



VERTEX
REVISTA ARGENTINA DE PSIQUIATRÍA

131

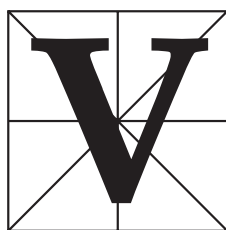


**URGENCIAS EN PSIQUIATRÍA
INFANTO-JUVENIL**

*Armus / Bella / Canessa / Coronel / Darling / Factorovich / García Barthe
Moro / Novas / Pinelli / Tagliotti / Villa / Woscoboinik*

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

Volumen XXVIII – Nº 131 Enero – Febrero 2017 – ISSN 0327-6139 – Buenos Aires



VERTEX

REVISTA ARGENTINA DE PSIQUIATRÍA

131

Director:

Juan Carlos Stagnaro

Director Asociado para Europa:

Dominique Wintrebert

Secretario:

Martín Nemirovsky

Comité Científico

ARGENTINA: F. Álvarez, M. Cetkovich Bakmas, R. H. Etchegoyen, O. Gershanik, A. Goldchluk, A. Monchablon Espinoza, J. Nazar, E. Olivera, J. Pellegrini, D. J. Rapela, L. Ricón, S. L. Rojtenberg, D. Rabinovich, A. Ravenna, E. Rodríguez Echandía, C. Solomonoff, M. Suárez Richards, I. Vegh, H. Vezzetti, P. Zöpke Austria: P. Berner. **BÉLGICA:** J. Mendlewicz. **BRASIL:** J. Forbes, J. Mari. **CANADÁ:** B. Dubrovsky. **CHILE:** A. Heerlein, F. Lolas Stepke. **EE.UU.:** R. Alarcón, O. Kernberg, R. A. Muñoz. **ESPAÑA:** V. Barembli, H. Pelegrina Cetrán. **FRANCIA:** F. Caroli, H. Lôo, P. Noël, J. Postel, S. Resnik, T. Tremine, E. Zarifian. **ITALIA:** F. Rotelli. **PERÚ:** M. Hernández. **SUECIA:** L. Jacobsson. **URUGUAY:** H. Casarotti, A. Lista, E. Probst. **VENEZUELA:** C. Rojas Malpica.

Comité Editorial

Martín Agrest (Proyecto Suma); Patricio Alba (Hospital "Torcuato de Alvear"); Norberto Aldo Conti (Hospital "José T. Borda"); Juan Costa (Centro de Atención Primaria CeSAC 24, GCBA); Gabriela S. Jufe (Hospital "Torcuato de Alvear"); Eduardo Leiderman (Universidad de Palermo); Santiago Levín (Universidad de Bs. As.); Daniel Matusevich (Hospital Italiano de Bs. As.); Alexis Mussa (Medicus); Martín Nemirovsky (Proyecto Suma); Federico Rebok (Hospital "Braulio A. Moyano"); Esteban Toro Martínez (Cuerpo Médico Forense de la Corte Suprema de Justicia de la Nación); Hugo Pisa (Consultor independiente); Fabián Triskier (Consultor independiente); Ernesto Wahlberg (Consultor independiente); Silvia Wikinski (CONICET).

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); E. Mata (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); M. Outes (Hosp. B. Moyano); S. Sarubi (Hosp. P. de Elizalde); N. Stepansky (Hosp. R. Gutiérrez); J. Zirulnik (Hosp. J. Fernández). **CÓRDOBA:** C. Curtó, J. L. Fitó, A. Sassatelli. **CHUBUT:** J. L. Tuñón. **ENTRE RÍOS:** J. L. Tuñón. **JUJUY:** C. Rey Campero; M. Sánchez. **LA PAMPA:** C. Lisofsky. **MENDOZA:** B. Gutiérrez; J. J. Herrera; F. Linares; O. Voloschin. **NEUQUÉN:** E. Stein. **RÍO 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. **TUCUMÁN:** 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, piso 5

(1093), Buenos Aires, Argentina

Tel./Fax: 54(11)4383-5291

E-mail: editorial@polemos.com.ar

www.editorialpolemos.com.ar

Corrección técnica de textos:

Natalia Fuertes

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

Objetivo de VERTEX, Revista Argentina de Psiquiatría

El objetivo de la revista VERTEX es difundir los conocimientos actuales en el área de Salud Mental y promover el intercambio y la reflexión acerca de la manera en que dichos conocimientos modifican el corpus teórico en que se basa la práctica clínica de los profesionales de dicho conjunto disciplinario.

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

Hecho el depósito que marca la ley.

VERTEX, Revista Argentina de Psiquiatría, Vol. XXVIII Nro. 131 ENERO-FEBRERO 2017

Todos los derechos reservados. © Copyright by VERTEX

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

Impreso en:

Cosmos Print

Ed. Fernández 155, Avellaneda

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.ar

Ilustración de tapa

Título: "Chica sobre un paisaje"
Acrílico sobre lienzo
73 x 106cm, 2015
Pilar Soto Acebal
Profesora Nacional de Dibujo
y Pintura

REVISTA DE EXPERIENCIAS CLINICAS Y NEUROCIENCIAS

• Dispositivos residenciales comunitarios asociados a la Colonia Nacional "Dr. Manuel A. Montes de Oca" de la provincia de Buenos Aires, Argentina
Cecilia Keena, Jorge Rossetto, Matías Somoza, Martín De Lellis pág. 11

• El saber clínico como saber antropológico: reflexiones en torno al *pacto de cuidado*
María Lucrecia Rovaletti pág. 23

DOSSIER

URGENCIAS EN PSIQUIATRÍA INFANTO-JUVENIL pág. 30

• Experiencia de una sala de internación de psiquiatría en un hospital pediátrico de la provincia de Córdoba (Argentina): entre cambios epidemiológicos y legislativos
Mónica Edith Bella pág. 33

• Manejo de las urgencias psiquiátricas en población infantojuvenil con consumo de sustancias psicoactivas
Pablo Andrés Coronel pág. 40

• El hospital y las urgencias de la época.
Salud Mental de niños y adolescentes
Sandra Viviana Novas, Mónica García Barthe pág. 48

• Tiempos de la infancia.
Clínica de la urgencia y del desamparo
Marcela Armus, Marisa Factorovich, Nora Woscoboinik pág. 55

• Consideraciones clínicas sobre los efectos traumáticos del Abuso Sexual Infantil (ASI) en pacientes adolescentes
Mauro Pinelli pág. 61

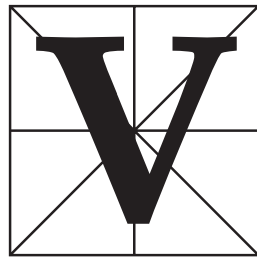
• Internación por intentos de suicidio en un hospital infantil
Paula Tagliotti, Natalia Canessa, Bárbara Darling pág. 66

• La violencia interpersonal entre jóvenes en barrios marginalizados de la ciudad de Buenos Aires: un campo de intervención en Salud Mental
Alejandro Marcelo Villa pág. 69

• "El más cruel fastidio, no vale un suicidio"
Entrevista a Marie Rose Moro
Por Marcela Armus y Juan Carlos Stagnaro pág. 75

LECTURAS Y SEÑALES

• Las clases de Hebe Uhart
Daniel Matusevich pág. 78



EDITORIAL



Durante el siglo XX, y aún hoy, la mortalidad a nivel mundial ha venido cayendo al 2% por año, en todos los países y en todas las categorías demográficas. Pero los norteamericanos blancos sin mucha preparación académica son la excepción. Su tasa de mortalidad es mayor que la de los hispanos o los negros de su misma edad y de su mismo nivel educativo y es también mucho más alta ahora de lo que había sido hasta comienzos de este siglo: mientras que en 1999 su tasa de mortalidad era un 30% más baja que la de los negros de sus mismas características, para el año 2015 la mortalidad de los blancos era un 30% más alta que la de los afroamericanos. En este grupo, los suicidios y las muertes por sobredosis de drogas y por alcoholismo aumentaron drásticamente. El cáncer y las enfermedades cardíacas también se agudizaron, así como la obesidad. Desde el 2000, las muertes por estas causas entre los blancos no-hispanos, entre 50 y 54 años de edad, se han duplicado. Y para el 2015 morían a una tasa dos veces mayor que la de las mujeres blancas con las mismas características (y cuatro veces más que la de los hombres blancos que alcanzaron a ir a la universidad). En los EE. UU. la mitad de los hombres desempleados consume medicamentos contra el dolor y dos tercios consume opioides. En 2015, más estadounidenses, en una abrumadora mayoría blancos, de edad madura, fallecieron por sobredosis de drogas que por armas de fuego y accidentes de tránsito. Se trata de un fenómeno exclusivamente estadounidense; en otros países desarrollados no sucede. Esta es una de las conclusiones de un importante estudio que acaban de presentar el Premio Nobel de Economía Angus Deaton y Anne Case, una destacada economista de la Universidad de Princeton.

Los autores opinan que las causas profundas de este fenómeno tienen que ver con lo que ellos llaman "desventajas acumulativas". Estas son condiciones debilitantes y hábitos disfuncionales que este grupo humano ha ido adoptando durante toda su vida como respuesta a profundas transformaciones económicas y sociales generadas tanto por la crisis de la globalización capitalista como por la automatización de la producción, que están haciendo desaparecer los puestos de trabajo de baja calificación y, por ende, causando un desempleo irreversible y la consecuente caída en los ingresos de estas personas que ven bloqueado su proyecto de vida, volviéndolos más vulnerables a lo que Deaton y Case describen como "muertes por desesperanza". Son hombres nacidos y criados en el "sueño americano" que hoy no ven un futuro mejor ni para ellos ni para su familia.

Por otro lado, se viene señalando que la depresión es la principal causa de problemas de salud y discapacidad en todo el mundo. Según las últimas estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), más de 300 millones de personas viven con depresión; un incremento de más del 18% entre 2005 y 2015 no explicable, en nuestra opinión, por un eventual subdiagnóstico. En la llamada por la OMS, Región de las Américas, cerca de 50 millones de personas vivían con depresión en 2015, es decir, alrededor del 5% de la población. Si se aceptan estas correlaciones entre condiciones socioeconómicas y enfermedades cabe preguntarse si el importante aumento actual de los cuadros depresivos que denuncia la OMS no se explica, al menos en parte, por la incorporación a esa población afectada, de personas que expresan la conflictiva existencial que observaron Deaton y Case, u otras formas de obstáculo a su desarrollo y realización personal. Tales causas sociogénicas, sin llegar a ser letales, podrían generar, en los medianamente vulnerables, genética y psicológicamente, un estado de ánimo reactivo que cabría denominar "vidas sin esperanzas". Un interrogante a explorar y eventualmente discriminar en las categorías de las nosografías psiquiátricas porque sus consecuencias terapéuticas serían radicalmente diferentes ■

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

MÉTODO DE ARBITRAJE

Los trabajos enviados a la revista son evaluados de manera independiente por un mínimo de dos árbitros, a los que por otro lado se les da a conocer el nombre del autor. Cuando ambos arbitrajes son coincidentes y documentan la calidad e interés del trabajo para la revista, el trabajo es aceptado. Cuando hay discrepancias entre ambos árbitros, se solicita la opinión de un tercero. Si la opinión de los árbitros los exige, se pueden solicitar modificaciones al manuscrito enviado, en cuyo caso la aceptación definitiva del trabajo está supeditada a la realización de los cambios solicitados. Cuando las discrepancias entre los árbitros resultan irreconciliables, el Director de VERTEX toma la decisión final acerca de la publicación o rechazo del manuscrito.

TEMAS DE LOS DOSSIERS DEL AÑO 2017

Vertex 131 / Enero - Febrero
URGENCIAS EN PSIQUIATRÍA
INFANTO-JUVENIL

Reglamento de publicaciones

Cuestiones generales

VERTEX es una revista en español que publica trabajos sobre Psiquiatría, Neurociencias y disciplinas conexas. Está dirigida especialmente a profesionales del campo de la Salud Mental.

Las condiciones de presentación y publicación de manuscritos que se detallan más abajo se ajustan a las normas del Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas (International Committee of Medical Journal Editors, ICMJE). En el sitio web de dicho Comité se encuentra un instructivo detallado que es reproducido bajo el título "Requisitos Uniformes para la publicación de trabajos en revistas médicas" en múltiples sitios en español. Se recomienda especialmente consultar versiones actualizadas de dichos requisitos antes de enviar un trabajo a VERTEX. El envío de un manuscrito a VERTEX constituye en sí mismo una constancia de aceptación de este reglamento de publicaciones, y por lo tanto de las responsabilidades en cuanto a autoría, originalidad y confidencialidad que en él se enuncian.

Originalidad

La manuscritos enviados a VERTEX serán aceptados en el entendimiento de que son material original, no publicado previamente, ni enviado simultáneamente para ser publicado en otra revista y que han sido aprobados por cada uno de sus autores. Son aceptables trabajos que sólo fueron publicados en forma de resumen de no más de 500 palabras. Esto incluye libros, artículos por invitación en otras revistas, publicaciones en medios de difusión masiva de cualquier clase, como así también bases de datos electrónicas públicas.

La reproducción de figuras o tablas previamente publicadas, ya sea por los autores del manuscrito, o por otros autores, deberá contar con la autorización por escrito de la fuente (revista, libro, material electrónico u otro) originales.

Autoría

Todas las personas que firman el trabajo deben reunir los requisitos para ser autores de un trabajo científico. De acuerdo con el Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas se considera que un autor es una persona que ha realizado una contribución intelectual sustancial a un estudio, entendiendo esta como el cumplimiento de los tres requisitos que se enumeran a continuación: 1) haber contribuido a la concepción,

diseño, adquisición de datos, análisis o interpretación de los mismos; 2) escribir el borrador del artículo o revisarlo críticamente en sus aspectos sobresalientes; 3) proporcionar la aprobación final de la versión enviada para su publicación. A la inversa, cualquier persona que cumpla con los requisitos mencionados debe figurar como autor.

Cuando un grupo lleva a cabo un ensayo multicéntrico, los autores son aquellos que detentan la responsabilidad directa del manuscrito. Son éstos quienes deben reunir los criterios de autoría que acabamos de mencionar. Los demás colaboradores deberán ser enlistados en el apartado de Agradecimientos.

Para VERTEX, en consonancia con las normas vigentes en las publicaciones médicas, la provisión de fondos, la supervisión general del grupo de investigadores o un rol jerárquico en la institución en que se realizó el trabajo no justifican la autoría.

Todas las personas designadas como autores deben calificar como tales, y todos aquellos que reúnen las condiciones para serlo deben ser mencionados. Cada uno de ellos debe haber participado en forma suficiente en el trabajo como para poder responsabilizarse del mismo públicamente.

En el apartado de "Agradecimientos" pueden mencionarse a todos aquellos que hayan contribuido económica o técnicamente al trabajo de manera tal que no justifique su autoría. También puede agradecerse a quienes facilitaron la realización del trabajo o la preparación del manuscrito.

Transferencia de derechos y envío del manuscrito

VERTEX solicita que todos los autores aprueben el manuscrito que es enviado para su consideración, como así también que todos cedan a la revista el derecho de publicación. El manuscrito, por lo tanto, debe ir acompañado de una carta en la que todos los autores manifiesten su voluntad en este sentido (consultar el modelo de carta propuesto en la última página de este Reglamento). Ningún manuscrito será aceptado definitivamente hasta que esta carta haya sido recibida en la Editorial. Es responsabilidad de los autores contar con la autorización de aquellos a quienes se agradece en el apartado de "Agradecimientos".

Si en el trabajo se realizan citas extensas (de más de 500 palabras) o figuras de otros textos, los autores deben contar con autorización de los editores del material citado.

Aclaración de conflictos de intereses

Toda forma de apoyo (subsidios, financiación de laboratorios farmacéuticos, etc.) debe ser mencionada en el apartado "Agradecimientos".

Además, los autores deben especificar, en un apartado especial a continuación del apartado de Agradecimientos, y bajo el título "Declaración de conflictos de intereses", los compromisos comerciales o financieros que pudieran representar un aparente conflicto de intereses en relación con el artículo enviado, incluyendo pagos de asesorías, de sueldos, u otras retribuciones. La lista de empresas o entidades privadas o de otro tipo que hubieran pagado al o los autores honorarios en concepto de los rubros antes mencionados debe ser explícitamente aclarada.

Si no hubiera conflicto de intereses, en este apartado se consignará "El /los autor/es no declara/n conflictos de intereses".

Esta información no deberá necesariamente limitar la aceptación del material, y podrá o no, a criterio del Comité Editorial, ser puesta a disposición de los evaluadores del manuscrito.

Preservación del anonimato de los pacientes

El material clínico enviado para su publicación debe cuidar especialmente la protección del anonimato de los pacientes involucrados.

Consentimiento informado

Los trabajos de investigación clínica deben incluir, en el apartado "Materiales y Métodos" una cláusula que señale que todos los pacientes participantes han sido informados de las características y objetivos del estudio y han otorgado el consentimiento para su inclusión en el mismo.

Proceso de revisión de manuscritos

El proceso de evaluación por pares constituye la piedra angular de la comunicación científica. La revista cuenta con un Consejo Editorial y un numeroso grupo de asesores científicos. Todos los trabajos enviados para su publicación son sometidos a la evaluación de al menos dos de los miembros de dichas instancias. Los evaluadores reciben una copia del trabajo en la que se omiten los nombres de los autores, de manera tal de evitar sesgos en el proceso evaluatorio. Si fuera necesario, se podrá solicitar además una evaluación de los procedimientos estadísticos empleados, o la opinión de algún evaluador externo a la revista.

Si las opiniones de ambos revisores fueran divergentes, el Editor o el Comité Científico puede solicitar una tercera opinión, o decidir como cuerpo colegiado acerca de la publicación o no del trabajo. Si los revisores consultados lo solicitan, el Editor podrá requerir al o los autores modificaciones para adecuar el manuscrito a las sugerencias realizadas. El o los autores recibirán, junto con la decisión del Editor, los comentarios de los revisores a fin de conocer los fundamentos de la decisión final adoptada.

Envío de trabajos

La revista acepta los siguientes tipos de artículos: Investigación original, Revisiones, Cartas de lector y Artículos de opinión. Cada número de la revista incluye una sección, denominada "Dossier", cuyos artículos son escritos por invitación.

Todos los trabajos deberán ser enviados a Moreno 1785, 5to piso, dirigidos a VERTEX Revista Argentina de Psiquiatría, Att: Comité de Redacción. Se solicitan tres ejemplares del trabajo y un diskette o disco compacto conteniendo el material con la aclaración del procesador de textos utilizado, el título del trabajo y el nombre del primer autor.

Dos de las copias impresas deben entregarse sin el nombre de los autores en la página del título. Todos los manuscritos deben ir acompañados de una carta en la que se especifique el tipo de artículo que se está presentando (ver a continuación).

Antes de enviar el trabajo verifique haber cumplido con las normas utilizando el apartado titulado "ANTES DE ENVIAR EL TRABAJO", que se incluye al final de este Reglamento.

Tipos de trabajos

Investigación original

Describe nuevos resultados en la forma de un trabajo que contiene toda la información relevante para que el lector que así lo desee pueda repetir los experimentos realizados por los autores o evaluar sus resultados y conclusiones. Las investigaciones originales no deben exceder los 19.500 caracteres incluyendo un resumen de no más de 200 palabras, texto, referencias y datos contenidos en tablas y figuras. Se recomienda especialmente la utilización del menor número de figuras posible. El Comité de Redacción valora especialmente la capacidad de síntesis, siempre que esta no comprometa la claridad y exhaustividad del trabajo.

Revisión

Estos textos compilan el conocimiento disponible acerca de un tema específico, contrastan opiniones de distintos autores e incluyen una bibliografía amplia. La longitud de estos trabajos no debe exceder los 19.500 caracteres incluyendo un resumen de no más de 200 palabras, el texto propiamente dicho y las referencias bibliográficas. Como se mencionó más arriba el uso de figuras o tablas publicadas previamente por el autor o por otros autores debe haber sido expresamente autorizado por el editor original, y debe ser citado apropiadamente al pie de la figura y en el apartado "Referencias".

Carta de lector

Son textos breves en los que se pueden comentar trabajos ya publicados en la revista, proporcionar datos clínicos novedosos pero anecdóticos, o en los que se pueden compartir reflexiones acerca de aspectos teóricos o prácticos de la disciplina. Su longitud no debe exceder las 500 palabras. Los comentarios acerca de trabajos publicados en VERTEX deben citar en forma completa el trabajo al que se refieren. Pueden o no incluir una breve bibliografía.

Artículo de controversia o de opinión

Son trabajos en los que se presentan o discuten temas particularmente polémicos. Pueden publicarse dos o más de estos artículos, sobre un mismo tema en el mismo o en números sucesivos de la revista. Su longitud no debe exceder los 8000 caracteres incluyendo las referencias bibliográficas.

Organización interna de cada tipo de manuscrito*Instrucciones generales*

Todos los materiales enviados a VERTEX para su publicación serán impresos en papel tamaño A4 (21 cm x 29,7 cm), escritos a doble espacio, en letra de cuerpo de 12 puntos.

Primera página (común a todos los tipos de trabajos, salvo Cartas de lectores)

El texto del trabajo será precedido por una página (página de título) con los siguientes datos: título, nombre y apellido de los autores, dirección profesional y de correo electrónico del autor principal, título profesional, lugar de trabajo y lugar en el que el trabajo fue realizado.

El título debe ser informativo y lo más breve posible (ver más abajo las restricciones al uso de abreviaturas).

