha se obtiene más o menos alrededor de los once años: tranquila seguridad alcanzada lentamente a través de todas las vicisitudes de la infancia, y que ha de perderse a poco andar tan pronto se anuncien los signos precursores de la adolescencia. *La adolescencia comienza con un naufragio casi súbito del sentimiento social*: el niño se encuentra de pronto en la soledad y su afán de dominio largo tiempo comprimido se dilata de pronto hasta llenar el mundo. En ese momento, recuérdese bien, nadie tiene existencia fuera de él. El solipsismo de que hablan los filósofos como consecuencia extrema de la tesis idealista, es un momento normal en la evolución del adolescente: sólo consigo mismo –*solus ipse*– el adolescente no concibe otra existencia que la propia. ¿Qué de extrañar entonces que niegue resueltamente lo que existe, para que no hay antes o después otra cosa que él? “Cuando yo era joven –confiesa Barrès– había en mí un ímpetu gozoso e implacable. No pedía cuartel ni lo ofrecía. Despreciando los hombres y los seres, vivía en las abstracciones, las imágenes, las quimeras, los estudios, los sueños y la gloria. Mi vida era tan fuerte que *no creía en la existencia de los otros*”⁶.

Detalles más, detalles menos, la ambición adolescente no conoce límites. Si a los quince años Stuart Mill se propuso reformar el mundo, su empresa ¿qué tenía en realidad de absurda? Si en ese momento de su vida el mundo y él eran lo mismo, ¿reformularlo o reconstruirlo no significaba una aventura tan realizable dentro de sus “fuerzas” como poner en orden sus propios pensamientos o cambiar de opinión sobre el problema? Sin decirselo quizá, pero con una conciencia lo suficientemente clara para reconocerlo, ¿quién no ha sentido alguna vez la tentación delirante de Papini cuando en un ímpetu de soberbia adolescente acarició el proyecto de convertirse en Dios? Los sueños ambiciosos de la adolescencia alcanzan ahí su expresión más solemne, y bien vale la pena de releer la página famosa siquiera fuese para mostrar cómo se refleja en un alma viril la misma aspiración del “todo o nada” que estremeció como una pesadilla la vida dolorosa de María Bahkirtseff. “Algunos –escribe Papini– han intentado confundirse con Dios –místicos, ascetas, santos–, pero con-

fundirse con Dios como parte, gota átomo de una divinidad infinita que engendra y recoge todo, emite y reabsorbe todo en el ritmo de su respiración. Yo no quería ser parte sino todo; que el todo fuera parte de mí, que todas las cosas me obedecieran, como si las montañas y las estrellas y los mundos fuesen dóciles miembros de mi cuerpo. Yo no creía en Dios, Dios no existía entonces para mí, y no habría hasta entonces existido; pero *yo quería crearlo para el futuro, y hacer de mí, débil y miserable, el ser supremo, soberano, rico y poderoso*”⁷.

Sin llegar a veces hasta tal altura, el adolescente se mueve en lo grandioso como en su medio natural. Entre lo heroico y él no admitiría a lo sumo más que la falta de ocasión. Es tal, en efecto, la apetencia por lo enorme, que aun en el caso de tener un alma mezquina, el adolescente no deja de aspirar –como Julián Sorel– a ser indistintamente Napoleón o Papa... Quitando lo que pueda haber de sugerencias del ambiente o de contagio literario, la ambición sin medida colora en esa edad las aspiraciones en apariencia más humildes. Con la autoridad que ha adquirido en la dirección de las Escuelas-taller de la Cámara de Comercio de París, Lomont ha hecho observar, en un excelente estudio sobre la elección de los oficios, la importancia que puede adquirir la ingenua ambición del aprendiz. Llegar a carpintero, por ejemplo, no seduce a ninguno; llegar a ebanista a casi todos. En igual forma también, el futuro maquinista ha empezado diciendo que aspiraba a ser “mecánico de precisión”, y si escarba un poco el designio profundo que lo llevó al oficio se verá que no es ajeno a él ni las hazañas de la aviación ni los prodigios de la radio⁸.

Pero en el adolescente que quiere ser Dios o en el adolescente que se conforma con ser ebanista, no hay más que una sola preocupación fundamental: la de elevarse sobre los demás, la de actuar sobre los otros, la de imponer a toda costa la admiración de su gloria. Todos los ojos dirigiéndose a él, todas las bocas repitiendo su nombre. La calidad moral o estética de la obra a realizar no le preocupa en lo más mínimo con tal de que sea capaz de levantarlo sobre los hombros de todos. Inventor o profeta, apóstol o asesino: el primero siempre. Como en el verso de Whitman, el adolescente lanza a todos los vientos el desafío orgulloso. “¿Cuál es aquél que llegó más lejos? Porque yo quiero llegar más lejos todavía”.

Ese amor de la ambición en sí, de la gloria por la gloria misma, quita al adolescente la preocupación de las únicas barreras que podrían detenerlo. No me refiero, por supuesto, a esa ignorancia de la vida que le lleva a considerar como hazañas las que están reservadas sólo al genio, ni tampoco a ese desconocimiento de los valores efectivos que hacía pensar a aquellos colegiales de *Les déracinés*⁹ que un hombre que fuera fuerte como el profesor de gimnasia, polígloto como los maestros de inglés y de alemán, latinista como un agregado, no necesitaría nada más para conquistar el mundo... Me refiero más especialmente a esas otras barreras de la moral y los afectos que paralizan tantas veces al adulto. Sobre el adolescente, en el mejor de los casos, no conservan otro dominio que el del hábito. El afán de poderío, en lo que tiene de salvaje y de fuerte, le dicta la ley y se la impone: como un héroe de Ibsen, “quiere vivir su vida” sin saber a ciencia cierta en qué consiste. Y en este gesto de dureza o en aquella palabra de crueldad, lo adivinamos que avanza, por lo menos en imaginación, como un guerre ro implacable que no se preocupa de saber lo que destroza.

*

Para el adulto de formación normal, el sentimiento de solidaridad social se manifiesta a la conciencia como una necesidad de justificar los propios actos. El deber, que empezó siendo una obligación para con los demás, ha llegado a ser más tarde una obligación consigo mismo; y esa obligación es tan constante, se manifiesta de modo tan tiránico, que aun después de haber cometido algo que sabemos reprochable, no podemos menos que buscar razones complacientes que nos justifiquen. La ambición del adolescente no conoce tales servidumbres: con cinismo de Dios, él no debe a nadie cuenta de sus actos...