Segunda página (solo para Investigaciones originales, revisiones y artículos de opinión)

La segunda página contendrá los resúmenes en español y en inglés y bajo el subtítulo "Palabras claves" y "Keywords" se especificarán 5 palabras o frases cortas en inglés y español respectivamente. Se proporcionará un título en inglés.

El resumen de 200 palabras deberá proporcionar los antecedentes del trabajo, los propósitos del mismo, los medios de que se valió para lograrlo, los resultados obtenidos y las conclusiones que de los mismos se desprenden.

Cuando se trate de revisiones debe aclararse cuáles son los puntos esenciales que se exploraron y la conclusión principal a la que se llegó.

El resumen es la única parte del trabajo que resulta visible para la totalidad de los lectores, ya que está indexada en bases de datos internacionales. Por lo tanto, se recomienda especialmente a los autores que cuiden su redacción, haciéndola lo más informativa y completa posible. Debe también cuidarse que su contenido refleje con precisión el del artículo.

Texto

La organización del texto es distinta según el tipo de trabajo de que se trate.

Investigaciones originales

Las secciones que debe incluir son: Introducción, Métodos, Resultados, Discusión, Referencias bibliográficas.

Revisiones

El formato interno de estas es más libre. Sin embargo no debe omitirse la mención de los objetivos de la revisión, medio del que se valieron los autores para revisar la bibliografía disponible.

Cartas de lector y artículos de opinión

Estos dos tipos de artículos tienen una estructura libre. No debe omitir la bibliografía que se discute o que fundamenta la controversia o la comunicación al director (según sea el caso).

Agradecimientos

En un texto breve los autores podrán agradecer a quienes hayan contribuido a la realización del trabajo (por ejemplo colaboradores técnicos). Las fuentes de financiación deberán ser explícitamente mencionadas.

Referencias bibliográficas

Las referencias bibliográficas se incluirán en una página aparte de la del texto.

Las referencias serán citadas con números correlativos, entre paréntesis, a medida que aparezcan en el texto y con ese número serán luego enlistadas en la sección "Referencias bibliográficas". No usar supraíndices para las citas bibliográficas.

Ejemplo:

"Algunos autores observaron que la administración de un placebo, acompañada de un seguimiento clínico que no incluía ni siquiera una psicoterapia formal, proporcionaba alivio sintomático duradero a alrededor de un 50% de los pacientes con depresión leve (1,2)

Referencias bibliográficas

1.- Shea MT, Elkin I, Imber SD, Sotsky SM, Watkins JT, Collins JF, Pilkonis PA, Beckham E, Glass DR, Dolan RT. Course of depressive symptoms over follow-up: findings from the NIMH treatment of depression collaborative research. *Arch Gen Psychiatry* 1992, 49: 782-787.

2.- Rabkin JG, McGrath P, Stewart JW, Harrison W, Markowitz JS, Quitkin F. Follow-up of patients who improved during placebo washout. *J Clin Psychopharmacol* 1986, 6: 274-278.

Las citas bibliográficas se ajustan a lo estipulado por el Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas (International Committee of Medical Journal Editors -o ICMJE-). En la siguiente página se proporcionan ejemplos para los tipos de citas más frecuentes. Otros ejemplos pueden ser consultados en la página web de la Biblioteca de Medicina de los Estados Unidos de América (www.nlm.nih.gov) bajo la entrada "International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) Uniform Requirements for Manuscripts submitted to Biomedical Journals: Sample References".

Artículos de revistas*Artículo estándar*

Incluir los seis primeros autores y a continuación escribir et al.

Molto J, Inchauspe JA. Libertad de prescripción en España. *VERTEX* 2005; XVI (59): 130-132.

Autor corporativo

The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Clinical exercise stress testing. Safety and performance guidelines. *Med J Aust* 1996; 164:282-4.

Suplemento de un volumen

Shen HM, Zhang QF. Risk assessment of nickel carcinogenicity and occupational lung cancer. *Environ Health Perspect* 1994; 102 Supl 1:275-82.

Libros y otras fuentes de información impresa*Autores individuales*

Bagnati P, Allegri RF, Kremer J, Taragano FE. Enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Manual para los familiares y el equipo de salud. Buenos Aires, Editorial Polemos, 2003.

Editor(es) como autores

Norman IJ, Redfern SJ, editores. Mental health care for elderly people. New York: Churchill Livingstone; 1996.

Capítulo de libro

Phillips SJ, Whisnant JP. Hypertension and stroke. En: Laragh JH, Brenner BM, editors. Hypertension: pathophysiology, diagnosis and management. 2.^a ed. New York: Raven Press; 1995. p. 465-78.

Actas de conferencias

Kimura J, Shibasaki H, editors. Recent advances in clinical neurophysiology. Proceedings of the 10th International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology; 1995 Oct 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.

Ponencia presentada en un Congreso

Bengtsson S, Solheim BG. Enforcement of data protection, privacy and security in medical informatics. En: Lun KC, Degoulet P, Piemme TE, Rienhoff O, editors. MEDINFO 92. Proceedings of the 7th World Congress on Medical Informatics; 1992 Sept 6-10; Geneva, Switzerland. Amsterdam: North-Holland; 1992. p. 1561-5.

Material No publicado*En prensa*

Leshner AI. Molecular mechanisms of cocaine addiction. *N Engl J Med*. En prensa 1996.

Material Informático*Artículo de revista en formato electrónico*

Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. *Emerg Infect Dis* [serial online] 1995 Jan-Mar [citado 5 Jun 1996]; 1(1): [24 pantallas]. Disponible en <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm>

Comunicación personal

Se deberá limitar al máximo este tipo de citas, se deberá contar con la autorización escrita de la fuente.

Figuras

Las figuras deberán ser en blanco y negro, lo que incluye el tramado de superficies para diferenciar distintos grupos experimentales. No se aceptan medios tonos, grises ni colores.

Las figuras serán identificadas con números arábigos, en orden correlativo según aparecen en el texto. Debe enviarse el número mínimo de figuras que facilite la comprensión de los resultados obtenidos. No se aceptarán figuras que utilicen tres dimensiones (3D), a menos que en éstas se cuantifiquen y relacionen entre sí tres parámetros distintos. En la realización de las figuras los 7 autores deben tener en cuenta que el tamaño de las letras y de los números debe ser tal que, aún reducidos para su inclusión en la revista, éstos sean legibles.

Las figuras serán enviadas en página aparte (documento aparte en el diskette), formato Word. Se desaconseja explícitamente el uso de figuras para mostrar resultados que pueden ser fácilmente enunciados en forma de texto o tabla (por ejemplo la distribución por sexos o edades en una población, la proporción de pacientes que responden a una de tres o cuatro características en una muestra, etc.). Como se menciona más arriba, si se reproducen figuras previamente publicadas, los autores deberán contar con una autorización por escrito para su reproducción. En la leyenda correspondiente se citará la fuente original con la aclaración "Reproducido con autorización de ... (cita de la fuente original)".

Leyendas de las figuras

En página aparte, a continuación del cuerpo principal del manuscrito, deberán consignarse todos los pies de figura correctamente identificados con el número arábigo correspondiente. Las leyendas serán lo suficientemente explicativas como para que los lectores puedan comprender la figura sin recurrir al texto.

Tablas

Se presentarán en hojas aparte y deberán ser identificadas con números arábigos en orden correlativo según sean citadas en el texto. Estarán provistas de su correspondiente encabezamiento, lo suficientemente claro como para que, al igual que las figuras, puedan ser interpretadas sin volver al texto del artículo. La información contenida en las mismas no debe ser incluida en el cuerpo del trabajo.

Abreviaturas

Las únicas abreviaturas aceptadas son aquellas consagradas por el uso, como ADN (por ácido desoxirribonucleico), ATP (por adenosintrifosfato), etc. Cuando un término es excesivamente largo o es una frase de más de tres palabras (ejemplo: trastorno obsesivo compulsivo) y aparece más de seis veces en el cuerpo principal del manuscrito los autores podrán optar por abreviarlo. La abreviatura deberá ser presentada entre paréntesis a continuación de la primera vez que se utiliza el término o frase, y a partir de ese punto podrá reemplazarlos. Ejemplo: El trastorno obsesivo compulsivo (TOC).....

No se aceptan abreviaturas en el título ni en el resumen. Deben evitarse oraciones con más de una abreviatura, ya que su lectura se hace muy difícil.

No deben utilizarse abreviaturas de frases o palabras escritas en un idioma distinto al español.

ANTES DE ENVIAR EL MANUSCRITO

Antes de enviar el manuscrito controle haber cumplido con los siguientes requisitos

Hoja de título

- Título
- Autor o autores
- Títulos
- Lugar de pertenencia
- Dirección postal
- Dirección de correo electrónico

Resumen

- Controle que no tenga más de 200 palabras.
- No utilizar abreviaturas

Resumen en inglés

- Título en inglés
- Controle que el número de palabras sea igual o menor a 200.
- No utilizar abreviaturas

Cita correcta de la bibliografía

- ¿Cada una de las citas indicadas en el texto tiene su correspondiente referencia en el apartado de Bibliografía?
- ¿Las referencias están citadas de acuerdo al reglamento de publicaciones?

Figuras

- ¿Están numeradas?
- ¿Cada una está correctamente citada en el texto?
- ¿Se acompañaron los pies o leyendas indicando a qué figura corresponde cada uno?
- ¿La tipografía utilizada es legible una vez reducida la figura al tamaño de una o a lo sumo dos columnas de la revista?

Tablas

- ¿Están numeradas?
- ¿Cada una está correctamente citada en el texto?
- ¿Cada tabla está encabezada por un título suficientemente explicativo?

Declaración de posibles conflictos de intereses

- ¿Están debidamente aclarados?

MODELO DE CARTA DE CESIÓN DE DERECHOS

Dr. Juan Carlos Stagnaro
DIRECTOR DE VERTEX, REVISTA ARGENTINA DE PSIQUIATRÍA
Buenos Aires, Argentina
Presente.

Por medio de la presente el (los) suscrito (s) autor (es) remitimos para su publicación en Vertex, Revista Argentina de Psiquiatría el artículo titulado:

(título completo del artículo)

para que, de forma exclusiva, reproduzca, publique, edite, comunique y transmita públicamente en cualquier forma o medio impreso o electrónico e incluya en índices nacionales e internacionales o bases de datos en caso de ser aprobado el artículo de mi (nuestra) autoría, sin percibir pago compensatorio a cambio.

Por lo tanto, el (los) autor (es) firmante (s) declara (mos):

Que el trabajo de investigación indicado es un trabajo original.

Que no ha sido previamente publicado por ningún medio.

Que no ha sido remitido simultáneamente a otras publicaciones impresas o digitales, ni está pendiente de valoración para su publicación en ningún otro medio, en ningún formato.

Que en caso de ser publicado el artículo, transferimos todos los derechos de autor a Vertex, Revista Argentina de Psiquiatría, sin cuyo permiso expreso no podrá reproducirse ninguno de los materiales publicados en la misma.

Que ni el trabajo presentado ni su título vulneran ningún derecho de autor, derecho literario, marca o derecho de propiedad de terceras personas.

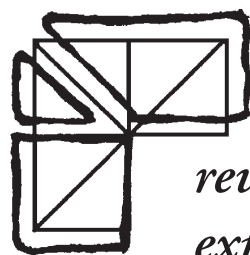
Asumo (asumimos) la total responsabilidad de todas las opiniones contenidas en el trabajo remitido.

En virtud de lo anterior, manifiesto (manifestamos) expresamente que no me (nos) reservo (reservamos) ningún derecho en contra de *Vertex, Revista Argentina de Psiquiatría*, sus auspiciantes o editores.

Dando fe de lo expresado anteriormente firmamos los autores, sometiéndonos a las acciones legales en caso de falsedad.

Atentamente,

(Firma, aclaración y DNI del (de los) autor (es))



*revista de
experiencias
clínicas y neurociencias*



Dispositivos residenciales comunitarios asociados a la Colonia Nacional “Dr. Manuel A. Montes de Oca” de la provincia de Buenos Aires, Argentina

Cecilia Keena

Colonia Nacional Dr. Manuel Montes De Oca, Ministerio de Salud de la Nación

Jorge Rossetto

*Colonia Nacional Dr. Manuel Montes De Oca, Ministerio de Salud de la Nación
E-mail: rossetto.jorge@gmail.com*

Matías Somoza

Dirección de Salud Mental y Adicciones, Ministerio de Salud de la Nación

Martín De Lellis

Dirección de Salud Mental y Adicciones, Ministerio de Salud de la Nación

Resumen

La Colonia Nacional “Dr. Manuel A. Montes de Oca” ha desarrollado un Programa para la Reforma del Modelo de Atención y Rehabilitación Integral que comprende la implantación de dispositivos residenciales comunitarios en el área de influencia de la Institución. Dicho programa, que aspira a la sustitución progresiva de las camas asilares, ha sido objeto de una investigación evaluativa que ha incluido la casi totalidad de los dispositivos mediante un diseño transversal y descriptivo, con instrumentos de relevamiento creados por el equipo y en acuerdo con los referentes de la Institución. El presente artículo se propone iniciar un conjunto de trabajos evaluativos en distintas dimensiones concernientes al proceso de reforma institucional, describiendo los antecedentes, los objetivos y la metodología y desarrollo del estudio para lograr la caracterización general de los dispositivos. Se sintetizan seguidamente los principales resultados del estudio en torno a un conjunto de aspectos que consideramos más significativos para la caracterización de los dispositivos: a) Tipo de usuarios atendidos; b) Cobertura de atención; c) Modalidad de abordaje; d) Utilización de servicios sociales y sanitarios; e) Egresos y retornos a la Institución; e) Principales barreras halladas en la implementación de tales dispositivos. El trabajo concluye con una serie de propuestas que se basan en el relevamiento efectuado tendientes a promover la mayor sustentabilidad posible en la implantación de los dispositivos comunitarios seleccionados.

Palabras clave: Dispositivos residenciales - Desinstitucionalización - Rehabilitación - Reforma psiquiátrica.

COMMUNITY RESIDENTIAL DEVICES ASSOCIATED WITH PSYCHIATRIC HOSPITAL "DR. MANUEL A. MONTES DE OCA" IN THE PROVINCE OF BUENOS AIRES, ARGENTINA

Abstract

The psychiatric hospital "Dr. Manuel A. Montes de Oca" has developed a Program for the Reform of the Model of Attention and Integral Rehabilitation that includes the implantation of community residential devices in the area of influence of the Institution. This program, which aims at the progressive replacement of asylum beds, has been the subject of an evaluative investigation that has included almost all the devices through a transversal and descriptive design, with instruments of survey created by the equipment and in agreement with the References of the Institution. The present article proposes to initiate a set of evaluative works in different dimensions concerning the institutional reform process, describing the antecedents, the objectives and the methodology and development of the study to achieve the general characterization of the devices. The main results of the study are summarized below on a set of aspects that we consider most significant for the characterization of the devices: a) Type of users served; B) Coverage of Care; C) Method of approach; D) Use of social and health services; E) Expenses and returns to the Institution; E) Main barriers encountered in the implementation of such devices. The work concludes with a series of proposals that are based on the survey carried out tending to promote the greatest possible sustainability in the implementation of the selected community devices.

Key words: Residential devices - Deinstitutionalization - Rehabilitation - Psychiatric reform.

Introducción

En los últimos tiempos, los cambios adoptados en las políticas públicas y en las prácticas institucionales de atención en los servicios de Salud Mental han descansado en modelos de atención comunitaria que, partiendo de la presunción de la capacidad de todas las personas, ha tenido por objetivo la mejoría de la calidad de vida y el bienestar de las personas con padecimiento mental y/o discapacidad intelectual (1, 2, 4, 8, 11, 13, 14, 15, 16, 17).

Existe en la actualidad una creciente producción bibliográfica que contiene experiencias de evaluación de tales procesos, en el marco de los cuales podemos identificar como un componente fundamental la implantación de dispositivos comunitarios sustitutivos del modelo asilar.

Cabe destacar, por el particular denuedo y continuidad del proyecto, la evaluación del programa residencial para personas con trastornos mentales graves realizado en Andalucía durante el año 2001 que incluyó prácticamente a la totalidad de los dispositivos y residentes adscriptos al mismo, y que ha permitido caracterizar sus modalidades estructurales y de funcionamiento. Como señala Marcelino López en la explicitación del marco referencial del programa, "llama la atención la multiplicidad de programas existentes, con importantes variaciones en términos de estructura, dotación, mecanismos de gestión y dinámicas de funcionamiento. Tampoco son siempre coincidentes las visiones de los diversos agentes implicados (profesionales, familiares y usuarios) coexistiendo a veces perspectivas contrapuestas" (7).

En acuerdo con lo planteado por dicho autor respecto del padecimiento mental, coexisten en la sociedad actual dos perspectivas claramente diferenciadas que condicionan el diseño, la gestión y las prácticas de las distintas instituciones, servicios y dispositivos de atención:

a) Un enfoque de corte asilar, segregativo, cuyo objetivo es recluir a las personas consideradas como enfermos

mentales, en el cual rige aún (al menos en el plano de las representaciones) el concepto de peligrosidad y que se expresa fundamentalmente en el accionar de las Instituciones totales cuyas tareas son básicamente de custodia. Este enfoque se halla en la actualidad fuertemente cuestionado por la ineficacia de los resultados sanitarios y la violación de los derechos de las personas asistidas.

b) Un enfoque de carácter integral y de base comunitaria, en el cual prima la búsqueda de integrar el enfoque sanitario (centrado en la necesaria atención de la persona enferma que requiere tratamiento) a través del fortalecimiento de la red de servicios sanitarios coordinada con otras intervenciones de apoyo social y desde un enfoque respetuoso de los derechos de las personas.

De acuerdo a las evidencias relevadas, en este enfoque se privilegia el diseño e implementación de dispositivos sustitutivos de base comunitaria por el impacto favorable que logra en términos del seguimiento clínico, el control de la medicación y la concentración de acciones de rehabilitación, sin asociarse estos resultados a un mayor costo de tales servicios frente a los tradicionales (5).

En lo que atañe específicamente a la implementación de los dispositivos residenciales de base comunitaria se parte de la consideración de que una gran cantidad de personas con padecimiento mental presenta dificultades para la inclusión social y la vida en su comunidad, en condiciones adecuadas que garanticen la autonomía personal y el funcionamiento social (18).

A fin de revertir esta gran dificultad se propone desarrollar y disponer una variada gama de intervenciones sanitarias coordinadas con distintas funciones de apoyo social que pueden ser más adecuadamente suministradas mediante tales modalidades de atención (4).

Priman asimismo garantizar, entre otros, aspectos tales como: la flexibilidad en el apoyo, la autonomía en

las decisiones del sujeto, el acceso a oportunidades de inclusión social y la participación de los mismos en la gestión de la vida cotidiana; la mejora en las relaciones interpersonales (mayor contacto con familias, amigos y personal del servicio), mayor bienestar material, mejores características del hogar y del entorno residencial, incremento de las competencias (mayor número de oportunidades educativas, de entrenamiento y de ocio, ocupación más frecuente y estable, red de apoyos más sólida, un acceso más fácil a los recursos de la comunidad, mayor participación y satisfacción general más elevada).

Los aspectos más dignos de consideración en los trabajos relevados han sido los siguientes:

- 1) En cuanto a la relación usuario/operador para garantizar la supervisión y apoyo técnico-profesional uno de cuyos indicadores es la tasa de residente/personal asistencial. La literatura refleja que existe una realidad variable, fundamentalmente en relación con las características de los pacientes y el grado de protección o apoyo brindado por cada dispositivo. En los dispositivos que tienen un sistema presencial de personal durante las 24 hs., la relación hallada en el estudio realizado por López M, et al. (7) es de 1,6 residentes por operador/monitor, con oscilaciones relativamente moderadas (desde 1 a 2,2), mientras que en dispositivos para personas con severas dificultades que afectan su autonomía personal, la relación incluso puede superar el 1/1.

En las Directrices de organización y funcionamiento de Servicios de Salud Mental¹, los servicios habitacionales se categorizan de acuerdo al nivel de apoyo requerido, diferenciándose entre residencias de bajo, medio y alto nivel de apoyo. Las residencias deberán contar con un programa de intervención específico según el perfil poblacional, contemplando el grupo etario, el padecimiento mental, la funcionalidad psicosocial y los grados de apoyos requeridos.

En cuanto al personal de salud requerido, se sugiere contar con la figura del coordinador, personal con tareas de acompañamiento/cuidados y el seguimiento de un equipo interdisciplinario de salud, el cual podrá tener pertenencia a un efector de salud de mayor complejidad, como ser hospital general o un centro de salud o de un equipo móvil dependiente de una dirección o Ministerio de Salud. Puede tener a cargo el seguimiento de varios dispositivos residenciales. Se sugiere que esté integrado por médico psiquiatra, psicólogo, trabajador social, enfermero y terapeuta ocupacional, y otros profesionales de salud que sean requeridos según la estrategia terapéutica.

En relación al personal de acompañamiento y cuidado, las residencias de bajo nivel de apoyo no requieren de personal permanente, no así las de alto

nivel de apoyo, para las cuales se estipula un acompañamiento las 24 hs. para el sostenimiento de las tareas cotidianas. En caso de ser necesario, deberá contar, además del cuidador, con personal de enfermería de forma permanente.

- 2) Respecto de las competencias relacionadas con el personal, existe una apreciación bastante general sobre los niveles relativamente bajos de calificación y la ausencia de programas específicos de formación profesional basados en modelos psicoeducativos con contenidos vinculados a la salud mental (7). Se pone de relieve la necesidad de contar con personal entrenado específicamente en los requerimientos específicos asociados a este tipo de intervenciones (ej: fomento de habilidades sociales), tal como los comprendidos en las nuevas instancias de formación. En tal sentido cabe resaltar la emergencia de nuevos perfiles técnicos, tales como los acompañantes terapéuticos o los operadores comunitarios, que procuran dar respuesta a demandas y requerimientos que plantean los nuevos dispositivos, siempre en el marco del equipo interdisciplinario de salud mental.
- 3) En relación al tipo de funciones (sanitarias y/o de apoyo para promover la inclusión social) tal como fueron planteadas por López y cols. (7) es habitual que se proponga un esquema de gradación de dispositivos, que sitúa en un extremo la vivienda autogestionada por el/los usuario/s y en el otro extremo aquellos dispositivos con personal de atención en turnos continuos durante las 24 hs. variando el carácter transitorio y/o permanente del dispositivo residencial en parte por el sistema de apoyos requerido. Una de las evidencias arrojada por los estudios es que cuanto más amplio es el programa y mayor la diversidad de necesidades de los usuarios a cubrir resulta más compleja la instrumentación de distintas modalidades de dispositivos residenciales (con o sin personal permanente) y apoyo domiciliario que procura combinar las siguientes funciones: a) Alojamiento; b) Manutención; c) Sostenimiento de vínculos sociales; d) Apoyo interpersonal.
- 4) Respecto del tamaño o escala del dispositivo, medido a través de la cantidad de plazas, no se recomienda que el dispositivo supere las 20 plazas a fin de que el mismo no adquiera un carácter excesivamente masivo y despersonalizado. En las Directrices de Organización y Funcionamiento de Servicios de Salud Mental (3) se consigna un máximo de 16 plazas por dispositivo habitacional, siendo deseable un total de 10 plazas como máximo. Se sugiere que las habitaciones dispongan de un

¹ Documento producido por el Consejo Asesor en Salud Mental en el período marzo 2014 – julio 2015, convocado por el Ministerio de Salud de la Nación para el "Programa de Calidad de la Atención médica y Dirección Nacional de Salud Mental". Las directrices impartidas tuvieron por propósito elaborar recomendaciones de organización y funcionamiento de los establecimientos de Salud Mental que integran la red de servicios -efectores del ámbito público y/o privado- para la mejora continuada de la calidad de la atención (9).

máximo de 4 camas, siendo deseable las habitaciones de 2 camas y se estipula una cantidad de metros cuadrados mínima por habitación, de acuerdo a la cantidad de camas².

En cuanto a las residencias de bajo nivel de apoyo, se recomienda un cupo no mayor a 4 camas, con miras a un funcionamiento lo más similar posible a una residencia particular. Entre las viviendas de bajo nivel de apoyo, se encuentran las figuras de unidad convivencial, piso compartido, vivienda de cohesión y alojamiento supervisado, entre otras.

- 5) Por último, respecto de la financiación, implementación y control público adoptado desde espacios administrativos diferenciados del específicamente sanitario, suelen existir ejemplos de dependencia al área sanitaria pero también a diversas áreas dependientes de Servicio Social.

Implantación de dispositivos residenciales comunitarios

Veremos a continuación la aplicación concreta de los principales principios sustentados en la ley a partir de la experiencia de apertura de dispositivos comunitarios desarrollada en el ámbito de la Colonia Nacional "Dr. Manuel A. Montes de Oca" (CNMO) desde el año 2004 hasta la fecha.

De acuerdo con lo normado en la Ley Nacional de Salud Mental, el Estado reconoce que las personas con padecimiento mental tienen "derecho a recibir tratamiento con la alternativa terapéutica más conveniente, que menos restrinja sus derechos y libertades, promoviendo la integración familiar, laboral y comunitaria" (Ley Nacional de Salud Mental, Artículo 7 d) y, asimismo, que "Debe estar contemplado el derecho a recibir un tratamiento personalizado en un ambiente apto, con resguardo de su confidencialidad e intimidad". (Ley Nacional de Salud Mental, Artículo 7, inciso i) (6).

En la misma Ley se plantea la importancia de promover que las autoridades de salud de cada jurisdicción, en coordinación con las áreas de educación, desarrollo social, trabajo, y otras que correspondan, implementen acciones que promuevan la inclusión social y laboral brindando atención domiciliaria supervisada en dispositivos tales como las casas de convivencia y hogares, entre otros servicios.

La CNMO es un organismo descentralizado del Ministerio de Salud de la Nación que conforma una red en la que se integran dispositivos y servicios con muy distintas características. Cuenta con una superficie de 234 hectáreas y se encuentra ubicada en la localidad de Torres, partido de Luján, provincia de Buenos Aires, a 80 km de la Capital Federal. Actualmente se constituye en la única institución del sistema público de salud nacional que atiende población con discapacidad intelectual

y patologías psiquiátricas.

En la CNMO, hacia el año 2004, la atención asilar era la única respuesta que se brindaba a las personas con discapacidad mental. Las dificultades para realizar un abordaje personalizado se presentaban como algo incompatible con el modelo imperante en la institución.

Un ejemplo emblemático estaba representado por el ignominioso pabellón 7, conocido por las violaciones a los derechos humanos de las personas allí alojadas. Allí se alojaban 122 usuarios que presentaban, en su mayoría multidiscapacidades severas. Permanecían todo el día en la planta baja, una reja la dividía de los pisos superiores, estaban totalmente hacinados y muchos de ellos desnudos. El pabellón era cerrado y los usuarios no realizaban ningún tipo de actividad. Existía una percepción generalizada entre el personal de que "con estas personas no podía hacerse nada", que eran irrecuperables, y la desnudez era intrínseca a su discapacidad.

La revisión de antecedentes institucionales procedentes de la región de América Latina y de la Argentina, en particular, dio origen a la formulación del programa de reforma del modelo de atención y rehabilitación integral cuyo objetivo ha sido resolver problemas crónicos en la vida institucional: la situación de aislamiento, la rutina de las prácticas y la restricción a las libertades individuales, asociadas al incremento de la anomia y al desplazamiento de fines reconocido como "proceso de institucionalización".

El programa se desarrolló en dos fases claramente diferenciadas:

- a) La primera de ellas vinculada a los procesos de reforma Institucional, dirigida a mejorar las condiciones materiales, organizativas, de uso del tiempo libre y de la atención brindada, así como corregir el impacto negativo a nivel físico, social y psicológico generada por ellas. Entre otros aspectos, se decidió emprender la reforma arquitectónica, administrativa y asistencial de los pabellones para convertirlos en hogares y se habilitaron diversas casas de convivencia destinadas a dar alojamiento a los usuarios institucionalizados (11).
- b) A partir del establecimiento de prioridades de acciones que derivaban de dicho programa, se decidió promover la apertura de nuevos dispositivos comunitarios sustitutivos del modelo asilar y mediante acciones orientadas a lograr que los usuarios internados en la institución monovalente pudieran ser derivados a otros dispositivos comunitarios, de acuerdo a lo establecido en la Ley 26.657 (6).

De esta manera comenzó un proceso que dio lugar a la habilitación de Centros de Día en el propio predio de la CNMO y en las vecinas localidades de Torres y Luján. Tras la apertura de los primeros Centros de

² Se estiman 7,50 m² por cama y un cubaje de 20 m³ sin incluir sanitarios ni espacios comunes, más lugar para guardar pertenencias personales (placard/ropero) por cama (3).

Día, fue posible observar que los usuarios alojados en pabellones comenzaron a participar en esos dispositivos recreativos, expresivos y ocupacionales que permitieron lograr una progresiva mejora en sus niveles de socialización y rehabilitación orgánico-funcional. Ello permitió el paso de un enfoque centrado en la enfermedad a otro centrado en los niveles de capacidad funcional, y desde éstos a las necesidades individuales concretas, tanto en un momento dado como dentro del curso de la vida del sujeto.

Por ejemplo, inicialmente tales dispositivos se concibieron como un espacio alternativo a la institución psiquiátrica para el desarrollo de intervenciones terapéuticas o de rehabilitación más adecuadas, pero en la órbita de lo que era definido y priorizado por la institución hospitalaria. Al cabo de un tiempo, tales dispositivos comenzaron a reconocerse como ámbitos diferenciados y con un mayor grado de autonomía administrativa y funcional convirtiéndose, de prolongación de las estructuras sanitarias en sitios que permitieran garantizar la vida cotidiana de los sujetos con el nivel de mayor autonomía y normalidad posible.

Como resultado de la experiencia desarrollada en los Centros de Día, se habilitaron viviendas aptas para funcionar como dispositivos residenciales comunitarios (DRC), y comenzó a establecerse un circuito ya habitual entre el DRC, la participación en actividades organizadas en el Centro de Día y, ocasionalmente, en el ámbito de estudio y/o trabajo que permitieron reforzar sinérgicamente sus posibilidades de rehabilitación e incrementar las capacidades de autovalidez funcionales, alcanzándose así un mayor grado de autonomía (10).

Es importante destacar que los DRC (y otros dispositivos sustitutivos) se han ido planteando de manera gradual, en un proceso de progresiva de construcción del hospital monovalente y del carácter hospitalocéntrico del modelo de atención. Los primeros DRC, creados en el año 2007 respondieron a una estrategia en el marco del proceso de reforma institucional cuyos objetivos iniciales fueron: a) promover un mayor grado de autonomía e inclusión social de los usuarios, b) disminuir el hacinamiento existente en los pabellones, c) lograr una mayor integración a la vecina comunidad de Torres; d) Lograr la interrelación con otras instituciones claves de la sociedad y e) contribuir al logro de una mayor inclusión laboral.

La población que fue inicialmente destinataria de tales dispositivos presentaba múltiples impedimentos psicológicos y físicos, escaso desarrollo de habilidades funcionales básicas y, en su gran mayoría, acusaban las secuelas del desarraigo en los pabellones, que habían constituido su hábitat de vida por un muy dilatado período de tiempo.

En la medida que su objetivo era vincular nuevamente a las personas con discapacidad mental con la comunidad y sus familias, los dispositivos ofrecieron nuevas oportunidades al trabajar con dos conceptos claves en discapacidad, tales como el sistema de apoyos y la

frecuencia e intensidad de los mismos. Por ejemplo, los convivientes comenzaron a acudir al Centro durante los fines de semana, continuando con las actividades programadas para los días hábiles fomentando así el sentido socializador, pues los usuarios ven a los vecinos fuera del contexto laboral y éstos ven a los usuarios en otra condición; ya que conviven con los recursos simbólicos e institucionales de la comunidad: colegio, iglesia, policía, biblioteca, etc.; y al desplazarse por nuevos lugares se alejan de una posición pasiva, reconocen el espacio urbano, muestran seguridad en sus movimientos, crean vínculos en la comunidad y revalorizan su autonomía. En este marco, la DRC "Los Cerezos", propiedad alquilada por la Institución, ubicada en la ciudad de Luján, se proponía en su programa de trabajo "favorecer un tiempo intermedio hacia una vida independiente, otorgando los apoyos que cada caso requiere, y sosteniendo como eje de trabajo lo dispuesto por la Convención Internacional de Naciones Unidas sobre los derechos de las personas con discapacidad" (10). Fue entonces cuando comenzaron a diferenciarse las distintas configuraciones institucionales que pueden adquirir tales dispositivos de acuerdo a los niveles de apoyo requeridos, respetando siempre las preferencias y la autonomía personal de cada usuario. También se puso de relieve la coexistencia de distinto tipo de residentes, desde personas que atravesaron largos períodos de institucionalización a personas que no habían sido nunca institucionalizadas. Dentro de los dispositivos con apoyos permanentes o intermitentes (hogares) en 2011 se crearon, como una instancia superadora, los DRC "casas autogestionadas asociadas", unidades residenciales conformadas por grupos de personas con muchos años de institucionalización que alquilaban una vivienda. Esta nueva experiencia se llevó adelante mediante un convenio entre la CNMO y la Procuración General de la Suprema Corte de Justicia de la Provincia de Buenos Aires con las Curadurías Oficiales de la Provincia de Buenos Aires que administran los bienes (pensiones y otros beneficios previsionales) de las personas declaradas insanas, mientras que la CNMO aportó el subsidio de externación del Programa "Regreso al Hogar" a los convivientes. Dicho convenio tuvo por objetivo establecer y desarrollar relaciones entre ambas partes, con la finalidad de generar compromisos y obligaciones que garantizaran las condiciones necesarias a las personas externadas bajo la modalidad de DRC asociados, para que pudieran llevar adelante una vida con plena inclusión social en condiciones de igualdad y concordancia con los principios consagrados en la Convención Internacional de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. En estos dispositivos los usuarios, a través de curadurías locales, promueven acciones tendientes a garantizar el goce de los derechos que el sistema de Seguridad Social acuerde a sus representados, mediante la gestión de beneficios y subsidios, lo que se traduce en la realidad de los usuarios en una participación activa en el afrontamiento de gastos tales como alquiler de la vivienda, impuestos, etc.

Por otra parte, la institución cuenta con un Programa denominado "Regreso al Hogar" que brinda a los usuarios externados un subsidio económico y una caja de ayuda alimentaria, ambos mensuales. Los usuarios de los DRC asociados están incluidos en dicho Programa.

Además se ha desarrollado un interesante proceso de articulación intersectorial donde participan diversos Programas Sociales de subsidios para emprendimientos productivos, organizaciones de la sociedad civil (clubes, sociedades de fomento) y el municipio a través de la "Casa de la Juventud" y el Centro de Salud.

Actualmente, la CNMO ha creado el programa de dispositivos asociados (casas autogestionadas asociadas) para personas que viven solas, sin apoyos permanentes pero con acompañamientos externos para garantizar la atención, promover la autonomía y fortalecer la inclusión social.

Estudio sobre los dispositivos residenciales comunitarios asociados a la CNMO

Objetivos

Dada la necesidad de efectuar la evaluación y el marco de referencia general anteriormente señalado, los objetivos del presente trabajo han sido los siguientes:

Generales

Caracterizar los distintos tipos de dispositivos residenciales comunitarios para personas con trastornos mentales o discapacidad intelectual que dependen de la CNMO.

Específicos

- Historizar la evolución de los DRC vinculados con la CNMO en el marco del proceso de reforma institucional.
- Describir las diferentes modalidades de funcionamiento de los DRC.
- Caracterizar la utilización de servicios sociales y sanitarios por parte de usuarios de los DRC en las diferentes instituciones emplazadas en el área de influencia.
- Identificar barreras y facilitadores del proceso de gestión de los DRC.

Metodología

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal sobre los DRC vinculados con el proceso de reforma institucional llevado a cabo en la CNMO. Se relevaron las características estructurales y de proceso en los dispositivos de residencia de los usuarios, seleccionándose luego las principales variables. Se calcularon proporciones para las variables cualitativas y medidas de resumen para las cuantitativas.

En virtud de las evidencias que arrojaban los estudios previos no se programó una investigación evaluativa anterior a la implantación de tales dispositivos, quedando

reservada dicha actividad a la fase posterior de funcionamiento de los mismos.

De acuerdo a los objetivos planteados en el estudio, se procuró obtener información sobre los DRC y sobre los usuarios, de acuerdo a las siguientes variables clave: a) Caracterización de los usuarios; b) Cobertura de atención; c) Modalidad de abordaje; d) Emplazamiento y articulación con la red de servicios sociales y sanitarios y e) Egresos y retornos a la institución.

Los aspectos relacionados con la identificación de barreras y propuestas para mejorar la gestión del/los servicio/s fueron explorados mediante una entrevista abierta con los integrantes del equipo interdisciplinario tratante.

Para la realización del presente relevamiento se aplicaron una combinación de instrumentos, disponibles algunos en el sistema de información que aplica regularmente la CNMO y diseñados otros específicamente para el estudio, tal como el GENCAT (18).

El trabajo de campo tuvo lugar entre enero y abril de 2014, obteniéndose datos de los dispositivos directamente a través de los miembros del equipo de investigación, entrevistando *in situ* al responsable de cada dispositivo. Los datos fueron analizados mediante el programa Microsoft Excel 2007, que permitió obtener indicadores descriptivos para cada instrumento.

Resultados

Caracterización de los Servicios Residenciales Comunitarios

De acuerdo con lo que indica el Decreto Reglamentario de la Ley Nacional 26.657, los nuevos dispositivos que deben adecuarse a la ley comprenden diversas modalidades, tales como "centros de atención primaria de la salud, servicios de salud mental en el hospital general con internación, sistemas de atención de la urgencia, centros de rehabilitación psicosocial diurno y nocturno, dispositivos habitacionales y laborales con distintos niveles de apoyo, atención ambulatoria, sistemas de apoyo y atención domiciliaria, familiar y comunitaria en articulación con redes intersectoriales y sociales para satisfacer las necesidades de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación que favorezca la inclusión social" (Decreto Reglamentario N° 603/2013, Artículo 11° (6). Como denominador común tales dispositivos descansan en sistemas de apoyo flexibles y la disponibilidad de servicios de atención sanitaria que garanticen la atención centrada en la persona y optimicen su calidad de vida, conjugando los objetivos de la rehabilitación y la inclusión social; procurando el logro del mayor nivel posible de autonomía y la participación activa de cada residente en la gestión de los mismos.

A la fecha del presente relevamiento, existen nueve DRC vinculados con la CNMO. Tres de estos DRC se encuentran emplazados en la localidad de Torres y seis en Luján, todos ellos en el área urbana.

La realización de diversos convenios o acuerdos institucionales con Municipios cercanos, permite efectuar un examen de los componentes territoriales en los que

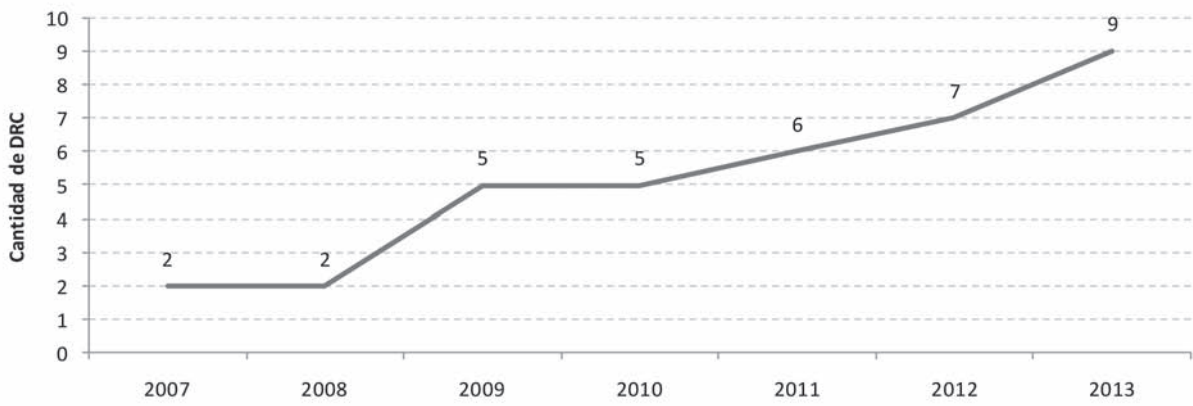
se emplazan los dispositivos, así como el tipo de coordinación que logran con instituciones y servicios.

Cinco de los nueve dispositivos comunitarios correspondieron a la modalidad gestionada por la CNMO y cuatro a la modalidad DRC asociado.

Los DRC seleccionados para el presente estudio se inauguraron entre los años 2007 y 2013. El prome-

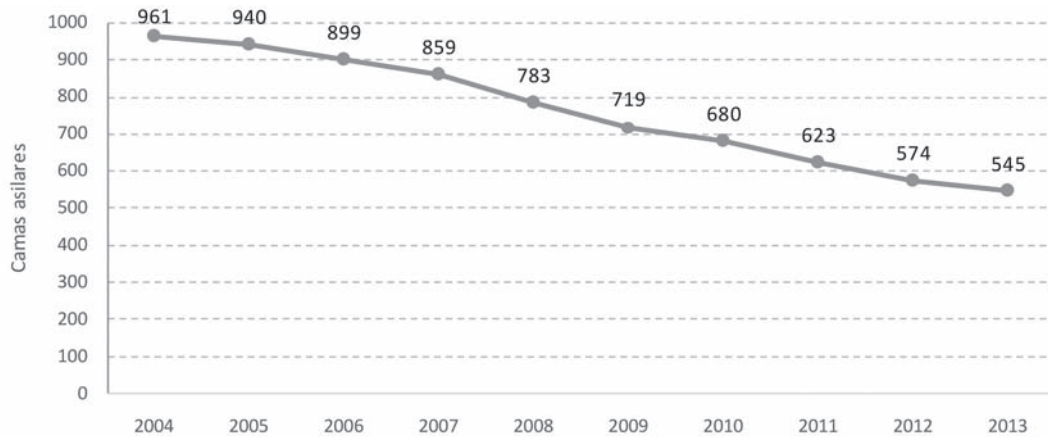
dio de dispositivos inaugurados por año fue de 1,3. El año en que más dispositivos se inauguraron fue 2009, cuando comenzaron a funcionar tres dispositivos (Gráfico 1). Esta tendencia creciente de oferta de plazas en DRC contrasta con la tendencia decreciente de camas disponibles en pabellones asilares de la Colonia (Gráfico 2).

Gráfico 1. Dispositivos Residenciales Comunitarios asociados a la CNMO por año. Dispositivos Residenciales Vinculados con la CMDO. 2013.



Fuente: Elaboración propia. 2014.

Gráfico 2. Camas de internación asilar en la CNMO, julio 2004-julio 2014.



Fuente: CNMO, 2014.