La psicología experimental ha intentado cuantificar mediante los tests de Fernald-Jacobson la evolución del juicio moral desde la infancia a la madurez. Esas pruebas, bastante artificiales, consisten en invitar al sujeto a clasificar de acuerdo al grado respectivo de inmoralidad creciente un grupo de siete acciones entre las que figuran, por ejemplo, un fraude irreflexivo, un robo intencionado, una agresión a mano armada, un homicidio por imprudencia. Con el deseo de disminuir en lo posible los defectos de esos tests, y de adaptarlos a la experiencia de los escolares, Emilio Mira y López, de Barcelona, introdujo en ellos algunas modificaciones. Sobre las 2484 respuestas que obtuvo con tal método, tiene interés para nosotros comprobar que el criterio moral de los examinados presentaba una relativa uniformidad alrededor de los doce años, mientras que al llegar a la pubertad "se exageraban los individualismos", es decir, variaban las clasificaciones de una manera a veces inquietante¹⁰.

Momento inquietante, en realidad, porque en él las tentaciones encuentran caminos accesibles; pero momento más peligroso aun porque en ese asalto a la gloria, la infamia o el crimen pueden muy bien llegar a parecer hermosos. Ignoro la edad en que aquel oscuro ciudadano de Efeso, llamado Eróstrato, puso fuego al templo admirable sin otro objeto que el de asegurar en la historia la persistencia de su nombre. Mas aunque la crónica probara lo contrario no tengamos temores en decirlo: Eróstrato fue un adolescente, no podía ser más que un adolescente... Y bien hizo Lacassagne en llamar *eróstratismo* al delirio de la grandeza póstuma que no se detiene para nada en la "moral del rebaño" con tal de asegurar con un acto o con un

gesto, por bárbaros que sean, la perennidad de su recuerdo en la memoria de los hombres¹¹.

Pero criminal o sublime, el loco amor de la gloria está en el adolescente más allá de la moral, y exige para comprenderlo plenamente la última aproximación que ahora vamos a intentar. Doce años tenía Arcadio Dolgoruki —el adolescente de que nos habla Dostoiewski en la novela posiblemente más autobiográfica que ha escrito— cuando resolvió ser un Rothschild a objeto de llevar una vida solitaria. *Soledad y poder, he ahí su ideal*. Pero ¿de qué sirve el poder cuando se vive en la soledad? ¿A qué puede conducir la ambición adolescente si la soledad que está en su alma lo sigue siempre a todas partes? El mismo Dostoiewski lo va a explicar muy pronto: "No es el dinero lo que me hace falta ni tampoco el poder; lo que necesito es lo que se adquiere con el poder y que sin él no puede conseguirse: *la conciencia íntima y tranquila de la fuerza*... La conciencia de la fuerza es bella y prestigiosa. Si tuviera la fuerza en mi poder estaría tranquilo. Porque el rayo está en manos de Júpiter, por eso, no escucha usted el rayo a cada rato. Póngalo en manos de un literato o de una campesina, y entonces los truenos no cesarán un momento. Cuando tenga yo el poder, pienso que no lo necesitaré. Estoy seguro; voluntariamente ocuparé los últimos puestos. Si fuera Rothschild me bastaría con un gabán roto y un paraguas. ¿Qué me importa que me empujen en la calle o que tenga que correr para que no me salpiquen los carruajes? Saber que soy yo, yo mismo Rothschild, me alegraría al instante. Si supiera que puedo dar una cena como nadie, que puedo tener el mejor cocinero del mundo, comería un pedazo de pan y de jamón, y estaría satisfecho"¹².

Los distingos que esbozamos al principio de este capítulo nos traen ahora al punto de partida: lo que el adolescente busca en la gloria y la ambición no es otra cosa que calmar el tormento de su angustia; *vencer de alguna manera la duda de sí mismo procurándose a expensas de cualquier sacrificio "la conciencia íntima y tranquila de su fuerza"*. Todas sus preocupaciones de tímido y de ansioso se compensan por momentos con el sueño de la gloria: pero la inquietud que no le da descanso lo conduce de nuevo a su tormento. Y hasta podemos apreciar las dimensiones de éste por las enomidades de los sueños de gloria: pobre Júpiter tembloroso que por lo mismo que duda de sus fuerzas sólo consigue ilusionarse en medio de una tempestad de rayo ■

Notas

1. MIGNARD: La joie passive, en *Journal de Psychologie*, marzo de 1909.

2. Las obras de Adler de mayor importancia no están traducidas al castellano. Hay una traducción francesa de *El temperamento nervioso*, editada por Payot, París. La Revista de Occidente publicó *Conocimiento del hombre*, traducción de Humberto Bark, editor Espasa-Calpe. Se trata de una compilación de conferencias pronunciadas por Adler en Volkshheim de Viena y que responden ampliamente a un propósito de vulgarización.

3. DESCAMP: *Etat social des peuples sauvages*, págs. 17 y 82; editor Payot, París, 1930.

4. ADLER: *Conocimiento del hombre*, pág. 47.

5. PIAGET: *El juicio y el razonamiento en el niño*, Passim.

6. Citado por CAHUET: *Moussia et ses amis*, pág 16; editor Fasquelle, París, 1930.

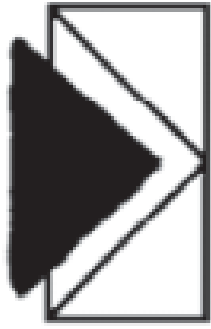
7. PAPINI: *Un homme fini*, traducción francesa de H. Chazel, pág. 196.8. LOMONT: *La elección de un oficio*; traducción española de Eduardo Rogé para *Enciclopedia de la Educación*, Montevideo, septiembre de 1930.

9. BARRÈS: *Les déracinés*, tomo I, pág. 5; editor Plon, París.

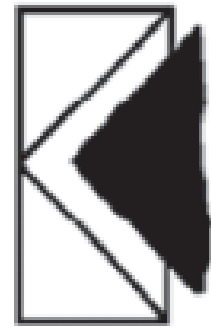
10. MIRA Y LÓPEZ: *Manual de psicología jurídica*, pág. 85; editorial Salvat, Barcelona, 1932.