Caracterización de los usuarios

Se describen las características de 45 residentes, 31 hombres y 14 mujeres, en nueve DRC. Al tratarse de una población con prolongados períodos de institucionalización (un promedio de 24 años), la media de edad de los usuarios bordea la quinta década y, en consecuencia, uno de los motivos principales de prolongación de la internación fue la falta de contención familiar. Al iniciarse el programa de externación, el modelo adoptó una lógica progresiva lineal, ya que las características de los usuarios requerían de un gradiente para la adaptación a los dispositivos. La proporción de extranjeros en el grupo de DRC fue de 3/45 (7%), la mayor parte de estos usuarios no recibió educación formal o no completó el nivel primario.

En los DRC, el promedio de residentes por dispositivo fue de 5,3 personas $\pm 1,2$ (3-7). El porcentaje de ocupación promedio fue del 91%, con un mínimo de 50% y un máximo de 100%.

Respecto de las características del hábitat, el promedio de dormitorios por dispositivo fue de $2,6 \pm 0,7$ (2-4) y el promedio de personas por dormitorio fue de $2,2 \pm 0,6$ (1,5-3). Todas las casas contaban con espacio al aire libre del que los usuarios podían hacer uso.

Cobertura de atención

Dado que el proceso de atención debe cubrir necesidades propias de la vida cotidiana y, por lo tanto, el paciente debe recibir asistencia en la circunstancia que lo amerite, los dispositivos prevén una cobertura más continua de atención.

El promedio diario de tiempo con cobertura presencial de personal del equipo tratante fue de 17hs. $\pm 5,3$ hs. (6 – 24 hs.) en el conjunto de los DRC. Al comparar los dos tipos de DRC, se observa que, en los dispositivos de gestión institucional el promedio fue de 20hs. $\pm 2,3$ hs. (18 – 24 hs.), en tanto en los DRC asociados fue de 12hs $\pm 4,3$ hs. (6 – 16 hs.).

Modalidad de abordaje

Respecto de la modalidad de abordaje en salud mental la Ley Nacional N° 26.657 señala textualmente que “debe estar a cargo de un equipo interdisciplinario integrado por profesionales, técnicos y otros trabajadores capacitados con la debida acreditación de la autoridad competente, y que incluye a las áreas de psicología, psiquiatría, trabajo social, enfermería, terapia ocupacional y otras disciplinas o campos pertinentes” (Ley Nacional N° 26657, Artículo 8°) (6).

Tabla 1 Frecuencia de ocupaciones de integrantes del equipo tratante según modalidad de DRC. Dispositivos Residenciales vinculados con la CMDO, 2014

Ocupaciones	DRC gestionado por CMDO	DRC asociado	Total	Porcentaje Total (%)
Operador	5	3	8	16,7
Trabajador Social	5	3	8	16,7
Médico Clínico	4	2	6	12,5
Psicólogo	2	3	5	10,4
Enfermero	4	-	4	8,3
Psiquiatra	4	-	4	8,3
Referente Comunitario	-	3	3	6,3
Terapista Ocupacional	2	1	3	6,3
Nutricionista	3	-	3	6,3
Otros	1	3	4	8,3
Total	30	18	48	100,0

Fuente: Elaboración propia. 2014.

Seis de los equipos tratantes de los dispositivos contaban con coordinador y equipos interdisciplinarios, mientras que los tres restantes contaban solo con el equipo interdisciplinario. Las profesiones de los coordinadores fueron enfermero, en tres DRC, y psicólogo, en otros tres. Entre los cuatro DRC asociados, la modalidad más habitual fue la coordinación transversal en equipos interdisciplinarios (3/4 DRC). Las ocupaciones predominantes en los equipos de los DRC fueron los operadores (16,7%) y los trabajadores sociales (16,7%). Ambas fueron las principales en los dos grupos. Los enfermeros, los médicos psiquiatras y los nutricionistas solo integran equipos en los dispositivos gestionados por la institución, en tanto que los referentes comunitarios (trabajadores no dependientes de la CNMO) sólo integran aquellos equipos que se desempeñan en DRC asociados (Tabla 1).

Respecto de la frecuencia de las reuniones del equipo interdisciplinario, en seis de nueve dispositivos es semanal, en uno quincenal y en dos mensual.

Cabe aclarar que en la coordinación de los DRC se hallaron enfermeros, psicólogos, y equipos interdisciplinarios. Resulta interesante mencionar que las reuniones de equipo y la comunicación a demanda por parte de los mismos es constante en los DRC, teniendo un seguimiento continuo de los procesos que acontecen en el dispositivo y en la vida de los usuarios, siguiendo un modelo centrado en la persona.

Cabe señalar también que en los dispositivos residenciales de modalidad asociada, el modelo predominante fue el de una coordinación transversal por parte del equipo interdisciplinario, sin existencia de la figura de un coordinador y donde este rol es asumido en gran medida por la figura del Referente Comunitario. Las profesiones u ocupaciones de operador y enfermero son las de mayor presencia en el entorno asilar mientras que en los DRC la proporción de enfermeros es menor y hay mayor presencia de los trabajadores sociales.

En relación con las características de los equipos que se desempeñan en los dispositivos, se encontró que el rol de Referente Comunitario, quien no depende financieramente de la CNMO sino que es costado por los usuarios, tiene una importancia relevante en los dispositivos de gestión asociada. Entre otros aspectos resultaría importante entonces definir formalmente las incumbencias de su rol, así como el grado de beneficio en función al costo y a las necesidades de los usuarios.

Asimismo, al encontrarse la ocupación de operador entre las de mayor presencia en ambos tipos de dispositivos, resulta importante que exista una clara definición de rol así como determinar adecuadamente las competencias y formación requeridas para el cumplimiento del mismo.

En la mayoría de los dispositivos estudiados el promedio de monitoreo asistencial fue de 17 hs. Por el contrario en los casos que los dispositivos cuentan con supervisión y monitoreo intermitente las variaciones son mayores.

En relación a las asambleas con los usuarios para

regular aspectos de la vida colectiva e institucional, todos los DRC realizan asambleas.

Utilización de servicios sociales y sanitarios

El Artículo 9º de la Ley 26.657 ordena, respecto al proceso de atención, que el mismo debe realizarse preferentemente fuera del ámbito de internación hospitalario y en el marco de un abordaje interdisciplinario e intersectorial, basado en los principios de la Atención Primaria de la Salud (APS); y señala textualmente que "...se orientará al reforzamiento, restitución o promoción de los lazos sociales" (6).

Del relevamiento efectuado se puede consignar como relevante que todos los DRC cuentan con espacio al aire libre del que los usuarios pueden hacer uso y se encuentran emplazados en entornos urbanos con fácil acceso a instituciones y comercios de las localidades de Luján o Torres.

Los usuarios utilizaban distintos efectores para consultas relativas al cuidado de la salud. En seis de los nueve DRC, los usuarios acudían a Centros de APS o Centros Integradores Comunitarios, en cinco acudían al Hospital de Luján, en cuatro acudían a la CNMO, en dos a servicios de salud privados y en dos al Policlínico de Luján.

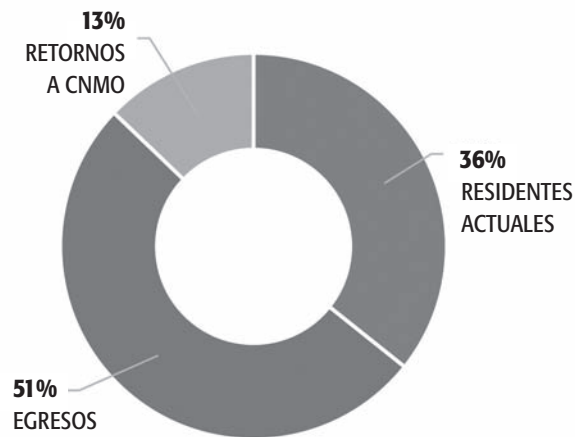
Los usuarios de dispositivos localizados en Torres, concurren mayormente a la CNMO para consultas por temas de salud u obtención de medicación. Por el contrario, los usuarios de DRC de Luján hacen mayor uso de los efectores de esa localidad (CAPS, CIC, Hospital de Luján y Policlínico). En ambas localidades se realizan consultas a efectores privados. La medicación para los usuarios de los DRC es provista por CNMO, en cuatro de los DRC (los tres de Torres y uno de Luján) la misma es entregada la institución, mientras que en cinco es provista por otros efectores de salud (en uno del Policlínico y en cuatro del CIC).

La mayor asistencia a talleres por parte de los usuarios de DRC está relacionada con la dinámica propia del tratamiento emplazado en instituciones de la comunidad y evidencia que existe una proporción de residentes en pabellón que podrían beneficiarse con este tipo de actividades en pos de una perspectiva de externación. En el marco del proceso de reforma orientado a la rehabilitación psicosocial, algunos de los residentes actuales en pabellones también participan en instituciones de la comunidad de Torres y Luján.

Por otra parte, en todos los dispositivos los usuarios acuden a instituciones de la comunidad (talleres, centros de día, iglesias, escuelas, clubes, emprendimientos laborales, centros culturales, etc.) y a lugares de esparcimiento y comercios barriales.

En síntesis, respecto de la disponibilidad y accesibilidad a servicios comunitarios, los DRC exhiben una situación en la que se plantea un acceso continuo y facilitado a centros sociales y comerciales de diversa índole, potenciando las oportunidades de participación e interacción comunitaria.

Tabla 1 Proporción de egresos y retornos a la CNMO en DRC de gestión institucional. Dispositivos Residenciales Vinculados con la CNMO, 2014. (n=70)



Fuente: Elaboración propia. 2014.

Egresos y retornos a la institución

Ya se ha mencionado antes cuál ha sido el impacto del proceso de implantación de los dispositivos en términos de la disminución de camas asilares y apertura de nuevos DRC. Se analizará ahora, brevemente, cuáles han sido los principales indicadores de egreso y/o retorno a la institución de las personas alojadas estudiados entre enero de 2007 y enero de 2014, de acuerdo a los objetivos de cada dispositivo.

El total de los usuarios que ingresaron a los DRC gestionados por la institución y con características de residencia transitoria, es de aproximadamente 70. Este dato se obtuvo sumando los 25 residentes actuales, 36 egresos y 9 retornos a la CNMO. Los retornos representaron un 13% del total de los usuarios que ingresaron a estos dispositivos y los egresos a modalidades con mayor nivel de autonomía representaron un 51% del total.

En los dispositivos de gestión asociada no se registraron retornos a la institución ni egresos, indicador que resulta coherente con el hecho de que tales dispositivos estén diagramados como vivienda definitiva.

Entre los motivos referidos que ocasionaron retornos de usuarios a la CNMO, se mencionaron: a) Conductas heteroagresivas; b) Problemas de adaptación; c) Transgresión de normas de convivencia y d) Voluntad del usuario de volver a la institución.

En los dispositivos gestionados por la institución se registraron egresos y también algunos retornos a la institución, principalmente por conductas heteroagresivas, problemas de adaptación, transgresión de normas de convivencia o voluntad del usuario de volver a la institución.

Barreras

Se explicitan a continuación las barreras que, a juicio de los entrevistados, han dificultado el cumplimiento cabal de los objetivos formulados.

- La prolongada institucionalización conlleva la vulneración de derechos y la pérdida de las capacidades de autodeterminación, ya que al usuario se le imponen horarios para realizar actividades, pierde su intimidad y su capacidad de adoptar decisiones y muy frecuentemente no se lo habilita a disponer de sus propios bienes.
- Otro problema a considerar es la carencia de criterios homogéneos escritos para determinar quiénes son los usuarios que se encuentran en condiciones de pasar a un dispositivo residencial comunitario. Si bien esta dificultad se intentó suplir en este estudio a partir de la transmisión de determinadas pautas para

seleccionar los integrantes del grupo de usuarios de pabellón, luego de generar consensos con los integrantes de los equipos, se pudo haber incurrido en sesgos al hacer efectiva esta selección.

- c. Se añade a las cuestiones precedentes el problema de que, al no estar definido con claridad cuáles son las limitaciones que cabe establecer en la capacidad jurídica, no puede plantearse con claridad cuál es el sistema de apoyos requerido para cada uno de los usuarios incorporado al programa.
- d. La condición de NN y la carencia de derechos básicos como la falta de identidad también conspiran en muchos casos para que se pueda avanzar progresivamente en la adquisición de nuevos derechos.
- e. El insuficiente registro administrativo y clínico de las actividades de atención/cuidado que se realizan en el marco de los nuevos dispositivos, conspira para que se efectúe un adecuado seguimiento de los procesos adoptados.
- f. Un ejemplo de lo que resta por hacer se vincula a la indefinición todavía persistente respecto de los roles del acompañante terapéutico y operador comunitario en el proceso de externación.

Discusión

Los resultados hallados en la presente investigación son similares a los publicados por López M, et al. (7) en relación a la distribución territorial mayormente urbana, y en cuanto a la disponibilidad y accesibilidad a servicios comunitarios de distinto tipo, donde se observa una situación con fácil acceso a instalaciones comerciales, cafeterías, centros sociales, y en la cual los entornos favorecen la inclusión social y la vida comunitaria.

Las características de los DRC, como dispositivos residenciales sustitutivos del modelo asilar, se encuentran alineadas con los objetivos del plan de reforma iniciado en 2005 por la CNMO.

Cabe señalar además la relevancia que tiene constatar que dicho crecimiento amplía el tipo y variedad de intervenciones en el territorio de influencia de la institución, abarcando en su cobertura a usuarios con niveles de autonomía muy distintos y, por lo tanto, con diversos requerimientos de sistemas de apoyo.

A medida que los dispositivos adquieren la posibilidad de trabajar en un mayor nivel de individualización de los apoyos, se ha ido modificando el perfil de los destinatarios, lo cual podría estar reflejando un mayor grado de adecuación entre el tipo de dispositivos y las necesidades o requerimientos de los usuarios.

Teniendo en cuenta el modelo integrado de dispositivos residenciales comunitarios implementado en la CNMO, se observó la coexistencia de elementos que corresponden a una lógica de *continuum* residencial con otros más específicos, vinculados a un modelo de apoyo residencial. De allí que la lógica progresiva lineal terminó coexistiendo con el sistema de apoyos entendido como un diseño individual que no necesariamente requiere de un gradiente por el que el usuario debe transitar.

Otro aspecto a revisar es la cuestión de la gradualidad en el empleo de los dispositivos, dado que, pese a que el programa enfatiza un pasaje progresivo del usuario por dispositivos con un mayor a un menor nivel de apoyos, existe una tendencia a que los usuarios permanezcan de forma estable o permanente en los dispositivos implementados.

Por otro lado, cabe conjeturar que la mejora progresiva en los niveles de gestión facilitará una mayor evaluación de la calidad y la eficacia del programa, mediante planes de tratamiento individualizados que requieren la coordinación de recursos sanitarios y sociales para garantizar el tratamiento y la inclusión social.

Si bien el estudio no incluyó medidas destinadas a evaluar la exploración las actitudes y creencias albergadas por la población, podemos aseverar por el relato de los entrevistados que en la mayoría de las iniciativas de emplazamiento de los dispositivos no ha desencadenado conflictos vecinales, lo cual refuerza la idea de que la superación del estigma depende, más que de campañas comunicacionales, de acciones que permitan incrementar el grado de interacciones cotidianas que aumente la proximidad con las personas que sufren esta clase de padecimientos.

En síntesis, respecto de la integración de servicios diversificados el programa desarrollado en la CNMO exhibe un interesante modelo de respuesta institucional a un conjunto diverso de problemáticas expresada por los usuarios asistidos.

Las limitaciones del estudio pueden señalarse en torno a tres aspectos fundamentales:

Por un lado, una limitación está planteada por el diseño mismo del estudio, que trabaja en los límites de un programa previamente definido, ligado a la transformación de una institución de corte asilar.

En segundo lugar, la distancia entre el relevamiento de los datos y su publicación, proceso normal en este tipo de estudios que se desarrollan en lapsos prolongados para poder ser evaluados.

En tercer lugar, dado que los resultados obtenidos a través del estudio ha sido generados por un equipo de investigación que incluye a trabajadores de la institución, ha permitido la autocorrección de algunas variables, así como también conocer en mayor profundidad los diferentes recursos involucrados en la gestión.

Conclusiones y propuestas

Se enumeran a continuación una serie de propuestas que se desprenden del relevamiento efectuado, cuyo objetivo es mejorar los niveles de gestión de los dispositivos residenciales comunitarios:

- a) Establecer las estrategias que se consideren pertinentes en el área con la finalidad de optimizar la calidad, sostenibilidad y accesibilidad de los dispositivos residenciales en el proceso de inclusión comunitaria de los usuarios.
- b) Promover el establecimiento de normas de las prestaciones brindadas por los dispositivos residenciales comunitarios y de los procesos vinculados al funcionamiento de los mismos, incluyéndolas en un sistema de gestión de calidad que involucre también la participación de los usuarios.

- c) Planificar y trabajar en la preparación de los residentes en pabellones para su externación, sin esperar que existan necesariamente cupos habilitados en un nuevo dispositivo para evaluar luego quienes son los candidatos a ocuparlos.

Para expandir los resultados de la presente experiencia y aprender de las lecciones obtenidas se requeriría una mayor información epidemiológica que permita trazar una relación entre las necesidades cuantitativas y cualitativas de las personas con discapacidad mental en términos generales y específicamente en cada territorio en el cual se desplieguen intervenciones similares a las descritas en este programa, así como valorar en cada caso la adecuación de los dispositivos e intervenciones a las necesidades de los usuarios sólidamente fundamentadas en el plano ético, científico y tecnológico. ■

Referencias bibliográficas

1. Aja E, Cant, A. Factores que intervienen en la calidad de vida de las personas con discapacidad intelectual. IX Seminario de Actualización Metodológica en Investigación sobre Discapacidad. Salamanca, España, 2013.
2. Cordova V, Rí C., Quensen M., Ortiz M, Robaina N. Calidad de vida y apoyos en personas con discapacidad intelectual institucionalizados en Chile: estudio piloto. *Psicología, Conocimiento y Sociedad* 3, 52-70 ISSN 1688-7026. 2011.
3. Directrices de Organización y Funcionamiento de Servicios de Salud Mental, Ministerio de Salud de la Nación, República Argentina, 2014.
4. Giné C. Servicios y calidad de vida para personas con discapacidad. *Siglo Cero Revista Española sobre Discapacidad intelectual* vol. 35 (2), Núm. 210, 2004.
5. Gómez-Vela M, Verdugo M, Canal R. Evaluación de la calidad de vida de adultos con discapacidad intelectual en servicios residenciales comunitarios. *Rev. de Psicol Gral y Aplic*, 55 (4), 591-602. 2002.
6. Ley Nacional de Salud Mental 26.657. República Argentina, 2010.
7. López M, Laviana M, García-Cubillana P, Fernández L, Moreno B, Maestro JC. Evaluación del Programa residencial para personas con trastorno mental severo en Andalucía (I): descripción general del programa y del estudio. *Rehabilitación psicosocial* 2005; 2(1):2-15.
8. Luckasson R. Mental Retardation. Definition, classification and systems of supports. Washington, D.C.: American Association on Mental Retardation, 1992.
9. "Programa de Calidad de la Atención médica y Dirección Nacional de Salud Mental" Consejo Asesor en Salud Mental 2014/ 2015, Ministerio de Salud de la Nación, República Argentina, 2014.
10. Rossetto J, de Lellis M, Rebottaro K, Possetto H. Cómo revertir el estigma: dispositivos comunitarios y reforma del modelo asilar. *Medicina y Sociedad*. Nº 3, 2012.
11. Rossetto J, de Lellis M. El proceso de reforma institucional: la experiencia de tres años de gestión en la Colonia Nacional Montes de Oca. *Vertex, Rev Arg Psiquiatría* Volumen XVIII. Nro. 73. Mayo-Junio 2007.
12. Schalock RL, Verdugo MA. Manual para profesionales de la educación, salud y servicios sociales. Madrid: Alianza, 2003.
13. Verdugo MA. El cambio de paradigma en la concepción del retraso mental: la nueva definición de la AAMR: *Siglo Cero*, 25 (5), 5-24, 1994.
14. Verdugo, M.A. Cómo mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad. Instrumentos y estrategias de evaluación. España: Amarú Salamanca, 2006.
15. Verdugo MA. Análisis de la Definición de Discapacidad Intelectual de la Asociación Americana sobre Retraso Mental. *Siglo Cero. Revista Española sobre Discapacidad Intelectual*. Vol. 34 (1), Núm. 205, 2002.
16. Verdugo MA, Schalock R. Últimos Avances en el Enfoque y Concepción de las Personas con Discapacidad Intelectual. *Siglo Cero. Revista Española sobre Discapacidad Intelectual*. Vol. 41, 236. 2009.
17. Verdugo MA, Schalock RL, Keith KD, Stancliffe R. Quality of life and its measurement: Important principles and guidelines. *Journal of Intellectual Disability Research*, 49 (10), 707-717, 2005.
18. Verdugo M, Arias B, Gómez LE, Schalock RL. Formulario de la Escala Gencat de Calidad de vida. Manual de aplicación de la Escala Gencat de Calidad de vida. Departamento de Acción Social y Ciudadanía, Generalitat de Cataluña, 2009.

El saber clínico como saber antropológico: reflexiones en torno al *pacto de cuidado*

María Lucrecia Rovalletti

Doctora, Profesora Emérita, Universidad de Buenos Aires
Ex-Investigador Principal del CONICET
E-mail: mlrovalletti@gmail.com

Resumen

Un malestar atraviesa a la Psiquiatría actual que buscando vincularse y hasta identificarse con la Neurología, no puede sin embargo dejar de lado la subjetividad de los pacientes. Mas aún, la Clínica psiquiátrica como un *saber-hacer*, ha de situarse también entre una *dimensión política y una dimensión ética*. Es decir, ha de apoyarse en la justicia y la política en la medida que recibe demandas sociales, articulando la atención a personas vulnerables con *instituciones justas* (Ricoeur), pero además ha de incluirlas en la sociedad a través de sus capacidades. En su dimensión ética, ha de buscar reformar las instituciones de atención para que sean protegidos los enfermos y respetados sus derechos. En este sentido, es preciso plantear el concepto de *alianza terapéutica* (Paul Ricoeur), alianza que sólo es posible si toma la forma de una *promesa* recíproca, tanto por parte del terapeuta como del paciente. Se trata de un *pacto de cuidado* incluso en situaciones donde las destrezas y habilidades son desproporcionadas. Sea lo que fuere, el saber clínico es de algún modo un saber antropológico, del hombre como sujeto de enfermedad, del *homo patiens*, pero también de quien quiere acompañarlo en su sufrir.

Palabras clave: Psiquiatría - Política - Ética - Alianza Terapéutica - Pacto de cuidado.

CLINICAL KNOWLEDGE AS ANTHROPOLOGICAL KNOWLEDGE: REFLECTIONS ON *THE CARE PACT*

Abstract

A discomfort pervades current Psychiatry: striving to be linked and identified with Neurology, it cannot however ignore the subjectivity of patients. Moreover, the practice of Psychiatry as a *Know-How*, should also be subject to a *political and ethical dimension*. It must rely on justice and politics to the extent that it receives social demands, articulating the attention to vulnerable people with *fair institutions* (Ricoeur), but also it has to include them in society through their abilities. In this ethical dimension, it should seek to reform assistance institutions so that patients are protected and their rights respected. In this sense, it is necessary to consider the concept of *therapeutic alliance* (Paul Ricoeur), alliance that is only possible if it takes the form of a mutual *promise*, from both the therapist and the patient. It is a *pact of care*, even in situations where the skills and abilities are disproportionate. Clinical knowledge is somehow an anthropological knowledge about man as subject of disease, as *homo patiens*, but also about he who wants to accompany him in his suffering.

Key words: Psychiatry - Politics - Ethics - Therapeutic alliance - Pact of care.

El saber clínico como saber antropológico: reflexiones en torno al pacto de cuidado*

“La incertidumbre recubre todos los interrogantes que las prácticas clínicas inducen regular e inevitablemente. Sin embargo, no se toma en cuenta esta dimensión indisociable del cuidado, de la salud mental y física. De hecho, la visión cientificista que prevalece, es la del terapeuta como un ‘sabio’ dotado con un arsenal de ‘buenas prácticas’ sobre bases ‘objetivas’. Por lo tanto negando la subjetividad de cada uno, los cuidadores y pacientes son llevados a un impasse de incomunicabilidad”. Se pretende aquí “mostrar cómo pueden introducirse las verdaderas relaciones centradas sobre la persona, cuando las dimensiones de lo irracional, de lo impredecible, de la incertidumbre tienen en cuenta que en el cuidado del ser humano, el ‘cuidado’ no puede ser definido ni ser practicado como una ciencia exacta”. (1)

La Psiquiatría actual: entre el malestar y la marginalidad

Los desarrollos científicos actuales hacen pensar que la medicina maneja los conocimientos, las técnicas y las terapéuticas con total certeza, pues toda incerteza sería signo de debilidad: la certeza nos reenvía a la objetividad de la ciencia, mientras la incerteza es la puerta abierta a la subjetividad. Sin embargo, el progreso también produce situaciones inéditas, complejas y singulares que dejan poco lugar a las certidumbres. Mas aún, como la medicina es también una *práctica* que cuida, que personaliza, que se dirige al bien *del otro y para el otro*, ella “es el fruto de intersubjetividades y de racionalidad científica” (2). Como señala William Osler (3), la medicina es una ciencia de la incerteza y un arte de la probabilidad.

Ahora bien, un malestar atraviesa a la actual Psiquiatría que, en su preocupación por presentarse como una auténtica rama de la Medicina, busca asociarse y hasta identificarse con la Neurología. Si bien la Psiquiatría pertenece al campo de la medicina, ella no constituye una especialidad como cualquier otra. En efecto, aunque los psiquiatras adhieren parcialmente a los parámetros biológicos y neurológicos, sin embargo se muestran reticentes a dejar de lado la *subjetividad* de los pacientes y a reducirlos a órganos y funciones. La asociación exclusiva con las neurociencias y las ciencias cognitivas no puede dar cuenta del psiquismo y otros dominios complejos como las relaciones afectivas e interpersonales y sociales (4). Más aún, tienen en cuenta otras disciplinas complementarias a la clínica en sentido estricto, como la Psicología, la Antropología, la Sociología, el Derecho, la Lingüística, la Ética... y hasta las Artes (4, 5, 6).

Todavía más, los psiquiatras no encuentran sino una ayuda limitada en la praxis cotidiana frente a ciertos

comportamientos autodestructivos de los pacientes, y ante la inestabilidad de los cuidados terapéuticos. La violencia y el rechazo de los tratamientos por parte de los enfermos, los vínculos entre éstos y el entorno familiar y social son otras tantas cuestiones que el *modelo biomédico* no puede responder y que sólo una aproximación a las ciencias sociales y/o humanas puede abrir un horizonte de comprensión.

En este sentido, la Psiquiatría se ubica en un dominio donde se recubren dos campos científicos. Por un lado, como rama de la Medicina y la Biología es parte integrante de las ciencias naturales, y por otro por su vocación de ocuparse del sujeto enfermo, sufriente, se ubica entre las ciencias humanas, donde el otro no es ni debe ser objeto de conocimiento sino más bien sujeto de un tratamiento. Como plantea Berquez (7),

“...la Psiquiatría es también un auténtico brazo de las ciencias del Hombre, no sólo porque apela a la psicología, a la sociología y a la etnología, así como a numerosas otras disciplinas, sino sobre todo porque es un arte intersubjetivo que introduce al otro como sujeto y no como objeto; ...[ella] se diferencia... de todas las otras especialidades médicas en este sentido que la dimensión del sujeto humano es allí fundamental, el síntoma no es solamente signo de la enfermedad, es también significación de un sentido, sentido desconocido del sujeto que vive como radicalmente extraño a él mismo como en la psicosis o como imposibilidad de comprender en la neurosis».

Aunque un paciente pudiera ser diagnosticado psicopatológicamente, su existencia no se reduce a esta referencia negativa con la norma abstracta, ni se manifiesta solamente por esta a-normalidad; su existencia también expresa positivamente un orden intrínseco que lo rige y lo modela aunque lo constriña a este peculiar y fallido modo de ser. La enfermedad mental es ante todo un *padecimiento personal*, que trasciende la funcionalidad ó no de los órganos, los conflictos y mecanismos de defensa... Penetra en toda la vida humana, imprimiendo un contenido angustioso y personal. Intermediaria entre la vida y la muerte, la enfermedad en su ambivalencia es la prolongación de la vida y la anticipación de la muerte.

Más aún, la semiología solo es posible en una situación *recíproca*: los “signos” no se inscriben como en una piedra que hay que descifrar, no aparecen en lo absoluto, sino en el *espacio intersubjetivo* paciente-terapeuta.

El “*therapeutés*” habla del servidor de la casa, del que cuida que ella se despeje del polvo que no permite ver con claridad, del que se preocupa que ésta sea habitable para que el dueño se sienta en casa y pueda entonces abrir su cuerpo a sí, a los otros, y al mundo. La “*terapia*” es el método, el camino (*odós*) a través del cual (*metá*) el paciente logra asumir su propia subjetividad al abrirse al conjunto de posibilidades de ser y volverse así su propio respondiente. La praxis como comunicación participante o “acción comunicativa” está orientada a

* Proyecto de Investigación UBACYT 2014-2017, Código 20020130100823BA y PICT 2011, Código 1921 (Agencia Nacional de Promoción Científica y Tecnológica), Argentina. No hay conflicto de intereses. Conferencia presentada en el VII Congreso Internacional de Psicopatología Fundamental e XIII Congresso Brasileiro de Psicopatologia Fundamental: “A questão da qualidade no método clínico”. Organizado por la Associação Universitária de Pesquisa em Psicopatologia Fundamental (AUPPF), João Pessoa, Paraíba, Brasil: 8-11 de septiembre de 2016.

la *autonomía* del otro donde la determinación no proviene de algo exterior sino desde sí mismo aunque sea una autonomía relativa.

Toda terapia ha de estar al servicio del hombre enfermo, y no “la enfermedad” como categoría abstracta; ha de poner entre paréntesis toda deformación ideológica, ya sea de orden naturalístico ya sea de orden sociológico. Esto implica un respeto absoluto al enfermo, a sus decisiones, a su manera de ser en el mundo, a sus síntomas que son a menudo lo más precioso porque le permiten sobrevivir. (8, 9)

Por eso la acción terapéutica se sustenta en el vínculo, que buscará des-familiarizar y re-construir las narrativas hasta entonces emergentes, para descubrir una verdad que revele mi *ipseidad*. Una verdad¹ que me otorgue *seguridad* y *confianza*, que al *des-ocultar* haga *patente* mi ser, tal como lo plantea la tradición hebrea y griega.

La Clínica: entre el *saber-hacer* y la *dimensión ética*

El progreso de la Psiquiatría depende de un intercambio constante entre estas tentativas prácticas de acceso al enfermo y la reflexión sobre su propia esencia en tanto que ciencia.(10)

Este planteo de Binswanger de considerar a esta disciplina simultáneamente como *reflexión* y *praxis*, permite también comprender ésta su marginalidad.

En efecto, la Clínica psiquiátrica se constituye no sólo como un *saber*, sino también como un *saber-hacer*, y se sitúa entre una *dimensión política* y una *dimensión ética*.

- Como un *saber* se asocia al mundo médico pero distinto a éste por los múltiples *préstamos/respaldos* de las ciencias sociales. Por eso, para salirse de este impasse defensivo, los psiquiatras deben lograr que su disciplina se desarrolle apoyándose tanto en investigaciones de las *ciencias biomédicas* como de las *ciencias sociales y/o humanas*.

- Como un *saber hacer* se apoya no sólo en la medicina sino en la justicia y la política en la medida que recibe demandas sociales, desde la gestión con personas violentas hasta el tratamiento individual y la habilitación o re-habilitación de la ciudadanía. Por ello, es preciso que integre el concepto de *vulnerabilidad* a los principios de *justicia*. (11, 12, 13). Desde una “*ética del cuidado*”, Ricoeur plantea un lugar destacado al tema de la *vulnerabilidad*, conceptualizando y ampliando esta

ética del cuidado, y confrontándola con la *ética de justicia*. La noción de *justicia* en Rawls (14), basada en la teoría del contrato como característica de las democracias liberales, no atiende a las personas que no sean libres, ni iguales e independientes, que no pueden cooperar a lo largo de su existencia como miembros plenamente de la sociedad.

Es por ello, que la Psiquiatría ha de superar sus fronteras articulando no sólo la atención de las *personas vulnerables* con *instituciones justas* (15), sino también ha de incluirlas en la sociedad a través de sus *capacidades* (16).² Sólo así, es posible restituirles sus *derechos* y su *dignidad* (17).

Se trata en última instancia de asumir una *ética de la responsabilidad* por la *alteridad* (18) de estos pacientes cuya indigencia y sufrimiento constituyen una apelación a nuestra solidaridad, y de atender además a la *prudencia*, en un contexto incierto que evoluciona sin cesar, como sucede en las esquizofrenias (19).

En síntesis, se propone asumir una *ética* que supere las exigencias del «*primum non nocere*» y que procure reformar las instituciones de atención para que sean protegidos los enfermos y respetados sus derechos (20).

Muy a menudo, el “*cuidado*” corre el riesgo de convertirse en violencia, ya sea porque proviene de la misma enfermedad y del drama que allí surge, ya porque los pacientes por diversas razones no logran expresarse ni compartir sus emociones, pero también porque la fragmentación y especialización de la medicina lleva a la objetivación de la persona, desconociendo que existen otras valoraciones sobre salud, enfermedad, curación que pueden entrar en conflicto.

Más aún, aquello que *significa* la enfermedad para un paciente escapa a la medicina en general, preocupada por el gesto curativo y a veces asociada a protocolos normativos, a menudo atada a una defensiva por mala praxis y atendida más a una cierta deontología que a una mirada ética. Se deja de lado que, para el enfermo el descubrimiento de su fragilidad incluso más allá de la curación y la certeza de una vida precaria, se resume en la experiencia de la *vulnerabilidad*. (21)

La práctica terapéutica -que no se confunde con el simple ejercicio de una técnica-, se desarrolla entre los polos de la *autonomía*³ y la *heteronomía* (22, 23). Estos dos procedimientos del psiquiatra corresponden a dos

¹ *Alétheia*, en sentido primario no significa “descubrimiento, patencia”. La raíz *la-dh*, -estar oculto- deriva de *léthos, lathos*, que significa “Olvido”. En este sentido, significó primitivamente “algo sin olvido”, o que no ha caído en el olvido completo. Por tanto, la única *patencia* a la que alude *aletheia* es simplemente la del recuerdo. De allí que más tarde viniera a significar: simple patencia, descubrimiento de algo, la verdad. Por otra parte, verdad etimológicamente en latín, celta y germánico, viene de la raíz *uero*, que se encuentra en el *se(d)verus*: estricto, serio. Esto hace suponer que uero significa *confiar*: la verdad es algo que merece confianza. El mismo proceso se da en las lenguas semíticas. Así en hebreo, *aman* es ser de fiar. En Hiphil, *confiar* dio *emunah*, fidelidad, firmeza; amén: verdaderamente así sea; *emeth*: fidelidad, verdad. En akadio, *ammatur*: fundamento firme; y tal vez *emtu*: verdad. Finalmente, el griego y el indoeuropeo, parten de la raíz *es*: ser. La verdad es la propiedad de ser real. Cfr. X. Zubiri, Naturaleza, Historia, Dios (2004), e Inteligencia Sentiente (2006), Madrid, Alianza Editorial.

² Retomado conceptos de *Soi-même comme un autre* (1990) (16), Ricoeur define la *autonomía* en primera instancia en términos de poder o *capacidad* que se despliega en *poder de decir*, en *poder de obrar* sobre el curso de las cosas y de ejercer influencia sobre los otros protagonistas de la acción, en *poder de hacer una narración inteligible y aceptable de la propia vida*, y en *poder de considerarse a sí mismo como autor de los propios actos*. Esto le permite plantear también distintos niveles de vulnerabilidad desde una no potencia a una potencia menor o disminuida, en correspondencia con la autonomía. Así se pueden señalar el “no poder decir” como fuente de desigualdad básica dado que lo distintivo del ser humano es el lenguaje, las fragilidades en el ámbito del obrar que provienen del curso del mundo como enfermedades, envejecimiento, accidentes o que son infligidas por otros seres humanos dada la disimetría entre el agente y el receptor de la acción, y finalmente la incapacidad de conducir la vida de acuerdo con la idea de coherencia o identidad narrativa desde la perspectiva insustituible de la singularidad, es decir, como ser autónomo en sentido pleno.

³ Blankenburg (1987, 415), (23) afirma que la libertad no es un hecho aislable sino un fenómeno intersubjetivo. Por eso respecto al concepto de autonomía, como una metamorfosis del giro trascendental de Kant, el problema de la libertad en nuestro siglo ha devenido un problema intersubjetivo de atribución o adscripción.

formas de preocupación por el otro (*Fürsorge*), según la distinción heideggeriana de *Sein und Zeit*, § 26. (24)

Una “sustitutiva-dominante” (*einspringende Fürsorge*) donde se le evita al otro sus cuidados, preocupándose en servirlo hasta el punto de sustituirlo: uno se hace cargo del cuidado del otro que es quitado de su propio lugar, pasando a segundo término. Así, puede recibir la solución del problema como algo acabado y puesto a su disposición o puede quedar descargado de este peso plenamente. En semejante preocupación (*Fürsorge*)⁴, puede el otro convertirse en dependiente y dominado, aunque este dominio sea tácito y permanezca oculto para el dominado. Esta forma de asistencia o preocupación que sustituye al otro y lo priva de su propio “cuidado” (*Sorge*), es determinante en amplios sectores del ser-en-común y la mayoría de las veces se limita a alimentar la “ocupación” (*Besorgen*) del otro en *entes meramente disponibles* (*Zuhandenheit*).

Otra, “anticipativa-liberadora” (*vorausspringende Fürsorge*), que no busca tanto sustituir al otro sino adelantarle las posibilidades de su existencia, y esto no para desposeerlo de sus “cuidados”, sino para restituírseles auténticamente. Esta “preocupación” que concierne formalmente al verdadero *cuidado*, es decir a la existencia del otro y no a *alguna cosa* de la que él se ocupa, ayuda al otro a volverse lúcido y a quedar en *libertad para el cuidado*. Es como una provocación de su libertad.

Esta distinción no vale sólo para la psicoterapia, sino se aplica al conjunto de esfuerzos terapéuticos, pues el psiquiatra puede ser “sustitutivo-dominante” en la psicoterapia, y conducirse en quimioterapia como “anticipativo-liberador”.

Ahora bien, la Psiquiatría no puede optar exclusivamente por una u otra estrategia, y ha de moverse forzosamente entre las dos, según el momento y según las circunstancias (25, 26).

Por eso, no es pertinente dividir y oponer la práctica psiquiátrica en terapias biológicas y psicoterapias. Se trata más bien, de una praxis que va de una aproximación *heterónomica* a una *autonómica*, de una *psicopatología descriptiva* a una *psicopatología adscriptiva* (Blankenburg), que no es otra cosa que una psicopatología de la libertad. El poder comportar-se no se reduce a un comportamiento ajustado a una norma, sino el margen de libertad necesarios para poder comportarse de una forma u otra (27). Interesa el grado de posible autonomía o de extrema heteronomía. La libertad no es un hecho aislado sino un fenómeno interaccional respecto al otro o a los otros pero también al propio individuo. La libertad sólo es posible en un individuo que es capaz de comunicar e interactuar consigo mismo.

Para hablar en términos psicoanalíticos, la libertad se

entiende en confrontación con la *realidad exterior*, con la propia realidad interna del *Id* (pulsiones), y con el *Superyo* (deberes internalizados). Recíprocamente a los grados de libertad del comportamiento, se puede también hablar de *grados de determinación de la conducta*, no sólo desde el punto de vista psicológico y socio-cultural sino también desde la neurofisiología de los reflejos condicionados.

Pues bien, los grados de autonomía/heteronomía del paciente no constituyen datos “describibles” (*beschreibbar*), sino de datos “adscribibles” (*zuschreibbar*). Por eso si la libertad del hombre y su responsabilidad respecto a lo que hace y lo que vive no se reducen a una mera ilusión, entonces toda praxis que se apoye exclusivamente en la noción de mecanismos *heterónomos* es por principio falsa. Es preciso desarrollar en el tratamiento de la enfermedad mental, nuevas formas de terapia creativa que no se concentren primariamente en la eliminación de “factores de disturbio”, “mecanismos patógenos”, etc., sino en la exposición y movilización de potenciales aún no explorados de salud que pudieron haber sido sepultados por manifestaciones psicopatológicas. Esto supone atender en cada caso la relativa significación de las enfermedades mentales o discapacidad tiene en la historia de vida del individuo, sin reducirlas inmediatamente a los factores genéticos, ambientales o psico-dinámicos.⁵

Como señala Callieri (28):

“*Curar o ocuparse de*, es el dilema ético de todo psicoterapeuta que lo hace sentirse obligado a recuperar la dimensión de ‘alteridad’ del alienus, no como una técnica a aprender sino como expresión de responsabilidad intersubjetiva. El otro me pone en cuestión, crea en mí una inquietud para dar voz a aquello que es indecible, para dar respuesta a esa demanda tal vez apremiante y problemática”.

La “alienación”, dice Ricoeur (29), es una palabra que sufre de una sobrecarga semántica que es necesario cambiar o por lo menos curar. Ella se presta a utilizaciones diversas, y se sitúa en un *carrefour* entre lo que constituye al sujeto y lo que lo destituye, entre lo que subjetiviza y aquello que lo sujeta y oprime.

Palabra clave en la literatura filosófica de hace cuarenta años, denuncia en la actualidad una realidad de urgente gravedad (30): la pérdida del ser, el empobrecimiento del hombre, hasta convertirse extranjero a sí mismo (*fremd, entfremdung*). Es la *alienación* como infelicidad en tanto nihiliza la conciencia de sí en otra en la cual pierde su sustancia. Se da la negatividad de una desposesión, de una pérdida de sí en una figura que le es extraña, irracional. Precisamente, Henry Ey (31) designa a esta “alienación” como la *patología de la libertad*.

⁴ La traducción francesa de A. de Waelhens utiliza “assistance” para “Fürsorge”, que de algún modo se acerca más a la labor terapéutica. Recuérdese que Heidegger considera al “cuidado” (*Sorge*) como un existenciario. Cuando se dirige a las cosas o “meros objetos” (*Vorhandenes*) y a los “útiles” o “entes a la mano” (*Zuhandenheit*), en cambio cuando se orienta al hombre es la “preocupación” (*Fürsorge*).

⁵ Es decir, una terapia que esté al servicio del hombre enfermo, y no “la enfermedad” como categoría abstracta, y que ponga entre paréntesis toda de-formación ideológica, sea de orden naturalístico sea de orden sociológico.

Como bien insiste Heidegger (32), el *Dasein* -en tanto libertad- constituye lo ineludible de la Psiquiatría; es aquello que no se puede sobrepasar ni evitar (*herumkommt*) porque queda siempre presupuesto, es lo que no se puede rodear (*umgehen*), es decir volver objetivable, manipulable y aislable. Es lo Incondicional, a pesar de los condicionamientos psico-sociales y psicosomáticos; es aquello que permanece, es lo Inevitable aunque se presente oculto y reprimido. En última instancia, es “libertad para su más propio poder ser” (*Freiheit zum eigsten Seinkönnen*).