11. A decir verdad, Lacassagne designó con ese nombre a la "vanidad patológica" que aparece a menudo en la psicología de los "delincuentes". Pero desde un punto de vista más amplio —que es el que nosotros adoptamos— cabría definir el eróstratismo como la apetencia de la celebridad o de la gloria capaz de no hacer hincapié en procedimientos condenables. Ver VALETTE: *De l'eróstratisme ou vanité criminelle*, pág 8; editor Storck, Lyon, 1903.

12. DOSTOIEWSKI: *Un adolescente*, tomo I, pág. 136; traducción española de Carmen A. de Peña, publicaciones "Atenea", Madrid.



confrontaciones



Salud Mental, Derechos Humanos y Sistema Judicial: un fallo auspicioso. Su proyección sobre el sistema de salud mental

Alfredo Jorge Kraut

Secretario Letrado de la Corte Suprema de Justicia de la Nación. Docente Facultad de Derecho (UBA).

El fallo en cuestión:
Derechos Humanos en Salud Mental

En diciembre de 2005, nuestra Corte calificada como “suprema” por la Constitución Nacional (art. 108) dictó un fallo pionero en la región hispanoamericana sobre cuestiones sustanciales con relación a la salud mental y derechos humanos. Dicho pronunciamiento examina los estándares a los que debe ajustarse una internación psiquiátrica forzosa y su adecuado control judicial. Como fundamento de esta sentencia se recurre a la jurisprudencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos y al Tribunal Europeo de Derechos Humanos y diversos documentos internacionales y regionales en materia de salud mental y derechos humanos con especial referencia al debido proceso en casos como el de marras (y toda otra institucionalización involuntaria)¹.

La Corte Suprema decidió² que “como cabeza suprema del Poder Judicial de la Nación, no puede permanecer indiferente a situaciones (...) que, por su gravedad, pueden llevar a que el modo en que se hacen efectivas las detenciones durante el proceso o la ejecución de las penas, revista el verdadero carácter de una condena accesoria que no corresponda a las aplicadas en las sentencias que emanan de este Poder

Judicial, ni a la pena establecida por ley para el delito de que se trata”.

Siguiendo esta línea defensora de los derechos humanos de las personas privadas de su libertad, a fines de 2005, la Corte resolvió una cuestión procesal relativa a la competencia negativa entre tribunales de distintas jurisdicciones que declinaban su competencia para entender acerca de la legalidad y el mantenimiento de una internación psiquiátrica compulsiva. Se trata de un expediente que peregrinó por distintos tribunales por más de un año sin que se haya dado cumplimiento a la consistente legislación nacional e internacional, especialmente en lo que hace a la observancia de la tutela judicial efectiva y el debido proceso para que una persona pueda ser privada coactivamente de su libertad con la finalidad de ser “asistida”. En tales condiciones, el caso llegó a la Corte Suprema, que se pronunció afirmando que “aceptar la internación sin orden judicial y el mantenimiento de esa situación irregular sin control periódico” viola los derechos humanos de los pacientes con trastornos de salud mental, establecidos en los tratados internacionales y las leyes locales.

El fallo fue suscripto por los Ministros Enrique Petracchi, Juan Carlos Maqueda, Raúl Zaffaroni y Ricardo Lorenzetti y, en igual sentido, pero con votos propios, se pronunciaron Elena Highton de Nolasco, Carmen Argibay y Carlos Fayt. Los jueces citados en primer término advierten que no hubo una decisión judicial “fundada de internación (involuntaria) ni control sobre su legalidad”. Y siguen: “Resulta inconcebible que una persona sea restringida en su libertad sino en virtud de una resolución adoptada por los jueces designados por la ley”.

1. C.S. Tufano, Ricardo Alberto s/ internación. Competencia Nº 1511. XL. Es el primer fallo en nuestro país y en América Latina en el que una Corte Suprema ratifica pormenorizadamente el deber, de raigambre constitucional, de proteger los derechos humanos de las personas con sufrimiento mental.

2. C.S., R. 230. XXXIV. Recurso de hecho, Romero Cacharane, Hugo Alberto s/ ejecución penal, Fallos: 310:2412, AÑO 2004

La sentencia firmada por los jueces Petracchi, Maqueda, Zaffaroni y Lorenzetti observa asimismo que “las personas que, por padecer enfermedades mentales, o ser alcoholistas crónicos o toxicómanos,” pongan en riesgo su salud o a terceros pueden ser internadas por decisión policial. Pero advierte que en estos casos ha de darse inmediata intervención a un juez, debe haber un “dictamen independiente sobre la posible enfermedad mental” y no puede faltar la asistencia de “un defensor especial para asegurar que la internación no se prolongue más de lo indispensable y aun evitarla”. Según la sentencia, en el caso de Ricardo T. se violó la Convención Americana sobre Derechos Humanos –con rango constitucional– y fueron desatendidos los “Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental” de Naciones Unidas (1991). Las reglas del debido proceso –señalaron los magistrados– como el derecho a ser oído por el juez, “deben con mayor razón ser observadas en los procesos en los que se plantea una internación psiquiátrica coactiva, en virtud del estado de vulnerabilidad, fragilidad, impotencia y abandono en el cual se encuentran quienes son sometidos a tratamientos de esta índole”.

Este memorable fallo marca, por un lado, el camino adecuado para los magistrados –y el sistema judicial todo– obligados a velar por tales derechos fundamentales. Pero, al mismo tiempo, establece una restricción al poder de los psiquiatras, expresado en la internación manicomial, en la prescripción compulsiva de tratamientos y otras medidas coercitivas sin control jurisdiccional (aislamientos y ataduras sin fundamentos ni plazos) que se computan entre las reiteradas arbitrariedades que, con impunidad, se cometen en detrimento de la dignidad de estos sufrientes emblemáticos. Aún hoy, estas personas padecientes son consideradas locos “peligrosos” y miserables, que “merecen” estar encerrados. La práctica psiquiátrica cotidiana incumple, en muchos casos, la normativa internacional, especialmente la Convención Americana sobre Derechos Humanos (CADH, OEA, 1979), la Declaración de Caracas (OPS/OMS, 1990), la Convención Interamericana para Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad (OEA, 1999) y la Recomendación de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos sobre la Promoción y Protección de los Derechos de las Personas con Discapacidad Mental (OEA, 2001), obligatorias en el sistema interamericano.