Las personalidades a-normales -por más alejadas a la norma que se presenten-, no serán tema de psicopatología mientras esa desviación no exprese una limitación en los *grados de libertad del poder vivenciar y poder comportar-se*. El poder comportar-se no se reduce a un comportamiento ajustado a una norma, sino el margen de libertad necesarios para poder comportarse de una forma u otra (27). Interesa el grado de posible autonomía o de extrema heteronomía. La libertad no se reduce a la mera conciencia de autonomía (como en la existencia maníaca), sino es responsabilidad realizada, capacidad de “introvisión” (33), de control y de dirección del *self*.

Por eso, cabe preguntarse cómo la psiquiatría del siglo XXI deberá pensar el *discurso del ser enfermo*. En efecto, la constitución de una verdadera *noso-logía* ha de pasar por una reflexión a la vez ética y epistemológica de la *experiencia clínica*, es decir un estudio y profundización de la *teoría* de su práctica misma. Entre el saber y el hacer, entre el lenguaje y la acción, entre la teoría y la práctica, se encuentra el *saber hacer*” (34) ¿Cómo lograr una aproximación que conduzca a una auténtica experiencia clínica? (35) ¿Cómo acercarse y dar crédito al hombre de las profundidades? (36)

Como en psiquiatría *teoría y práctica* son indisociables, reflexionar sobre este “saber hacer” no implica pensar una teoría como contrapuesta a la práctica, sino una *actitud crítica* a los principios y fundamentos del *discurso y de la praxis psiquiátrica*. Se trata de pensar una *meta-teoría* cuyo modelo de reflexión se aproxime tanto a una “ciencia de acciones” como a una ciencia de “objetos”; se trata de plantear aquí una *Crítica de la Razón Psiquiátrica* en tanto Razón Teórica-Práctica, una Meta-Psiquiatría, una Post-psiquiatría.

El pacto de cuidados: entre la confianza y la alianza

Los valores que fundan las prácticas terapéuticas y preventivas propuestas al paciente, y a la comunidad, no siempre son anodinas, ni neutras: revisten una carga simbólica que se profundiza en la relación asimétrica

profesional/paciente y por eso se requiere entre uno y otro, un ámbito de *confianza*.

Es lo que Paul Ricoeur (15) propone como “pacto de cuidado”. Pacto inicialmente marcado por la asimetría entre quien sabe y quien sufre, pero que paulatinamente conlleva a la constitución de un ámbito de confiabilidad, de firmeza, de seguridad, de solidez... aspectos estos que generan un vínculo donde es posible generar ciertas expectativas y arriesgar ciertos aspectos del futuro. “Pacto de confianza” que fluctúa entre perseverancias y declinaciones.

Para caracterizar esa relación de atención entre terapeuta y paciente desde una perspectiva ética, Ricoeur profundiza la noción de *alianza terapéutica*. Alianza ésta (37, 38), que sólo es posible si deviene una *promesa* recíproca, es decir un compromiso del terapeuta de acompañar al paciente, y por parte de éste de asumirse como agente de su propio tratamiento: se trata de un *pacto de cuidado* recíproco, incluso en situaciones donde las desventajas y habilidades son desproporcionadas (39).

¿Cómo garantizar entonces, el respeto de aquellos que se encuentran en situación de dependencia? Retomado conceptos de *Soi-même comme un autre* (16), P. Ricoeur (15) en “Autonomía y vulnerabilidad”, plantea una concepción del sujeto de la Ética, abriendo líneas desde la *vulnerabilidad* o fragilidad constitutivas del ser humano. Define la *autonomía* en primera instancia en términos de poder o *capacidad* que se despliega en poder de decir, en poder de obrar sobre el curso de las cosas y de ejercer influencia sobre los otros protagonistas de la acción, en poder de hacer una narración inteligible y aceptable de la propia vida, y en poder de considerarse a sí mismo como autor de los propios actos. Esto le permite plantear también distintos niveles de *vulnerabilidad* desde una no potencia a una potencia menor o disminuida, en correspondencia con la *autonomía*.

Se trata ahora de pensar cómo responder ante los rasgos particulares de la *vulnerabilidad del enfermo mental*, teniendo en cuenta el modo como puede ser afectada su subjetividad y su *autonomía*⁶ (40). ¿Cuál es su *competencia*⁷ (41) para *consentir* (42) de modo explícito y validado, sin coacciones internas ni externas ante ciertas prácticas terapéuticas, o ante la participación en protocolos de investigación? ¿Cómo mantener la *confidencialidad*, sobre todo en instituciones donde actúan equipos interdisciplinarios, y los registros de datos se realizan con tecnología informática? ¿Cómo resguardar la intimidad cuando la misma enfermedad mental es muchas veces considerada como un “estigma social”? (43, 44, 46)

La situación deviene más sensible, en la medida que

⁶ Si bien ya no se puede más requerir al paciente una aceptación incondicional, tampoco se puede plantear una concepción liberal del principio de *respeto a su autonomía*. Como señala la Declaración de Barcelona (1990), la autonomía no es un mero “permiso” concedido a los tratamientos terapéuticos o a las experimentaciones, sino que ha de tomar en consideración aspectos como la capacidad de crear ideas y perseguir fines, de elaborar intuiciones morales, de ser “legisladores de sí mismos” y de tener el sentido de la propia vida privada, de reflexionar y de actuar sin coerción, de asumir una responsabilidad personal hacia uno mismo y hacia los demás, de proporcionar un “consentimiento informado”.

⁷ James Drane considera que la *competencia* de una persona depende del tipo de decisión de alta, media y baja dificultad que deba tomar, y sobre todo de sus consecuencias. Mientras la autonomía es una dimensión de la persona, un camino gradual en el que se va avanzando con la madurez, la competencia es una categoría: se es competente “para algo” o no se es. Las decisiones más difíciles exigen mayor competencia, porque se opta por un riesgo mayor, ya sea porque es el único modo de alcanzar la salud, ya sea por la importancia que se le da a ciertos valores, ideología o convicciones religiosas o morales. En el modelo de Appelbaum, se presentan las diferentes fases del proceso de toma de decisión competente: poder comprender la información, explicarla de manera razonable, apreciarla, valorarla de manera personal y, finalmente, comunicar adecuadamente la decisión.

el paciente es alentado a expresar y develar sentimientos, emociones, pasiones, fantasías, proyectos de vida y conflictos íntimos, precisamente porque la escucha del psicoterapeuta no se dirige a un órgano ni a un sistema sino al otro como un sujeto personal, con un entorno familiar y social.

Ahora bien, ¿la noción de *autonomía* basta para comprender la situación de enfermedad, de vulnerabilidad, la necesidad de ser sostenido en su búsqueda de curación?

Se trata de responder por el cuidado de una persona enferma y su adherencia al tratamiento, por la responsabilidad de los cuidadores, es decir por la importancia de la *confianza mutua*.

Precisamente, para Levinas es este encuentro con la *vulnerabilidad del otro* el que nos afecta, con su alteridad y su humanidad, el que nos solicita y nos interpela. Mas allá o mas acá de un deber de no abandono, es la *responsabilidad para el otro* como ineludible que se nos impone por ella misma, y no puede ser derogada sin culpabilidad. “Soy responsable de él sin esperar lo recíproco” señala Levinas (45).

Responder a la llamada del otro que sufre y existir para este otro, constituyen dos *imperativos éticos* que posibilitan un espacio terapéutico: el de otorgar una *significación ética* a la asimetría de la relación de cuidado y el de asumir la *responsabilidad ética* a ésta asociada. Más aún, esta responsabilidad ética conlleva una hospitalidad hacia el otro, es decir una *disponibilidad* para acoger las palabras y los silencios del otro sin cubrirlas inmediatamente.

Cuando el paciente se hace presente en sus síntomas, lo hace en un discurso que expresa cómo, por qué y de qué manera está enfermo, remitiéndonos de este modo a una historia particular, a un contexto de *sentido*. Será la tarea del clínico la que busque integrar esas narrativas. Por eso, esta práctica puede ser comparada a la de los historiadores, a la de los biógrafos o a la de los etnógrafos (46, 47). Precisamente, el método clínico como acto interpretativo implica la organización de los eventos vividos en la sincronía de un relato: un relato que no es la simple repetición de un pasado ampliado, sino una co-creación del terapeuta y el paciente.

El destino de un relato no reside en sí mismo sino más bien participa de otra lógica, la de la *escucha*. ¿Qué me dice el relato y qué digo yo al sujeto del relato? Cada palabra aparece como un “puente tendido entre dos interlocutores” (48). El terapeuta no es el mero soporte de la *transferencia*, porque la relación analítica se reduciría a la sola recuperación de determinaciones históricas. Al contrario, el discurso del paciente es reinventado en su recepción y *por* la recepción misma del terapeuta (49).

Es por eso que el paciente no puede ser concebido en la inmanencia, ya que el terapeuta en esa situación sólo puede apropiarse de su texto participando de su *mundo*.

La receptividad en cuanto “a priori” del decir, “constituye un componente intrínseco de la significación actual o efectiva del texto o relato” (50). Sitúa al relato

entre el paciente y el terapeuta, en un espacio que no es ni del uno ni del otro ni del lado de la creación ni del lado de la recepción, sino “*entre ambos*”. En tanto que es respuesta, la recepción opera una cierta *mediación* entre el pasado y el horizonte de espera del presente, o mejor entre el “horizonte de espera del pasado” y el “horizonte de espera del presente”. Pero además, constituye una *mediación* entre dos tiempos, el del paciente y el del terapeuta (51).

Por eso, Ricoeur considera que ha sido un hallazgo audaz el de Freud el tomar la “relación intersubjetiva” como *técnica* (52). Al poner en juego su propia *receptividad*, el analista permite que ese discurso se despliegue en su dimensión propia, es decir en su dimensión de intersubjetividad. Poniendo el acento en ese espacio entre la narración y la recepción, y encontrando allí su dimensión dialógica, la *hermenéutica de la recepción* nos conduce a una *hermenéutica del diálogo* (53). Aun cuando la palabra sea rechazada, en ese “saber dejar ser al otro” es que surge el “silencio” en tanto posibilidad última o primera del diálogo.

La distancia entre uno y otro paulatinamente se hace cercanía hasta alcanzar un diálogo interpersonal que queda sellado por el “*pacto de cuidados*” que se sostiene en la *confianza mutua* (15) y cuyo objetivo es la curación. Por eso, la relación de “cuidado” ha de considerarse como unidad normativa de cualquier relación humana, frente a la multiplicidad de enfoques teóricos y de problemas legales y éticos.

Ahora bien, desde el inicio el *pacto de cuidado* se hace presente de modo frágil. Por un lado, por la misma patología y el drama que allí surge, y por otro, porque el terapeuta atiende a menudo más a su saber científico fin de alcanzar una serie de juicios de diagnóstico y pronóstico que, muy a menudo deja de lado su singularidad: interesa mas “la” enfermedad que de “el” enfermo.

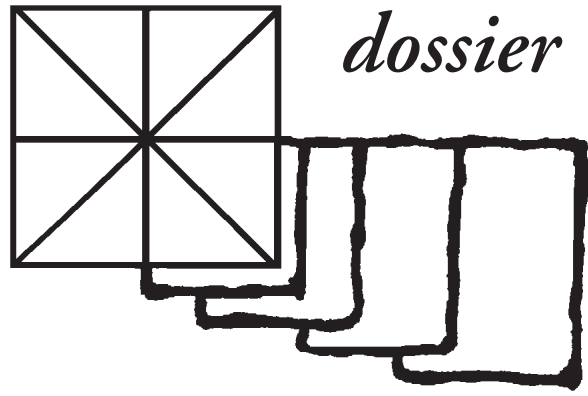
Escuchar al que cuenta su historia o sus historias es percibir su manera de ser, es trascender esa actitud que se desprende del mero abordaje de los síntomas para interesarse en su *mundo*. Al desplazar al analizado del lugar de “autor” al de “espectador-auditor” de su propio drama, el analista interviene para poner una distancia. Por ello “es necesario que otro (aunque este otro sea yo mismo en circunstancias privilegiadas y difíciles de realizar) interprete y sepa, para que yo me reconcilie conmigo mismo” (54).

En este sentido, Ricoeur plantea que la *praxis asistencial conlleva una dimensión ética*, “cuando a la afirmación de mi propia libertad se agrega la voluntad de la libertad del otro, es decir yo deseo que tu libertad exista”. (55)

En última instancia, el saber terapéutico es de algún modo un *saber antropológico*, del hombre como sujeto de enfermedad, del *homo patiens*. “El dolor y el sufrimiento no sólo son ‘pathos’ sino también ‘logos’” dice Lopez-Ibor (56): no producen conocimiento únicamente en quien padece sino también en quien quiere acompañar al hombre en su sufrir. ■

Referencias bibliográficas

1. Barruel F, Bioy A. Du soin à la personne: clinique de l'incertitude. Dunod, Paris; 2013.
2. Aubry, R. Préface. En: Barruel, F. et Bioy, A (o.c.)
3. Buzzi A. Los aforismos de William Osler. *Rev Asoc Méd Argent* 2011; 124: 3-5.
4. Rovalletti ML. Transdisciplinariedad y Psiquiatría. Reflexiones en torno a la epistemología de una ciencia teórica y práctica, En: E. Vaschetto (ed.) Epistemología y psiquiatría. Relaciones peligrosas. Buenos Aires, 2012, pp. 43-53.
5. Lantéri-Laura G. Phénoménologie et critique des fondements de la psychiatrie. *L'Évolution Psychiatrique*, 51, 4, 1986: 895-906.
6. Lantéri-Laura G. Sémiologie et critique de la connaissance. *L'Évolution Psychiatrique*, 1986. 51, 4: 825-833.
7. Berquez G. L'illusion phénoménologique et le réel biologique. Essai de Psychiatrie théorique. *L'Évolution Psychiatrique* 1986, 51, 1: 87-99.
8. Kuhn R. Daseinsanalyse: phénoménologie de l'existant. En: R. Fédida. Phénoménologie, Psychiatrie, Psychanalyse, Phénoménologie. Paris: G.R.E.U.P., Echo-Centurion; 1986, pp.9-26;
9. Kuhn R. El síntoma como hecho a ser comprendido. En torno a la frase 'en la psiquiatría los síntomas son ellos mismos hechos a ser comprendidos. En: M. L. Rovalletti (ed.), Corporeidad; La problemática del cuerpo en el pensamiento actual. Bs. As.: Lugar Editorial; 1998.
10. Binswanger L. Importance et signification de l'analytique existentielle de M. Heidegger pour l'accesion de la psychiatrie à la compréhension d'elle-même (1958). En: Introduction à l'analyse existentielle, Paris: Minuit; 1971, pp. 247-263.
11. Pelluchon, C. Elementos para una ética de la vulnerabilidad. Bogotá: Editorial Javeriana-Universidad del Bosque, 2015.
12. Pelluchon C. El ejercicio de la medicina: valores de los pacientes, normas de los profesionales, conflictos y deliberación pública. *Revista Colombiana de Bioética*. 2011, 6, 2: 139-159.
13. Rouillard, S. Soigner en psychiatrie. Conjuguer, au quotidien, vulnérabilité et autonomie. En: E. Hirsch, Traité de bioéthique III.: Handicaps, vulnérabilités, situations extrêmes. Toulouse: Eres. 2010. pp. 153-164.
14. Rawls J. Teoría de la justicia. México: F.C.E.; 1979.
15. Ricoeur P. Le Juste 2. Paris: Éditions Esprit; 2001.
16. Ricoeur P. Soi-même comme un autre. Paris; Du Seuil, 1990.
17. Wachter D-F. Les figures de la vulnérabilité. En: Hirsch, E. Traité de bioéthique. Toulouse: Eres; 2010, pp. 189-204
18. Levinas E. Ética e infinito. Madrid: Visor; 1991.
19. Reyre A. La construction de soins dans la schizophrénie: quelle liberté pour la personne? En: Hirsch, E. (ed.) Traité de bioéthique. Vol. III: Handicaps, vulnérabilités, situations extrême. Toulouse: ERES; 2010, pp. 165-177.
20. Domingo Moratalla T. Bioética y hermenéutica. La aportación de Paul Ricoeur a la bioética. *Veritas* 2007, II, 17: 281-312.
21. Le Blanc G. La vie psychique de la maladie. *Esprit*, 2006/1 (Janvier): 109-122
22. Blankenburg W. Autonomie und Heteronomie Konzept in ihrer Bedeutung für die psychiatrische Praxis. En: W. Janzarick (ed) Psychopathologie und Praxis. Stuttgart: Enke, 1985, pp. 29-46.
23. Blankenburg W. The dialectic of 'Freedom and Unfreedom' in the Psychiatric View. En: A. T. Tymieniecka (ed.) *Analecta Husserliana*. Dordrecht: Reidel Publishing; 1987, XXII: 409-423.
24. Heidegger M. Sein und Zeit, Tübingen: Max Niemeyer, 1963.
25. Tatossian A. Pratique Psychiatrique et Phénoménologie. En: P. Fedida, (ed) Phénoménologie, Psychiatrie, Psychanalyse, Paris: GREUP- Echo-Centurion; 1986, pp.123-132.
26. Blankenburg W. Sur le rapport entre Pratique Psychiatrique et Phénoménologie. En: P. Fedida (ed) Phénoménologie, Psychiatrie, Psychanalyse. Paris: GREUP, Echo-Centurion, 1986, pp.133-140;
27. Blankenburg W. La psicopatología como ciencia básica de la psiquiatría. *Revista chilena de Neuropsiquiatría* 1983, XXI: 177-188.
28. Callieri B. 'Curare' o 'prendersi cura di', il dilemma psichiatrico della responsabilità esistenziale. *Atque* (Italia) 1993, 8: 121-131.
29. Ricoeur P. Alienation. En: *Encyclopædia Universalis*. Paris, 1978; Vol. 1. p. 660. [en ligne el 20-04-2016]. <http://www.universalis.fr/encyclopedie/alienation/>
30. Giudicelli S. Le concept d'alienation: de la théorie à la pratique quotidienne. *L'Information Psychiatrique*, 1983, 59, 7: 925-940.
31. Ey H. La conscience. Paris: P.U.F, 1968.
32. Heidegger M. Vorträge und Aufsätze. Pfullingen: Neske, 1954.
33. Braumtigan, W. La psicoterapia en su aspecto antropológico. Madrid: Gredos; 1964.
34. Grenouilloux A. Quels besoins et quels moyens pour une nosologie psychiatrique au XXI siècle? *L'Information Psychiatrique* 2010, 86, 3: 135-143.
35. Lantéri-Laura G. Au-delà du domaine clinique. *L'Évolution Psychiatrique*. 1990, 55, 2: 287-302.
36. Berthon, G. Respect de l'autonomie, consentement et usage de la contrainte en psychiatrie. En: E. Hirsch. Traité de bioéthique III.: Handicaps, vulnérabilités, situations extrêmes. Toulouse: Eres, 2010, pp. 140-152.
37. Cortina A. Alianza y contrato. Política, Ética y Religión. Madrid: Trotta, 2001.
38. Jacquemin D. Le concept d'alliance à l'épreuve de la relation de soins. *Revue Francophone de Psycho-Oncologie*. 2005, 4: 281-4. Disponible el 1-07-2016 en link.springer.com/article/10.1007/s10332-005-0097-8
39. Zacaai-Reyners, N. Respect, réciprocité et relations asymétriques. Quelques figures de la relation de soin. *Esprit*, 2006/1 (Janvier): 95-108
40. Declaration de Barcelone. Novembre 1998. Propositions politiques à la Commission Européenne par les Partenaires du Projet BIOMED-II, projet sur les Principes Ethiques de Base en Bioéthique et Biodroit. Disponible el 01-07-2015: <http://genevieve.delaisi.free.fr/pages/barcel2.html#renseig>
41. Drane J. Las múltiples caras de la competencia. En: Cruceiro, A. (ed.) Bioética para Clínicos. Madrid: Triacastela, 1999, pp. 163-176.
42. Appelbaum PS, Lidz ChB, Meisel A. Informed consent. Legal theory and Clinical Practice. New York: Oxford University Press, 1987.
43. Reyre A. La construction de soins dans la schizophrénie: quelle liberté pour la personne? En: E. Hirsch. Traité de bioéthique III.: Handicaps, vulnérabilités, situations extrêmes. Toulouse: Eres; 2010. pp. 165-177
44. Chalier C. La souffrance d'autrui. En: La persévérance du mal. Paris: Cerf, 1987, pp. 127-143.
45. Levinas E. Autrement qu'être ou au delà de l'essence. The Hague: M. Nijhoff; 1974
46. Rovalletti ML. De la hermenéutica del relato a la hermenéutica de la recepción. *Acta Fenomenológica Latinoamericana*, vol. I. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú, 2003, pp. 347-357.
47. Rovalletti ML. La psicoterapia como 'compromiso narrativo. En L. Ricón (ed.) Las psicoterapias, pensadas a partir de lo posible. Bs. As.: Polemos, 2005, pp. 195-204.
48. Jacques F. Dialogiques. Paris: PUF; 1979.
49. Ricoeur P. La componente narrativa della psicoanalisi. *Metaxú* (Roma), 1988, 5 Maggio, pp. 7-19.
50. Ricoeur P. *Temps et Récit*. Paris: Du Seuil, 1983.
51. Rovalletti ML. La historia clínica, entre la verdad factual y la verdad narrativa. En: A. Zirió Quijano (ed.) *Acta Fenomenológica Latinoamericana*, vol. III, México, Universidad Michoacana; 2009, pp. 743-751.
52. Ricoeur P. De l'interprétation, Essai sur Freud. Paris: Du Seuil, 1965.
53. Chavarot, J.M. Hermenéutica de la recepción. *L'art du Comprendre* 1998, 7: 221-239.
54. Ricoeur P. Philosophie de la volonté. Vol. I. Le volontaire et l'involontaire. Paris: Aubier, 1963.
55. Ricoeur P. Psychiatry and Moral Values. En: S. Arietti, *American Handbook of Psychiatry*. New York: Basic Books, 1974, vol. I, pp. 976-990.
56. Lopez Ibor JJ. Enfermedad, dolor y sufrimiento, *Noticias Médicas*; 1970.