Según lo establece el fallo en cuestión, son asimismo de cumplimiento imperativo los famosos Principios de Salud Mental (UN, 1991), en tanto constituyen la fijación de estándares generales que facilitan la difusión de los derechos y la posibilidad de supervisión como un valioso avance en la defensa de los derechos humanos. Se considera a los Principios como el estándar internacional más completo y detallado en la materia, y se han constituido en importante guía para los Estados en la tarea de delinear y/o reformar sus sistemas de salud mental. Sustancialmente, decretan que todas las personas que “padezcan una enfermedad mental, o que estén siendo atendidas por esta causa serán tratadas con humanidad y respeto por la dignidad inherente a la persona humana” (Principios 1 [2]). Las graves violaciones a estos derechos, que se agudizan en los lla-

mados “manicomios judiciales” –que albergan a los más devaluados: aquéllos considerados como locos y delincuentes– evidencian un trato inhumano y degradante en el interior de algunas instituciones, y una fuerte resistencia a la atención en la comunidad. Prevalce el cuestionado modelo hospitalocéntrico (Cfr. Declaración de Caracas, OPS/OMS, 1990).

Debe subrayarse aquí que los manicomios no responden a la lógica del hospital, de manera que ambas instituciones no son equiparables: la institución manicomial es la institución de la violencia, del maltrato, de la discriminación, de la afectación de los derechos humanos básicos.

Todas las atrocidades cometidas en el sistema manicomial, sostiene la Corte, “tienen por blanco a personas extremadamente débiles y vulnerables” que se hallan muy lejos de ser sujetos plenos de derecho, entre otras razones por su escasa información debida a falencias educativas, y a las manipulaciones y presiones del poder: sufren, además, de minusvalías específicas y de una fuerte discriminación social que pueden limitarlas aún más en el goce de sus derechos. Esto acrecienta las oportunidades de que se violen sus derechos humanos. Rara vez su problemática interesa centralmente a la sociedad, y están lejos de ejercer su condición activa de ciudadanos. La realidad muestra, además, que, pese a los daños que injustamente se les ocasionan, no hay sanción para los responsables de su cuidado y atención. Los pacientes tienen terror de denunciar los abusos por temor a las represalias de que suelen ser víctimas los contestatarios.

De allí que el fallo de la Corte, formulado en consonancia con los estándares y normas internacionales de derechos humanos y salud mental tenga un valor trascendente: ahora todos los responsables del tratamiento y cuidado de estas personas deberán atenerse a los mentados textos supranacionales y a la normativa nacional y local. La sentencia, además, establece reglas que obligan al sistema judicial, responsable del respeto a los principios constitucionales y normas inferiores que deben verificarse en cada proceso donde se halla involucrada una persona internada coactivamente.

Conforme el sistema constitucional argentino regido por el principio de supremacía constitucional, y el carácter de intérprete final que la propia Constitución federal reconoce a la Corte Suprema, en un contexto del control difuso de constitucionalidad de normas y actos estatales contrarios a la Ley Suprema³ –aunque, en concreto, se asigna a todo juez la posibilidad con un alcance siempre limitado a los casos en que dicho control se efectúa– debemos señalar que este fallo se proyectará sobre las decisiones de otros tribunales, no sólo argentinos, sin perjuicio de su valor altamente didáctico para otros poderes del Estado, especialmente legisladores y funcionarios del sistema de salud mental (lo que incluye a los profesionales que trabajan en instituciones cerradas). En este sentido, el fallo es precursor, fundante y pedagógico.

3. María Angélica Gelli, *Constitución de la Nación Argentina. Comentada y concordada*. Tercera edición ampliada y concordada, La Ley, Buenos Aires, 2005, pág. 967

La legalidad en la Ciudad de Buenos Aires

Actualmente cerca de dos mil quinientas personas están “depositadas” en los cuatro hospitales psiquiátricos de la Ciudad de Buenos Aires⁴: el ochenta por ciento de ellas está allí desde hace entre uno y veinte años o más, con un promedio de internación que oscila en torno a los nueve años. Una nota de Elena Peralta, informa que “casi mil internados psiquiátricos tienen el alta, pero igual se quedan: podrían irse, pero muchos están solos o sus familias no los apoyan. Además, la falta de adaptación se complica al no haber establecimientos intermedios para contenerlos, y esto incrementa la superpoblación”⁵.

Un ejemplo de la dificultad para concretar el acatamiento a la legalidad es el dañosamente rezagado cumplimiento de la ley 448 (Ley de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires, 2000) que establece un catálogo importante de derechos humanos en favor de los miles de pacientes que habitan esta ciudad –estén o no institucionalizados (artículo 3º)–, instituye normativamente que la internación forzosa institucional es sólo una instancia de un tratamiento (artículo 19), y promueve la desinstitucionalización progresiva y el pasaje de un modelo centrado en el hospital a otro focalizado en la comunidad (artículo 2º, c, entre otros).

La deuda pública urge la aplicación de las disposiciones de la ley 448 –especialmente la de iniciar un proceso progresivo de desinstitucionalización– que marca el camino necesario de una externación responsable: vivir en la comunidad con dignidad. Pero como señala Emiliano Galende, “el gobierno es responsable de la continuidad de los cuidados de salud y salud mental en el lugar donde residan; es responsable de atender su incapacidad (en parte provocada por la larga institucionalización) y sus requerimientos de rehabilitación en el mayor nivel posible; es responsable de atender sus necesidades económicas para asegurar su mejor integración a la vida social. No se trata –en muchos casos– de una cura, sino de restablecer su dignidad de personas y sus derechos como ciudadanos, de vivir en la comunidad, atendiendo a la rehabilitación de las capacidades perdidas durante su prolongada internación. Para muchas de estas personas, esa ayuda será de por vida, y es imprescindible asegurar que la reciban. Está claro que la inutilidad del gasto aplicado a su sola internación y custodia se debe convertir en un aporte real del Estado al cuidado y al mejoramiento de su calidad de vida en el seno de la comunidad”⁶, mientras la persona se va socializando, “capacitando” nuevamente y asumiendo sus propias responsabilidades, en la medida de lo posible.

La sociedad aún permanece ajena. Los pacientes siguen en ominosa e indigna soledad. La falta de los

dispositivos periféricos para la externación de la mayoría de los pacientes institucionalizados (faltan partidas en el presupuesto de este año para cumplir con el artículo 15 del texto legal⁷ y su reglamentación⁸, mientras se han invertido alrededor de treinta millones de pesos en refacciones de los manicomios en la Ciudad de Buenos Aires!) debe solucionarse con urgencia. También en este sentido hay que cumplir de inmediato la ley 448, que involucra el área de Desarrollo Social a fin de aportar viviendas alternativas para pacientes externados, ayuda económica a pacientes y familias, trabajo subsidiado, desarrollo de empresas sociales, capacitación en oficios. No podemos olvidar al momento de debatir acerca del deber de organizar la red urbana de atención que la Ciudad posee muchos inmuebles en propiedad o en guarda (herencias vacantes, por ejemplo). Todo ello sin perjuicio de un necesario plan global de gestión e inmediata creación de guardias interdisciplinarias con psicólogos y psiquiatras en los hospitales generales, tendientes a facilitar la atención de los pacientes agudos en el lugar más cercano a su residencia y apartado del manicomio.

Colofón

A la fecha, distintos sectores corporativos obstaculizan con ensañamiento, dogmas y fundamentalismos el cumplimiento de la ley. Excede este trabajo ahondar este tema tan conocido por los propios profesionales “*psi*”, especialmente quienes trabajan o lo hicieron antes en los manicomios. Favorece estas actitudes la marcada desinformación de la ciudadanía en general y la de muchos profesionales que, aún de buena fe, repiten argumentos absurdos (por ejemplo, que se especula con desmanicomializar para hacer negocios con la tierra), engañosos (destinar la cifra de 40 millones de pesos a reformas edilicias y relacionar la obra con la reforma) o insensatos (como confundir el manicomio con el hospital público).

Permanece como deuda estatal –a nivel nacional y local– concientizar a los interesados en una reforma: personas con sufrimiento mental, pacientes, familias afectadas, profesionales de la salud mental, funcionarios, políticos y la población en general así como estimular la consulta y negociación para el cambio⁹. Sin un debate sobre estos temas, especialmente espi-

4. Usamos la experiencia porteña como modelo de discusión en tanto cada provincia presente interesantes problemáticas propias, especialmente cuando las propuestas transformadoras colisionan con el sistema judicial (por ejemplo, Río Negro, San Luí, Chubut, Mendoza, Santa Fe, entre otras).

5. Diario *Clarín*, 14-01-2006, “Problemas en Salud Mental: son entre el 30% y el 50% de los pacientes en los cuatro Hospitales especializados de la Ciudad”.

6. Emiliano Galende, *Página 12*, 5 de enero de 2006, *Sobre los Neuropsiquiátricos porteños*, “Población segregada y custodiada”.

7. Artículo 15º [Rehabilitación y reinserción] Las personas que en el momento de la externación no cuenten con un grupo familiar continente, serán albergadas en establecimientos que al efecto dispondrá el área de Promoción Social.

8. Reglamentación artículo 15º. La inexistencia de establecimiento adecuado para albergar a las personas externadas que no cuenten con un grupo familiar continente, no podrá enervar el cumplimiento de la norma. A tales fines, la Secretaría de Desarrollo Social informará al Poder Ejecutivo los servicios de albergue para personas que se encuentren en las mencionadas condiciones que resulten indispensables de acuerdo a la demanda existente, junto con los costos de los proyectos que los sustentan, para incorporar en el proyecto de presupuesto de cada año las partidas necesarias para su puesta en funcionamiento.

nosos, que aclare los malos entendidos y ahuyente los temores relacionados con los trastornos mentales es difícil y suelen sostener la ejecución favorable de dicha legislación.

No ignoramos que este tema es lejano para la mayoría de la gente, especialmente para quienes no han visitado estos lugares funestos, ni comprendido el tremendo drama del loco prisionero de este modelo, históricamente fortalecido por la autoridad institucional y con un poder correccional que lo somete y castiga (M. Foucault). De allí que deba fortalecerse una política democrática, claramente constitucional, que restablezca categóricamente su dignidad humana y su condición de ciudadano con derechos plenos.

Con estos avances aparece una luz que apunta a poner fin a las violaciones de los derechos humanos

9. La consulta y la negociación con todos los interesados sobre estos asuntos constituyen un importante paso siguiente de este proceso. Los interesados incluyen: personas con trastornos mentales y sus organizaciones representantes; encargados y familias de personas con trastornos mentales; profesionales, como psicólogos, enfermeras psiquiátricas y trabajadores sociales; políticos; encargados de políticas; ministerios de gobierno (salud, asistencia social, justicia, economía); organizaciones de defensa; proveedores de servicio incluidas las organizaciones no gubernamentales; grupos de derechos civiles y organizaciones religiosas. *Legislación y Derechos Humanos para la Salud Mental*. Paquete de Orientación para Política y Servicios de Salud Mental. Organización Mundial de la Salud, 2003.

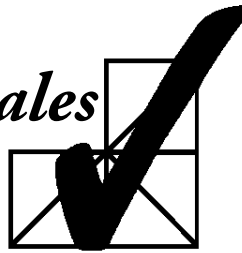
que ocurren en muchas instituciones (conforme los estándares internacionalmente aceptados protectores contra un tratamiento inhumano y degradante). Estas obligaciones impuestas por el más Alto Tribunal en el precursor fallo, obliga, de aquí en más, a que ningún paciente mental quede privado de su inalienable derecho a la protección constitucional.

Pero la cuestión no es sencilla en la realidad concreta: locura y cronicidad psiquiátrica (hospitalismo) no están necesariamente vinculadas. La exclusión y el olvido son el corolario de la miseria, y así se ha gestado el hospicio-asilo-depósito, modelo muy difícil de revertir. La recuperación psiquiátrica y la resocialización se vuelven una quimera. Y los de "afuera" no manifiestan, por lo común, un interés genuino en la reinserción: es poco atractivo compartir la vida y el barrio con los "externados del loquero". Esto favorece a quienes se aprovechan del estado actual –sean del campo de la salud mental o del sistema judicial– y, en general de mala fe, repudian una verdadera transformación. De allí que debamos apoyar enfáticamente el cumplimiento de la legislación de salud mental como un medio ineludible para proteger los derechos de las personas con trastornos mentales, que son una parte vulnerable de la sociedad y que viven estigmatizadas, discriminadas y marginadas. El fallo de la Corte Suprema marca un derrotero de cara a poner fin a la negación arbitraria de derechos fundamentales que se otorgan a todos los demás ciudadanos. Lo recibimos enfáticamente ■