URGENCIAS EN PSIQUIATRÍA INFANTO-JUVENIL

Coordinación

Juan Costa

Juan Carlos Stagnaro

El sufrimiento psíquico intenso y agudo que un niño o un adolescente no puede superar recurriendo a sus propios mecanismos de defensa contra la angustia, en un contexto de incapacidad del entorno socio-familiar para contenerlo, configura el núcleo de la típica situación de la urgencia psiquiátrica infanto-juvenil.

A partir de la labor clínica cotidiana la impresión de muchos profesionales de nuestro medio, respecto del incremento cuantitativo observado en los últimos tiempos de urgencias en Salud Mental infanto-juvenil, se encuentra confirmada por datos epidemiológicos locales y de otros países.

En efecto, ya sea en departamentos de urgencias pediátricas con o sin equipos especializados en Salud Mental, y en salas de internación, guardias de hospitales especializados, equipos de urgencias domiciliarias, y también, en el primer nivel de atención, se ha visto el incremento de este tipo de consultas. Estos datos planteados en una dimensión cuantitativa, exigen revisar las formas de organización de servicios a nivel edilicio y de los recursos profesionales con los que cuentan los equipos, y también respecto de las formas mediante las cuales se debe garantizar un cuidado sostenido, que en algunos casos puede requerir la cualidad de permanente. En consecuencia, cabe interrogarse acerca de cómo plantear programas de seguimiento que puedan evitar en esos casos el conocido fenómeno de la “puerta giratoria”, también sólidamente documentado en diversas publicaciones.

Estas presentaciones urgentes pueden resultar de la descompensación de un trastorno mental caracterizado, pueden reflejar un momento particularmente complicado y florido de un episodio de crisis vital, pueden ser reacciones a condiciones patógenas del medio y estar complicadas con las condiciones sociales de desamparo del menor y/o el consumo de alcohol y otras sustancias, u obedecer a factores sociales que desencadenan respuestas emocionales dolorosas e inadecuadas. A la vez, las configuraciones de esos cuadros que tienen por centro al niño o al adolescente son siempre fenómenos emergentes de una situación compleja que involucra a múltiples actores.

Esto sucede cada vez más en una sociedad donde los servicios de urgencias de los hospitales y los médicos generales son obligados a ocupar, en muchos casos, los roles otrora asumidos por la tradicional “familia ampliada”.

Quienes caen en la situación de urgencia (padres adolescentes, niños intoxicados que viven en situación de calle o institucionalizados, miembros de familias desorganizadas o altamente conflictivas, etc.), en muchos casos carecen de referentes adultos capaces de contenerlos, protegerlos y guiarlos ante situaciones que los rebasan en su capacidad de comprensión, control y decisión.

Las condiciones de vida en la sociedad del hiperconsumo, los desarrollos tecnológicos, las nuevas exigencias laborales, exacerbadas por la amenaza del desempleo, la densidad de población en las ciudades, contribuyen

en conjunto a agrandar la brecha intergeneracional, la incompreensión, la falta de comunicacón, el aislamiento, la indiferencia y la tensi3n en el mundo contemporáneo. ¿Cuántas situaciones de crisis que desembocan en verdaderas urgencias son, en realidad, atribuibles a los avatares que acabamos de enumerar y cuyo origen -de forma directa o indirecta- puede vincularse con causas sociales y socio-familiares?

Un debate histórico, muy actual, y podrí3a decirse estructural de nuestro campo, es el de la relaci3n entre el contexto y el texto de nuestra clínica. En la niñez y aún en la adolescencia, la relaci3n del sujeto con su entorno es obviamente de dependencia en niveles que van desde la provisi3n de cuidados hasta la responsabilidad jurídica. De ello se desprende, y volvemos a enfatizar en este punto, la especial pertinencia que adquiere indagar profundamente respecto de cómo se enlazan los vínculos de estos niños y adolescentes con sus referentes de cuidado y con las instituciones concernidas, de estos con el medio social, y cómo a partir de las características de esa compleja y conflictiva estructura se generan distintas manifestaciones sintomáticas.

Los trabajos compilados en este Dossier abordan varios de los temas mencionados. En su análisis de la encrucijada histórica en la que se organiz3n la sala de internaci3n de Salud Mental Infanto-juvenil del Hospital Pediátrico de Córdoba, M3nica Bella describe como se ensay3n una respuesta frente a una demanda socio-sanitaria particular y cuáles vienen siendo los resultados de la experiencia en marcha.

Pablo Coronel presenta un trabajo, acuñado a partir de su larga experiencia, con valiosos criterios e indicaciones para el manejo de las urgencias psiquiátricas en niños y adolescentes que presentan problemas relacionados al abuso de sustancias psicoactivas.

Sandra Novas y M3nica García Barthe, transmiten aspectos de su rica y prolongada experiencia en el Departamento de Urgencias del Hospital de Niños "Dr. Ricardo Gutiérrez" de la Ciudad Autónoma de Buenos

Aires, comunicando datos epidemiológicos, etiológicos y clínicos en el marco de una reflexi3n respecto del lugar de la infancia y la adolescencia, bajo la influencia de los cambios culturales y socioeconómicos de la sociedad contemporánea.

Marcela Armus y colaboradoras presentan de manera precisa y fundamentada una -articulaci3n teórico-clínica de las situaciones de urgencia que pueden afectar la salud mental del infans y la manera de detectarlas.

En su trabajo, Mauro Pinelli propone, desde una perspectiva clínica, una revisi3n respecto de elementos clave para la conceptualizaci3n y la intervenci3n en casos de Abuso Sexual Infantil (ASI), en el abordaje psicoterapéutico de adolescentes.

Por su lado, Paula Tagliotti y colaboradoras relevan las características epidemiológicas en las internaciones por intentos de suicidio en el hospital Materno-infantil de Mar del Plata.

El artículo de Alejandro Villa pone de relieve una problemática poco estudiada: la violencia interpersonal y las muertes de jóvenes a manos de otros jóvenes y los efectos de estas sobre su grupo de amigos, en barrios vulnerables, definidos desde la perspectiva urbanística clásica como villas de emergencia. En este artículo se descubre algo que puede conceptualizarse, según las palabras de Aida Perugini, como urgencias que para nuestro sistema de salud continúan siendo, en gran medida, "mudas".

La prestigiosa especialista francesa Marie Rose Moro desarrolla a lo largo de una entrevista concedida a Vertex la temática del suicidio infanto-juvenil con esclarecedores señalamientos sobre el marco de la cultura contemporánea.

En su abigarrado conjunto, que no agota las múltiples facetas que merecen una mucho mayor atenci3n e investigaci3n, los artículos mencionados trasuntan un malestar en nuestra cultura que se expresa a través de las consultas de urgencia que nuestros niños y adolescentes denuncian con su acuciante sufrimiento. ■

Experiencia de una sala de internación de psiquiatría en un hospital pediátrico de la provincia de Córdoba (Argentina): entre cambios epidemiológicos y legislativos

Mónica Edith Bella

*Doctora en Medicina y Cirugía.
Especialista en Psiquiatría y Psiquiatría Infantojuvenil.
Jefa de Sala de Internación Psiquiatría Pediátrica,
Hospital de Niños de la Santísima Trinidad de Córdoba.
Profesora Facultad de Medicina UNC y UCC.
E-mail: bellamonica@hotmail.com*

Resumen

En las últimas décadas se observan cambios epidemiológicos en la demanda de atención en salud mental de la infancia con un aumento de las consultas y hospitalizaciones por causas mentales. Estos cambios y los lineamientos sanitarios en salud mental dieron lugar a la implementación de una sala de internación en salud mental en un hospital pediátrico. Para ello se requirió adecuar la infraestructura y los recursos profesionales. Se presenta el diagnóstico de situación y el contexto sanitario que llevaron a la implementación de la sala de internación. Los indicadores de gestión de la sala de internación en el periodo 2009-2015: motivos de internación, diagnósticos psicopatológicos, causas de internaciones prolongadas. La hospitalización de niños con enfermedades mentales en el hospital pediátrico se da en el encuentro de dos paradigmas, el de la salud mental y el de la clínica pediátrica.

Palabras clave: Emergencias psiquiátricas - Cuidados en salud mental -Hospitalización - Indicadores de salud mental.

EXPERIENCE OF A PSYCHIATRIC UNIT IN A PEDIATRIC HOSPITAL IN THE PROVINCE OF CÓRDOBA (ARGENTINA). BETWEEN EPIDEMIOLOGICAL AND LEGISLATIVE CHANGES.

Abstract

In the past decades, several epidemiological changes have been observed in the demand for child mental health care with an increase in the number of visits as well as hospitalizations due to mental causes. These changes, together with the sanitary guidelines related to mental health, lead to the implementation of a mental health care unit at a pediatric hospital, which required the adjustment of the infrastructure as well as the professional resources available. The diagnosis of the situation and the sanitary context that led to the implementation of the care unit are presented. The performance/management indicators of the psychiatric unit for the period 2009-2015 are: hospitalization cause, psychopathological diagnosis and prolonged hospitalization cause. The hospitalization of children with mental disorders at a pediatric hospital occurs at the crossroads of two paradigms: mental health and pediatrics.

Key words: Psychiatric emergencies - Mental health care - Hospitalization - Mental health indicators.

“Frente a las enfermedades que genera la miseria, frente a la tristeza, la angustia y el infortunio social de los pueblos, los microbios, como causas de enfermedad, son unas pobres causas”.

Ramón Carrillo.

Introducción

El contexto epidemiológico de la salud mental de la infancia

La bibliografía muestra que en las últimas décadas se observan cambios epidemiológicos en la demanda de atención en salud mental de la infancia y un aumento de las consultas por causa de trastornos mentales en los servicios de emergencias pediátricas y en los centros de atención primaria (1, 6). Estas consultas llegan a representar, para algunos países, del 25 al 50% de las realizadas en el nivel de la atención primaria y el 5% de las visitas a servicios especializados de emergencias pediátricas (2, 6). Entre las causas que motivan las consultas a estos servicios se identifican los intentos de suicidio, los problemas conductuales, el uso de sustancias y las crisis de ansiedad, coincidiendo los estudios en que los comportamientos suicidas son el motivo de consulta más frecuente de las mujeres y los problemas conductuales el de los varones (2, 7).

La provincia de Córdoba (Argentina) no fue ajena a estos cambios de las consultas de salud mental. Efectivamente, en la década 2000-2010 se observó un incremento en las consultas y hospitalizaciones por causas mentales en el Hospital de Niños de la Santísima Trinidad (HNST), y este aumento fue más significativo cuando las consultas fueron por episodios de agitación psicomotriz y por episodios psicóticos agudos, sin que el hospital se encontrara preparado para dar respuesta a esta nueva necesidad de atención (8, 9).

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en su texto: *“Estrategia y plan de acción sobre salud mental”*, señala que los problemas de salud mental de la infancia constituyen un asunto prioritario para la Salud Pública pero que “a pesar de la magnitud de la carga de los trastornos mentales, hay poca capacidad de respuesta de los servicios de salud” (OMS, 2009) (10). En la bibliografía se señalan las dificultades que existen para dar una adecuada respuesta a estas necesidades de la salud; entre las que se encuentran: la falta de conocimiento y estigmatización respecto de las enfermedades mentales, la carencia de servicios de emergencia especializados en salud mental infantil; la falta de formación de los profesiona-

les de la salud, en general, y de los pediatras, en particular, respecto a los problemas mentales; la necesidad de contar con espacios físicos apropiados para evaluar y abordar terapéuticamente estos problemas de salud mental y las situaciones de riesgo que podrían conllevar (2, 11). La mayor parte de los servicios de emergencias pediátricas están preparados para resolver otros aspectos de la clínica pediátrica y no estas situaciones de emergencia de salud mental.

Un relevamiento efectuado en España señala que “... existen cuadros clínicos con la suficiente gravedad psíquica para el niño y la familia que no pueden ser atendidos en el nivel ambulatorio... y constatan la carencia de camas hospitalaria para el abordaje de esta problemática y de personal especializado...” (11). La situación sanitaria descrita también se observó en la provincia de Córdoba, Argentina.

Situación sanitaria del sector Salud Mental en el periodo 2000-2008 en la provincia de Córdoba

El sistema de salud de la Provincia de Córdoba¹ estaba organizado en un modelo de red de atención sanitaria en niveles de creciente complejidad, tanto para la atención pediátrica como para salud mental. La red de Salud Mental del Ministerio de Salud de la provincia contaba con tres niveles de atención de creciente complejidad. En el nivel 1, los Centros de Atención Comunitaria (algunos contaban con abordaje terapéutico a la infancia para promoción y prevención), en el nivel 2 los Servicios de Salud Mental de hospitales generales (que para la infancia eran dos en hospitales pediátricos de la ciudad de Córdoba) y, en el nivel 3, hospitales monovalentes², que en Córdoba no existen para niños/adolescentes, mientras que en el solo país sólo hay uno en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, el hospital “Carolina Tobar García” (12).

La red de salud pediátrica también estaba conformada en niveles de creciente complejidad y desde el año 2000, el HNST fue considerado como el centro asistencial de mayor (tercera) complejidad para la atención en pediatría de la provincia (13, 14).

Esto se tradujo en la construcción de una nueva estructura edilicia, la incorporación de recursos humanos especializados y una nueva organización institucional. Algunos de sus objetivos estratégicos fueron: “a) Resolver toda la patología pasible de tratamiento, tanto clínico como quirúrgico de los niños y adolescentes de la provincia de Córdoba y alrededores; b) Fortalecer la capacitación permanente de los recursos profesionales, técnicos y administrativos en el desempeño en el nivel de alta complejidad” (13).

En la primera década del tercer milenio se observó un incremento de la demanda de atención al servicio

¹ Córdoba, es una de las veintitrés provincias de la República Argentina y la quinta más extensa del país. Según el Censo Nacional de Población (CNP/INDEC), 2010, cuenta con 3.308.876 habitantes, lo cual la ubica como la segunda provincia más poblada. El 40% de su población radica en la capital provincial, convirtiéndola en la segunda aglomeración urbana del país después del Gran Buenos Aires. Su población infanto-juvenil (menor de 20 años de edad), en 2017, según proyección a partir del CNP/INDEC, 2010, es de 1.131.554 (31% de la población total).

² En la Argentina se definen como instituciones monovalentes a los hospitales especializados en la atención psiquiátrica.

de emergencia del HNST y de las hospitalizaciones por causa de trastornos mentales (8, 9). La tasa de hospitalización por dicha causa se elevó de 0,06 en el año 2000 a 0,10 en el 2005 (8, 9). Esta mayor demanda de internación, según informes de la institución, se acompañó de "cuadros de mayor gravedad, problemas psicosociales severos, judicialización de un importante número de pacientes y falta de redes asistenciales de atención". Los indicadores hospitalarios mostraron que gran parte de los pacientes procedían del interior de la provincia o de provincias vecinas y la ocupación de camas/año de pediatría por causas mentales se incrementó de 775 en el año 2005 a 1186 en el año 2007" (15). También aumentó el promedio de días de estada por paciente de 18,45 en el 2005 a 25,57 en el 2007 (15). Los motivos de consulta que generaron la hospitalización por causas mentales con mayor frecuencia, y coincidiendo con lo expresado en la bibliografía, fueron: intentos de suicidio, trastornos de conducta, trastornos psicóticos y esquizofrenia, y otros cuadros. Pero el hospital no se encontraba preparado para atender estos problemas de salud y "las condiciones de hospitalización presentaron permanentemente graves situaciones y dificultades, con severos riesgos de orden legal, éticos, y de salud psicofísicas para los pacientes y el equipo de salud" (15). Entre las dificultades para brindar una adecuada atención se registró que la estructura edilicia no se encontraba preparada para niños con severos problemas mentales, las salas de clínica pediátrica se ubican en el primer piso del edificio y no cuentan con medias de seguridad apropiadas para niños/adolescentes con problemas mentales como intentos de suicidio o comportamientos violentos. Las salas de internación eran compartidas con otros niños con enfermedades infecciosas u otras y la cobertura horaria de 24 horas estaba a cargo de profesionales de pediatría. Estas condiciones de atención generaron situaciones de riesgo para todos los niños y adolescentes internados y, en ocasiones, se vieron involucrados en episodios de excitación psicomotriz o de heteroagresión niños que estaban internados por otras causas.

De este modo, en las situaciones clínicas de las salas de internación de pediatría del HNST se comenzaron a encontrar dos paradigmas de atención con diferentes necesidades terapéuticas: a) el niño que requería de una internación y atención de clínica pediátrica por problemas como cuadros infecciosos, quirúrgicos, enfermedades crónicas, oncológicas, accidentes y otras, en las que el niño siente su cuerpo enfermo, debilitado, muchas veces inmovilizado, y su actividad motora esta disminuida y, en ocasiones, sujeto a procedimientos invasivos para su cuidado que requiere de un ambiente de tranquilidad y reposo que no siempre encontraba y, b) el niño que requería una hospitalización por causa mental en el que su conducta, su pensamiento y sus afectos están comprometidos, muchas veces exaltados o desorganizados y su actividad motora incrementada y no requiere ni responde a situaciones de reposo.

Esto quedó en evidencia en las acciones e informes de la institución que, en una primera etapa, abordó estos

problemas de salud desde las salas de clínica pediátrica, reforzando la capacitación de los profesionales de enfermería y médicos en salud mental. Pero, como apreciación de ese momento: "Resulta claro y contundente que el cuidado de estos pacientes en las etapas más críticas requiere de recursos específicos que una sala de hospitalización pediátrica no posee. Los mismos se especifican a continuación: 1) Ambiente físico con las condiciones de seguridad requeridas para evitar daños y fugas. 2) Personal especializado en salud mental con una prevista y ordenada cobertura horaria permanente. 3) Disponibilidad de psicofármacos específicos para la emergencia y el tratamiento. 4) Actividades terapéuticas programadas, como laborterapia y musicoterapia" (15). De este modo el 10/03/2009, mediante resolución interna de la Dirección del HNST N°026/2009, se creó una nueva sala de internación cuyo objetivo se definió en la referida resolución como: "Visto: La necesidad de la Dirección del Hospital de Niños de la Santísima Trinidad, de realizar la creación de la sala de internación de psiquiatría Infantil. Considerando: La necesidad de organizar de manera pertinente dicha sala, lo que permitirá garantizar el normal desenvolvimiento para la atención [...] Que los pacientes de dicha sala serán internados según criterios de admisión formulados por el Departamento de Clínica Pediátrica" (16).

Los criterios de internación formulados por el Departamento de Pediatría se fundamentaron en los lineamientos sanitarios internacionales del momento.

La sala de internación de psiquiatría infantil

La construcción de la nueva sala de internación se hizo refuncionalizando los espacios que había construido el HNST en el año 2000, al tiempo que se redistribuyeron los recursos profesionales existentes. La sala de internación de psiquiatría del HNST se ubicó en un sector que en el año 2000 el hospital había previsto destinar al emplazamiento de un hospital de día de salud mental (dispositivo del cual, aún hoy, carece la red de salud de la provincia). La sala de internación dispone de 7 camas distribuidas en 5 habitaciones, una sala de usos múltiples y un patio. Los recursos profesionales de planta asignados estuvo compuesta por 8 enfermeras pediátricas (la mayor parte de las cuales trabajaba en la sala de pediatría adonde se internaban con anterioridad los niños con patologías mentales), 3 médicos psiquiatras infantojuveniles que desempeñaban funciones en el servicio de salud mental y 3 residentes de la residencia de salud mental de la provincia que cumplían su último año de formación en el Servicio de Salud Mental.

Desde su inicio, el objetivo de atención fue de proveer asistencia especializada, integral e interdisciplinaria, al niño en crisis y su familia, considerando que la internación es un recurso terapéutico que sólo debe utilizarse cuando se hayan agotado los abordajes terapéuticos realizables en el seno de su entorno familiar o social habitual, y aporte mayores beneficios que las intervenciones ambulatorias que se vinieran implementado hasta ese momento.

Gestión de una sala de internación

En el periodo 2009-2015 fueron hospitalizados en la sala de internación de psiquiatría pediátrica 498 niños y adolescentes. El 56% fueron mujeres y el 44% varones y sus edades estuvieron comprendidas entre los 4 y los 16 años con una media de 12,37 años de edad. El 53% provenían de la capital de la provincia de Córdoba y el 47% del interior de la provincia. El 67% de los casos se encontraba en tratamiento en servicios de salud mental (públicos y privados) al momento del ingreso; esto se refleja en que gran parte de las consultas (39,3%) fueron derivados por otros centros de la red de salud pública y privada (hospitales pediátricos, hospitales generales del interior de la provincia, centros comunitarios, instituciones monovalentes privadas y profesionales). En el 38,6% de los niños y adolescentes internados, la consulta fue efectuada por sus familiares; en el 12,4% fue por derivación de SeNAF (Secretaría de Niñez, Adolescencia y Familia) y/o del ámbito judicial y otras derivaciones. Las principales causas que motivaron la internación psiquiátrica en este periodo fueron: intentos de suicidio 31,5%, episodios de agitación psicomotriz 17,6%, episodios heteroagresivos 15,1% y episodios psicóticos agudos y otros 11%, mostrando un número diferenciado por género. Los intentos de suicidio fueron más frecuentes en las mujeres y los episodios de excitación psicomotriz y episodios heteroagresivos en los varones.