Referencias bibliográficas

1. Agrest, M., La Psicoterapia en los Sistemas Prepagos de Salud. *Vertex, Rev. Arg. de Psiquiat* 2000. 11(41): 227-233.
2. Agrest, M; Nemirovsky, M; y otros., *Aspectos vinculados las reinternaciones psiquiátricas en una sala de pacientes agudos*. 1996. Inédito.
3. Alonso, M. (ed.), *Psicología en las Américas*. Caracas: Sociedad Interamericana de Psicología, 1999.
4. Cochrane, AL., *Effectiveness and Efficiency. Random Reflections on Health Services*. London: Nuffield Provincial Hospitals Trust, 1972.
5. Diccionario de la Real Academia., España: Espasa Calpe, 21 edición, 1996.
6. Fernandez, GA.; Nygard, S., Impact of involuntary outpatient commitment on the revolving-door syndrome in North Carolina. *Hosp Community Psychiatry* 1990, 41 (9): 1001-1004.
7. Frank, R.; Huskamp, H.; McGuire, T.; Newhouse, J., Some Economics of Mental Health "Carve-outs". *Arch Gen Psychiatry* 1996, 53(10): 933-937.
8. Green, J., Frequent Rehospitalization and Noncompliance With Treatment. *Hosp Community Psychiatry* 1988, 39 (9): 963-966.
9. Gran Diccionario Salvat., Barcelona: Salvat Editores, 1992.
10. Harris, M.; Bergman, HC., Case management and continuity of care for the "revolving-door" patient, *New Directions for Mental Health Services* 1988, 40: 57-62.
11. Hiday, VA.; Scheid Cook, TL., Outpatient commitment for "revolving door" patients: Compliance and treatment. *J Nerv Mental Disease* 1991, 179 (2): 83-88.
12. Ley de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires., Ley 448. 2000
13. McEwan, K & Goldner, E., *Accountability and Performance Indicators for Mental Health Services and Supports*. Ontario: Health Canada Pub. 2001. Consultable en internet en <http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/mentalhealth/pdfs/a-pimhss.pdf>
14. Nemirovsky, M., La crisis asistencial de la Salud Mental en los Sistemas de Medicina Prepaga. *Tesis de Maestría*, 2001.
15. NHS., *Modernizing Health and Social services*, 2001 www.doh.gov.uk
16. NIMH, 2001 www.surgeongeneral.gov
17. Pirkis, J; Burgess, P; Dunt, D & Henry, L., *Measuring quality in Australian mental health services*, 1999 <http://www.mentalhealth.gov.au/>
18. Plan Nacional de Salud Mental., (1998)
19. Programa Médico Obligatorio., Resolución 247/96 MSy AS. *Boletín de la Superintendencia de Servicios de Salud*. 16-19- IV, 1996.
20. Ruggeri, M & Tansella, M., Evaluating outcome in mental health care. *Current Opinion in Psychiatry* 1995, 8:116-121
21. Rupp, A; Gause, E & Regier, D., Research policy implications of cost-of-illness studies for mental disorders. *Br J Psychiatry* 1998, 173 (Suppl. 36): 19-25.
22. Simon, G., Capitated Financing and Population-Based Care. En *Administrative Psychiatry. New concepts for a changing behavioral health system* (Talbot & Hales Eds.). Washington: American Psychiatric Publishing, Inc., 2001.
23. Weiden, PJ. & Olfson, M., Costs of relapse in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin* 1995, 21: 419-429.
24. WHO., *World Health Report 2001*. New understanding, new hope. Geneva: WHO.

lecturas y señales



LECTURAS

Stingo, Néstor Ricardo; Toro Martínez, Esteban; Espiño, Gabriel; Zazzi, María Cristina. **Diccionario de Psiquiatría y Psicología Forense.** Buenos Aires, Editorial Polemos, 2006, 624 págs.

La psiquiatría forense es una disciplina tan antigua como la misma medicina; en constante cambio, evolución y continuamente remozada por nuevos y grandes aportes. A quienes están vinculados con ella, con mucha frecuencia les surgen dudas acerca del significado de términos utilizados en peritajes o dictámenes psicológicos o psiquiátricos. Sin embargo, en la medicina forense, más que en ninguna otra disciplina médica, son imprescindibles las definiciones precisas; tanto para quien expone como para quien recibe la información. En este sentido esta obra resulta particularmente clarificadora. Los autores asumieron el desafío de presentar la materia bajo la forma de diccionario con magistral destreza ya que, poseedores de conocimientos teóricos y de una rica experiencia práctica en el tema, dan a cada término su real y verdadero significado en el contexto de la psiquiatría, la psicología y el psicoanálisis. Este diccionario contiene también valiosa información histórica referida autores, teorías, corrientes y escuelas, sin descuidar lo atinente a los diagnósticos, la terapéutica y los conceptos médico-legales y constituye una valiosa herramienta para el conocimiento adecuado de los temas psiquiátrico-jurídicos cuyo desconocimiento, en algunos casos podría ser determinante de algún grado de responsabilidad profesional. Es por ello que será de utilidad no sólo a los peritos médi-

cos sino, también, a todo aquellos profesionales ligados a la práctica forense tales como psicólogos, jueces, abogado y policías.

Jufe, Gabriela. **Psicofarmacología Práctica.** Buenos Aires, Editorial Polemos, 2006, 464 págs.

Esta edición de Psicofarmacología Práctica presenta importantes novedades: se han incluido los psicofármacos de reciente aparición en el mercado (aripirazol, atomoxetina, duloxetina y escitalopram) y, para los ya existentes, se han revisado y actualizado sus mecanismos de acción, los efectos adversos que puedan generar (incluyendo cómo evitarlos, detectarlos y corregirlos), las interacciones de los mismos, los estudios de control para su utilización segura, las dosis y modos de utilización (para la población adulta en general, para los niños, los ancianos y en situaciones especiales como el embarazo), las estrategias de combinación y potenciación, las nuevas indicaciones para cada grupo de fármacos y los alcances de cada uno de ellos para cada indicación.

El conjunto de la obra, que desde su primera edición ha constituido un texto de referencia para orientar la terapéutica psicofarmacológica, aparece así actualizada y provista de nuevas indicaciones y referencias de uso indispensable para los psiquiatras y de informaciones útiles para todos los miembros de los equipos de Salud Mental.

Rojtenbreg, Sergio (comp.). **Depresiones, bases clínicas, dinámicas, neurocientíficas y terapéuticas.** Buenos Aires, Editorial Polemos, 2006, 464 págs.

“El libro sobre depresiones editado por Sergio Rotenberg es una de las mejores obras psiquiátricas que se han hecho en las últimas tres o cuatro décadas sobre este tema. El grupo de autores seleccionados para este libro es muy sólido y representa los mejores conocimientos científicos en Latinoamérica en el tema”.

“El propósito del coordinados de este libro, psiquiatra de brillantes iniciativas y sólida base clínica, es ofrecer un panorama de los trastornos depresivos que recoge el pensamiento y



SIRR
Sistema
Integrado de
Rehabilitación y
Reinserción

Un sistema organizado por módulos de complejidad creciente, para el tratamiento, rehabilitación, prevención de recaídas, reinserción social y laboral de pacientes con trastornos mentales.

El sistema integra dispositivos en las diversas actividades moduladas:

- Residencia
- Rehabilitación clínica
- Reinserción y capacitación laboral
- Enclaves laborales
- Micro emprendimientos
- Empresa social.

Av. Juan de Garay 1450 C1153ABY, Buenos Aires, Argentina. Tel: 4305-2272
Email Sirrsa@fibertel.com.ar y info@sirrsa.com.ar Web : www.sirrsa.com.ar

la investigación actual desde una perspectiva equilibrada en la que se contempla el papel que desempeñan

los factores biológicos junto a las concepciones psicodinámicas y el funcionamiento psicosocial”.

Pedro Ruiz
José Luis Ayuso Gutiérrez

SEÑALES



Dr. Mauricio Goldenberg 1916 – 2006 In Memoriam

El Dr. Mauricio Goldenberg fue el fundador y primer Jefe del Servicio de Psicopatología del Hospital de Lanús¹ en el año 1956, cuando tenía 40 años. Desde allí inventó una historia institucional transformadora que abrió la posibilidad de atender la mayoría de las problemáticas vinculadas con los sufrimientos mentales –sea cual fuere la magnitud y características que tuvieran– en los mismos hospitales que las personas utilizan para todas sus necesidades de salud y, algún tiempo después, también en algunos barrios cercanos al Hospital. Con ello produjo un drástico punto de inflexión en los dispositivos hegemónicos vinculados con los problemas mentales centrados en el asilo, la segregación y el escepticismo aceptados por la cultura hasta ese momento².

Desde los comienzos de su actividad psiquiátrica en el entonces Hospicio de las Mercedes, Servicio Cátedra del Dr. Gonzalo Bosch –en el que ocupó desde joven responsabilidades importantes en asistencia y docencia– bregaba por mejorar las condiciones de existencia de los internos, y aprendía y discutía con otros cuestionadores del manicomio y con algunos psicoanalistas, a veces clandestinamente. Buscaba otros espacios, como la Liga Argentina de Higiene Mental y algunos Dispensarios hospitalarios, tratando de aproximarse a maneras distintas de encarar los problemas de las enfermedades mentales. En 1950 viajó a Europa para el 1er Congreso Internacional de Psiquiatría, y se quedó varios meses conociendo lo que se hacía en búsquedas de innovaciones en Francia, Inglaterra, Holanda, España e Italia. Cuando tuvo su propio Servicio en el ya Hospital Borda, llevó gente joven, invitó a pensadores de distintas disciplinas e ideologías políticas a exponer sus ideas. Era ya visto como el líder de la oposición a la estructura del Hospicio y a su autoritarismo.

Hacia los sesenta, el Servicio de Psicopatología del Policlínico de Lanús era ya una organización en permanente crecimiento, con aplicaciones, búsquedas y puestas a prueba de dispositivos de trabajo. Mauricio Goldenberg generaba esas modalidades para responder a los objetivos de llevar al Hospital General la incipiente Psiquiatría Dinámica y todos los conocimientos y prácticas que se pudieran integrar. Disponía de gran vitalidad, convicciones fuertes y pujante laboriosidad, sostenía sus compromisos creativos y estimulaba la misma actitud en los demás. Con profunda y comprometida experiencia en la clínica psiquiátrica e interesado entrañablemente por las personas, sabía y soñaba con que los seres humanos sufrientes podían evolucionar de maneras muy diferentes según cuáles fueran los contextos del tratamiento y los compromisos personales de los profesionales con la tarea y con los otros, atendidos y entendidos como semejantes. Era el desafío y la utopía convocante: lograr un gran grupo de trabajo, cohesionado en pocos y claros valores. El Servicio era el lugar del encuentro con los sufrimientos y problemas de personas que buscaban ayuda; de las búsquedas e indagación de caminos para tratar de hacerlo; del espacio para encontrar los estímulos para estudiar e investigar, era el descubrimiento de las posibilidades y de los obstáculos del trabajo en el Hospital; también, del encuentro con expertos externos y los visitantes que traían otras perspectivas y se sorprendían con lo que allí se hacía. Lanús era trabajar mucho y aprender. Trabajo porque era consigna el responder a todo; no saber qué hacer debía convertirse en es-

1. El Policlínico se había inaugurado en 1953, durante la gestión del Dr. Ramón Carrillo, con el nombre de *Policlínico Evita*. Después de 1955 se llamó *Policlínico Gregorio Aráoz Alfaro*, y el Servicio se denominó en su fundación como de “Psiquiatría y Neurología”. Pocos años después fue denominado “Servicio de Psicopatología”. Desde julio de este año se denomina “Servicio de Salud Mental y Unidad de Psicología – Prof. Dr. Mauricio Goldenberg”, luego de realizarse un homenaje en los 50 años de fundación, en el ahora *Hospital Interzonal de Agudos Evita (H.I.G.A. Evita)*.

2. Fuentes de referencia: a) *Testimonios para la experiencia de enseñar. Mauricio Goldenberg* Secretaría de Cultura y Bienestar Universitario de la Facultad de Psicología, UBA, 1996. b) *Por qué se fueron. Testimonios argentinos en el exterior*, Ana Barón, Mario del Carril y Albino Gómez. Emece Editores S.A. 1995. c) *Primeras Jornadas Encuentro del Servicio de Psicopatología del Servicio de Lanús – 35 años Mimeo*. Bs. As 1992. d) *El Lanús*, Sergio Visacovsky, Alianza Editorial. Bs. As. 2002. e) *Las huellas de la memoria*. Tomo I, Enrique Carpintero – Alejandro Vainer. Editorial Topia, Bs. As, 2204

tímulo para encontrar caminos y no para la exclusión de lo demandado, como también que los obstáculos podían transformarse en palancas. Significaba aceptar bastante seguido que lo sabido no alcanzaba, que debíamos ayudarnos más y aprender más. Adentro del Servicio, con sus multifacéticas posibilidades. Aprender afuera del Servicio e importar, probar, discutir. Lugar de vínculos muy fuertes con la tarea y entre todos los que las realizábamos. Con Mauricio Goldenberg como eje, que podía contener lo que él mismo ayudaba a desarrollar. Amigable y exigente, generoso y demandante, amplió en la entrega permanente de todo lo que sabía y estimulador de búsquedas sobre lo que no conocía. Era muy respetuoso de las particularidades personales y de las diferencias. Había pasiones, conflictos, amistad, resultados positivos para indagar, fracasos para reflexionar. Gente joven asumiendo tareas de conducción y de sostenimiento de grandes responsabilidades, integrados horizontalmente y apuntalados por la confianza y el aliento del Jefe. Quien estaba siempre, aparecía por todos los ámbitos, participaba, y enseñaba permanentemente, también en los momentos en que él mismo estaba aprendiendo a entender lo que estaba ayudando a inventar. Épocas en las que circulaban ideas y aperturas desde perspectivas políticas, culturales y antropológicas; que el mundo estaba entusiasmado con las posibilidades de transformaciones revolucionarias. Se comenzaban a entender mejor los procesos sociales que tienen que ver con la salud y la enfermedad.

Visto en perspectiva global, no cabe duda que Mauricio Goldenberg fue pionero de las políticas públicas en el campo de la Salud Mental, instrumentándolas con capacidad de gestión de planificador estratégico desde el accionar real, entendiendo ese campo como interdisciplinario, multiparticipativo y contextualizado, sin dueños ni verdades absolutas. Uno de los secretos de las instituciones que mantienen la vitalidad necesaria para poder seguir cumpliendo sus objetivos, sin caer en burocratizaciones corporativas ni en luchas esterilizantes por pedazos de poder.

Cuando comenzó con el Servicio en 1956, contaba con muy pocos profesionales; cuando dejó su dirección en 1972, eran casi 150 las personas integradas en los distintos De-

partamentos, que se fueron constituyendo desde las necesidades surgidas del despliegue de actividades, que llegaban a 40000 prestaciones por año. Se instauraron las guardias para emergencias psiquiátricas durante las 24 hs, atención ambulatoria para personas de todas las edades, en 20 consultorios; interconsultas para todos los Servicios del Hospital; se disponía de 32 camas para internación, Hospital de día; un Programa de Salud Comunitaria funcionando en barrios carenciados cercanos; se investigaba con metodologías válidas. Además de la capacitación permanente para todos, se entrenaba a Profesionales Residentes y a becarios extranjeros que venían a formarse; junto con la docencia para los alumnos de grado que cursaban en el Hospital sus materias de Medicina. Las perspectivas teóricas diversas permitían tratar e investigar en clima de eclecticismo operante, centrado en los beneficios para los usuarios y en el cuidado de las condiciones de vida de los prestadores.

La experiencia del Lanús se convirtió en foco de interés para el país y para América Latina, con lo que fue irradiando hacia los sistemas de atención a las problemáticas del sufrimiento mental. Tratando de transmitir el modelo y, al mismo tiempo, las particularidades de sus cualidades íntimas y valores –lo que no siempre fue adecuadamente entendido– Mauricio Goldenberg generó servicios equivalentes en Hospitales generales y creó Centros vecinales de Salud Mental en la Ciudad de Buenos Aires, desde 1967. En ese año fue nombrado Director de Salud Mental en la Secretaría de Salud de la Municipalidad de esa ciudad. En Latinoamérica, desde el lugar al que lo promovieron como integrante del Comité de Expertos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), asesoró y monitoreó transformaciones estructurales en los sistemas e ideologías de trabajo en Cuba, Venezuela, Perú, Ecuador, Panamá, Colombia y Santo Domingo.

Tareas con las que fue abriendo espacios demostrativos de la validez de esas otras perspectivas, que no sólo mejoraban resultados para los usuarios y para la calidad de vida de los equipos de trabajo. Demostraban que el asilo es innecesario si se cubrían las necesidades de prevención de problemas y de asistencias y rehabilitación para tratar-

los cuando los problemas ya existen, poblando territorios de bocas de atención cercanas a la gente y a sus modos de existencia, con diferentes recursos humanos y diversas cualidades técnicas. Desarrollos progresistas realizados con perspectivas sociales y comunitarias sobre la complejidad de las personas, con profesionales inquietos y cuestionadores, comprometidos de variadas maneras con las alternativas políticas del país, de la misma manera que otras muchas personas de otras disciplinas e intereses.

En nuestro país, por esos desarrollos, Goldenberg había tenido que enfrentar desde los comienzos de su práctica profesional muchas dificultades y ataques por su postura de luchar contra la institución psiquiátrica instituida y por sus posiciones ideológicas en Salud Mental y en lo universitario. Él, que había visto la continuidad de su obra en “el Lanús”, sostenida por sus discípulos y continuadores luego de dejar el Servicio en 1973, debió exilarse a fines de 1975. Venezuela lo recibió, y allí siguió como docente universitario hasta mediados de los '90, continuando también hasta esa época en el Comité de Expertos de la OPS/OMS.

En 1984, asesoró al primer Gobierno Nacional elegido democráticamente después del Terrorismo de Estado, en lo que fue inicialmente un Plan de Salud Mental para el país, transformado –luego de comenzar a ser gestionado– en Propuestas para un Programa Nacional de Salud Mental, asumido federalmente por la mayoría de los estados provinciales del país, que lo fueron procesando localmente y generando sus planificaciones provinciales apoyadas en él. En ese mismo año, fue nombrado Profesor Emérito de la Universidad de Buenos Aires, como reconocimiento a sus permanentes y transformadoras actividades docentes y a su prestigio nacional e internacional.

Albergado en el afecto de su familia y acompañado desde la distancia por multitud de amigos y discípulos, murió en su casa el 12 de septiembre del 2006, en Washington, lugar en el que vivió los últimos de sus 90 años de vida.

Dr. Vicente A. Galli