La media de internación del período fue de 22 días (mínimo 1 día, máximo 243 días). Las internaciones más prolongadas se relacionaron con niños con dificultades socio-familiares complejas y que SeNAF-Juzgado tenían (con anterioridad a la internación) o tomaron (durante la internación) medidas de exclusión complejizándose el proceso de internación que requirieron intervenciones y estrategias inter-institucionales.

Los cuadros psicopatológicos que motivaron con mayor frecuencia la internación en el periodo fueron: trastornos del comportamiento y de las emociones de inicio en la infancia en el 27%, trastornos en el desarrollo de la personalidad en el 14,5%, siendo los del cluster B los más frecuentes (trastorno límite e histriónico de la personalidad), trastornos neuróticos, trastornos por estrés y trastornos somatomorfos 13,7%, esquizofrenia y trastornos psicóticos en el 11,2%, trastornos del humor en el 12,9%, retraso mental 8,3% y otros diagnósticos en menor proporción. Existe una gran vulnerabilidad socio-familiar que se refleja en las epicrisis bajo la forma de problemas relacionados con la pérdida de relación afectiva en la infancia, por una supervisión o control inadecuados de los padres, con situaciones de negligencia y/o violencia familiar, hogares monoparentales y otros fenómenos de ese tipo. El 100% de los casos recibió tratamiento psicoterapéutico en el marco de una terapéutica interdisciplinaria, orientación a padres, acom-

pañamiento educativo, y el 91% de los casos requirió tratamiento psicofarmacológico. La mortalidad anual de la sala de internación fue de 0%. No obstante, es importante mencionar que en el hospital ingresaron casos de niños y adolescentes al servicio de emergencia fallecidos debido a suicidios y niños que por su condición de salud requirieron de cuidados intensivos y cuyo desenlace fue la muerte.

En la Tabla 1 se presentan los indicadores de los procesos asistenciales y los recursos profesionales con los que contó la sala de internación del HNST en el período 2009-2015.

Un aspecto importante a considerar es ¿cuándo estaría indicado un abordaje en un dispositivo de internación para un niño/adolescentes? La bibliografía indica que un abordaje en un dispositivo de internación estaría indicado para la infancia sólo en aquellas situaciones en que (17, 21):

- El trastorno mental es de tal gravedad que altera el funcionamiento diario del niño en al menos dos ámbitos importantes de su vida (familiar, escolar, social) y una de ellos es el familiar. Esos aspectos fueron identificados en el análisis de los registros estadísticos de la sala.
- La situación clínica que implica un riesgo de vida inminente para el niño o terceros.
- El tratamiento a realizar en el hospital parece adecuado al problema de salud y puede ser beneficioso para el paciente.
- El abordaje ambulatorio se valora como poco eficaz y ha sido intentado infructuosamente.

A partir de la experiencia registrada en la sala, se observó que gran parte de los niños recibía atención en dispositivos de atención ambulatoria y que los síntomas que motivaron su internación en su mayor parte implicaban una situación de riesgo.

En relación a los predictores de mala evolución de los tratamientos en hospitalización la bibliografía menciona (21, 22):

- Alto grado de conductas agresivas, antisociales y organicidad de los síntomas.
- Procesos psicopatológicos de los padres. Familias disfuncionales y violencia intrafamiliar.
- Pérdida del apoyo del grupo familiar del niño. Pérdida del apoyo y contención social.
- Mala adherencia a tratamientos. Estigma.

Respecto a las condiciones que llevarían a hospitalizaciones prolongadas, un estudio efectuado en la institución mostró que los niños y adolescentes con internaciones de más de 30 días y menos de 60 correspondían a motivos de ingreso por episodios de excitación psicomotriz y/o heteroagresión y sus trastornos psicopatológicos de base correspondían al espectro impulsivo-agresivo (23). Cuando las internaciones eran de más de 60 días, a las características psicopatológicas antes mencionadas, se les asociaba que el paciente vivía en hogares³ (23).

³ Niños y adolescentes que viven en instituciones para menores.

Esto muestra la relevancia que tienen para el desarrollo de la infancia las condiciones de vida y los vínculos de apoyo y contención familiar y social.

Es importante mencionar que existen situaciones en las que la hospitalización pierde su objetivo terapéutico y esto se expresa en la cantidad de días de internación como muestran los registros de internaciones de 243 días en el año 2011 y que aún persisten en el año 2015 (Tabla 1). Esto se presenta cuando la internación deja de tener un objetivo terapéutico y es utilizada por las

instituciones del Estado como un dispositivo de tránsito para la resolución de problemáticas sociales ya sea por indicaciones de internación en niños que no lo requieren o, la más de las veces, cuando los niños y adolescentes se encuentran en condiciones de alta y la misma no se efectiviza. A modo de ejemplo, las siguientes viñetas ilustran estas situaciones:

1) *“Juan tenía 9 años, vivía en hogares desde los 4 años, había tenido 5 intentos de adopción. Tenía un diagnóstico de trastorno de conducta por el cual recibía trata-*

Tabla 1. Indicadores de gestión de la sala de internación psiquiatría infantil del HNST

Indicadores de la producción de procesos asistenciales periodo 2009-2015							
Año	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Nº de ingresos	76	67	72	68	76	59	63
Porcentaje de ocupación	80,2%	60%	70%	51,4%	62,6%	46.9%	64.2%
Promedio de estadía	22,1 (1 día- 233 días)	22.68 (1 día- 128 días)	26,5 (1 día- 243 días)	20,5 (1 día- 192 días)	21,2 (1 día- 194 días)	19,6 (1 día- 112 días)	24,5 (1 día- 193 días)
Principales motivos de ingresos	IS, EHA, EAP,EPA	IS, EHA, EAP,EPA	IS, EHA, EAP,EPA	IS, EHA, EAP,EPA	IS, EHA, EAP,EPA	IS, EHA, EAP,EPA	IS, EHA, EAP,EPA
Principales diagnósticos de egreso (CIE-10)	F90-98 F60-65 F30-38 F20-24	F90-98 F60-65 F30-38 F20-24	F90-98 F60-65 F30-38 F20-24	F90-98 F60-65 F30-38 F20-24	F90-98 F60-65 F30-38 F20-24	F90-98 F60-65 F30-38 F20-24	F90-98 F60-65 F30-38 F20-24
Mortalidad	0	0	0	0	0	0	0

Disponibilidad de recursos profesionales para la internación

Cobertura de recursos profesionales 24hs	Enfermería. Médicos psiquiatras.	Enfermería. Médicos psiquiatras.	Enfermería. Médicos psiquiatras.	Enfermería. Médicos psiquiatras.	Enfermería. Médicos psiquiatras.	Enfermería. Médicos psiquiatras.	Enfermería. Médicos psiquiatras.
	Guardia pasiva	Guardia pasiva	Guardia pasiva	Guardia pasiva	Guardia pasiva	Guardia pasiva	Guardia activa
Talleres	1 día/semana	2 días/semana	3 días/semana	2 días/semana	2 días/semana	5 días/semana	5 días/semana

IS: Intento de suicidio

EHA: Episodio de heteroagresión

EAP: Episodio de excitación psicomotriz

EPA: Episodio psicótico agudo

F90-98: Trastornos del comportamiento y de las emociones de inicio en la infancia

F60-65: Trastornos en el desarrollo de la personalidad

F30-38: Trastornos del humor

F20-24: Esquizofrenia y trastornos psicóticos

miento desde pequeño. Estuvo 233 días internado y nos dijo: "Ustedes son como mi familia, pero no son mi familia. No quiero vivir en el hospital". Su externación fue un proceso complejo que requirió de informes a la SeNAF, al Juzgado y presentaciones al Defensor de los Derechos del Niño y a la oficina de Derechos Humanos y Justicia.

- 2) "Nico tenía 14 años, llegó por un intento de suicidio y estaba en conflicto con la ley, cuando se otorgó el alta no había un lugar para él. Requirió de múltiples informes a la SeNAF y al Juzgado antes de que se pudiera efectivizar su alta".

Desde su inicio, la sala de internación de psiquiatría pediátrica fue implementada con abordaje terapéutico integral e interdisciplinario que contempla los aspectos psicopatológicos, familiares, educativos y sociales desde una hospitalización de estadía breve. Para ofrecer un abordaje de estas características se articuló un trabajo interdisciplinario entre profesionales del equipo de salud de la sala de internación (médicos especialistas en psiquiatría y pediatría, enfermeras, licenciadas en trabajo social y licenciadas en nutrición), servicio de Salud Mental (psicólogas, psicomotricistas y psicopedagogas) y otras instituciones de educación y salud (escuela hospitalaria "Atrapasueños" y Fundación Sistere). Los profesionales de educación brindan apoyo, orientación y articulación para favorecer la reinserción escolar y desarrollan talleres de plástica con los niños y adolescentes hospitalizados. La Fundación Sistere y el Servicio de Salud Mental desarrollan talleres de creatividad y juego para promover comportamientos saludables y desarrollo de habilidades sociales.

Contexto legislativo de las internaciones psiquiátricas

En 1990 se reunieron representantes de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y de los países miembros de ambas organizaciones, entre ellos la Argentina, y efectuaron un análisis del estado de la atención de Salud Mental en la Región de las Américas (11). Como resultado del análisis acordaron: "Que la atención psiquiátrica convencional no permite alcanzar los objetivos compatibles con una atención comunitaria [...] Que el hospital psiquiátrico, como única modalidad asistencial, obstaculiza el logro de los objetivos antes mencionados".

En el año 2010 se aprobó en la Argentina la Ley Nacional de Salud Mental (Ley N° 26.657) que en su Artículo 9° indica que "El proceso de atención debe realizarse preferentemente fuera del ámbito de internación hospitalario y en el marco de un abordaje interdisciplinario e intersectorial, basado en los principios de la atención primaria de la salud ...". Tanto la Declaración de Caracas como la Ley N° 26.657 analizan en su mayor parte el sistema de atención en salud de las personas adultas. Para las necesidades de atención de la infancia tienen poca capacidad

de respuesta, pero es necesario que los análisis y lineamientos sanitarios contemplen las necesidades propias de la infancia.

La ley indica en su Art. 28 que: "Las internaciones de salud mental deben realizarse en hospitales generales. A tal efecto los hospitales de la red pública deben contar con los recursos necesarios. El rechazo a la atención de pacientes ...es un acto discriminatorio ..." y el Ministerio de Salud (Resolución 1876 - E/2016) aprobó las "Normas para Habilitación de Establecimientos y Servicios de Salud Mental y Adicciones sin internación" que para "el caso de los Hospital Generales Pediátricos su cobertura serán divididos en infantes y adolescentes...las salas destinadas a la internación ...deberán estar integradas a la estructura edilicia del establecimiento...El equipo de guardia: que cuente con médico psiquiatra, psicólogo, enfermeros, trabajador social...". En este aspecto, como se indica en la Tabla 1, la sala de internación cuenta recién desde el año 2015 con médicos psiquiatras que cubren guardias activas.

Un estudio efectuado en nuestro país muestra que se observan dificultades en la implementación de la legislación y entre las dificultades reconoce la falta de creación de dispositivos de internación en los hospitales generales y de una adecuada provisión de recursos profesionales (30).

Reflexiones finales

Los cambios epidemiológicos en la salud mental de la infancia se reflejan en el incremento de las consultas a los servicios de los hospitales pediátricos y en la necesidad de implementar nuevos abordajes terapéuticos, como fue la sala de internación en un hospital pediátrico que se creó en el HNST de la provincia de Córdoba. Para la implementación de la internación psiquiátrica infantil se deben adecuar la infraestructura y los recursos profesionales y generar un modelo de atención específico para la infancia.

Los niños no son adultos pequeños, y de su adecuado desarrollo depende el futuro de los países. Para ello su familia y el Estado deberían brindar el cuidado y la protección que requieren para que logren un desarrollo pleno y en armonía con el entorno, garantizando su derecho a recibir los cuidados que requieren para preservar y mejorar su salud mental cuando así se requiera.

Finalmente, se destaca que los lineamientos sanitarios y legislativos para la salud mental de la infancia deberían responder a un diagnóstico de situación específico y objetivos estratégicos definidos para este grupo etario.

Agradecimiento

A todos los profesionales que desempeñan y desempeñaron funciones y a todos los profesionales en formación que hicieron sus prácticas en la Sala de Internación del HNST. ■

Referencias bibliográficas

- Sills M, Shayne D, Bland M. Summary Statistics for Pediatric Psychiatric Visits to US Emergency Departments, 1993–1999. *Pediatrics*. 2002. 1010 (4): 1-5.
- Mapelli E, Doan Q. Trends Pediatric Emergency Department Utilization for Mental Health-Related Visits. *J Pediatr*. 2015. 167(4):905-10.
- Chun T, Katz E, Duffy S. Pediatric Mental Health Emergencies and Special Health Care Needs. *PediatrClin North Am*. 2013 October ; 60(5): 1185–1201.
- Mahajan P, Alpern ER, Grupp-Phelan J et al. Epidemiology of psychiatric-related visits to emergency departments in a multicenter collaborative research pediatric network. *PediatrEmergCare*. 2009; 25:715–20.
- Podlipski MA et al. Accueil en urgence des adolescents pour motif pédopsychiatrique *Archives de Pédiatrie* 2014; 21:7-12.
- Zachary E, Pittsenbarger M, Mannix R. Trends in Pediatric Visits to the Emergency Department for Psychiatric Illnesses. *Academic Emergency Medicine* 2014; 21:25–30.
- Taastrø M, Klahn J, Staal N, Thomsen PH, Johansen A. Children and adolescents in the Psychiatric Emergency Department: A 10-year survey in Copenhagen County. *Nord J Psychiatry* 2014; 68:385–390. *Rev. Nordic Journal of Psychiatry* 2014. 68: 385-90.
- Bella ME, Borgaittino V. Demanda de hospitalización por causas psicosociales en un hospital pediátrico. *Archivos Argentinos de Pediatría*. 2016; 114 (3): 252-257
- Bianco C, Romero N. Hospitalización por urgencias psiquiátricas en pediatría: Evolución en los últimos 10 años. 2012. Jornada de Poster de Sociedad Argentina de Pediatría, filial Córdoba.
- Organización Panamericana de la Salud. Estrategia y plan de acción sobre salud mental. Washington DC. 2009.
- Informe sobre la salud mental de niños y adolescentes. *Cuadernos Técnicos*, Madrid. 2009. [Internet] Disponible en: <http://www.sepyrna.com/documentos/aen-CTecnicos14.pdf>. Consultado 06/01/2017.
- Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba. Dirección de Salud Mental. Red Prestacional de salud mental. 2009. Consultado en: [file:///C:/Users/usuario/Downloads/salud_saludmental%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/usuario/Downloads/salud_saludmental%20(2).pdf) RIDICULO, PREFERIBLE NO PONER NADA
- Acta de la instalación del Hospital de Niños de la Santísima Trinidad. Córdoba, 2000.
- Breve historia del Hospital de Niños. [Internet]. Consultada 10/11/2014. Disponible en: http://hospitaldeninos.com.ar/hn/index.php?option=com_content&view=article&catid=36&id=45&Itemid=81
- Proyecto de funcionamiento sala de internación de psiquiatría infantojuvenil. Hospital de Niños Santísima Trinidad, 2008.
- Dirección del Hospital de Niños de la Santísima Trinidad. Disposición resolución interna Dirección del HNST N°026/2009.
- Green J, Worrall-Davies. "Provision of intensive treatment: inpatient units, day units and intensive outreach". In Rutter M, Bishop D, Pine D, Scott S, Stevenson J, Taylor E & Thapar A Ed. *Rutter's Child & Adolescent Psychiatry*. Fifth Edition. Blackwell Publishing, 2008.
- Dolan M, Joel A, Fein M. Technical Report. Pediatric and Adolescent Mental Health Emergencies in the Emergency Medical Services System. *Pediatrics* 2011.127(5): 1356-66.
- Cooper J, Massi R. Cuidado de la Salud Mental de Emergencia Infantojuvenil. Un Problema Nacional. [Internet]. Disponible en: http://www.nccp.org/publications/pdf/download_
- Grupp-Phelan J, Harman JS, Kelleher KJ. Trends in mental health and chronic condition visits by children presenting for care at U.S. emergency departments. *Public Health Rep*. 2007; 122(1):55–59
- Wang PS, Demler O, Olfson M, et al. Changing profiles of service sectors used for mental health care in the United States. *Am J Psych* 2006; 163(7):1187–98.
- Ting SA, Sullivan AF, Boudreaux ED, et al. Trends in US emergency department visits for attempted suicide and self-inflicted injury, 1993-2008. *General hospital psychiatry*. 2012; 34(5):557–65.
- De la Barra MF, Garcia R. Hospitalización psiquiátrica de niños y adolescentes I: Revisión de la literatura. *Rev. chil. neuro-psiquiatr*. 2009. 47 (3):.228-237.
- Bella M, Bauducco R, Leal JL, Decca GM. Caracterización epidemiológica de las hospitalizaciones por trastornos mentales y del comportamiento en niños y adolescentes en Córdoba. *Vertex Rev. Arg. de Psiquiat*. 2012. 23: 331 – 338.
- Rossetti M, Bella ME. Estudio exploratorio de los factores que motivan hospitalizaciones psiquiátricas prolongadas en niños-adolescentes en Córdoba. Poster presentado en XVII Congreso de la Asociación Argentina de Psiquiatría Infantojuvenil y profesiones afines. 26 de junio 2015. Buenos Aires, Argentina.
- Organización Mundial de la Salud. *Declaración de Caracas*, 1990.
- Organización Mundial de la Salud. *Principios Rectores para el Desarrollo de la Atención en Salud Mental en las Américas*. Brasilia, 2005. [Internet] Disponible en: www.mpd.gov.ar/articulo/downloadAttachment/id/3106.
- Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657. Ministerio de Salud, Presidencia de la Nación Argentina.
- Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 y su Decreto reglamentario N° 603/2013.
- Ministerio Público Tutelar de la CABA. *Internaciones por salud mental en hospitales generales de agudos en la ciudad autónoma de Buenos Aires*. Documento de Trabajo N°21. Febrero 2014.

Manejo de las urgencias psiquiátricas en población infantojuvenil con consumo de sustancias psicoactivas

Pablo Andrés Coronel

*Médico especialista en clínica pediátrica, psiquiatría infantojuvenil y medicina legal.
Coordinador médico del Dispositivo Ambulatorio para la Niñez y la Adolescencia,
Hospital Nacional en Red especializado en Salud Mental y Adicciones "Lic. Laura Bonaparte".
Psiquiatra titular de la Guardia de Salud Mental del
Hospital General de Niños "Dr. Pedro de Elizalde" (GCABA).
Miembro de la Asociación de Psiquiatras Argentinos (APSA).
E-mail: pacoronel74@yahoo.com*

Resumen

El presente artículo tiene por objetivo abordar el problema del consumo de sustancias psicoactivas en la población infantojuvenil en su modalidad de presentación, por lo demás frecuente, de urgencia en la atención psiquiátrica. Se buscará profundizar en el entrecruzamiento clínico de las variables que definen estos cuadros de alta complejidad en su manejo, el estado actual de los conocimientos frente al encuentro del paciente niño y adolescente usuario de sustancias psicoactivas en la urgencia psiquiátrica, y analizar las prácticas habituales disponibles en el medio de atención del Área Metropolitana de la ciudad de Buenos Aires, Argentina. Finalmente se indaga sobre la existencia de una red local de adicciones, su alcance comunitario, y los obstáculos a vencer en el objetivo de alcanzar los estándares internacionales en el manejo de los trastornos por abuso de sustancias.

Palabras clave: Urgencias psiquiátricas - Psiquiatría infanto-juvenil - Adicciones - Red de Salud Mental.

CLINICAL MANAGEMENT OF CHILD AND ADOLESCENT PSYCHIATRIC EMERGENCIES IN PATIENTS WITH SUBSTANCE ABUSE DISORDERS

Abstract

This paper addresses the problem of substance abuse disorders in child and adolescent patients within its frequent psychiatric emergency setting. It describes the clinical features that define the high complexity of these cases, the current state of knowledge regarding clinical management of child and adolescent psychiatric emergencies in patients with substance abuse disorders, and the available treatment strategies in the metropolitan area of Buenos Aires, Argentina. Finally, this article delves into the existence of a metropolitan addiction treatment network, its community outreach and the obstacles it has to conquer in order to attain the international standards for the treatment of substance abuse disorders.

Key words: Emergency - Child and adolescent psychiatry - Addiction - Mental health network.

Introducción

Según la Organización Panamericana de la Salud, el uso y dependencia de sustancias psicoactivas representan un factor significativo en la tasa de morbilidad para las personas y sociedades del mundo. El Informe Mundial de la Salud 2002 (OMS) estableció que el 8,9% de la carga total de morbilidad se atribuye al uso de sustancias psicoactivas, asociadas en un 4,0% al tabaco, 4,1% al alcohol y 0,8% a las drogas ilícitas (1). Se calcula que aproximadamente el 20% de los niños y adolescentes del mundo tienen trastornos o problemas mentales. Cerca de la mitad de los trastornos mentales se manifiestan antes de los 14 años. Los trastornos mentales y los trastornos ligados al consumo de sustancias son la principal causa de discapacidad en el mundo. Pero existe la creencia que no es posible tratar los trastornos mentales, o de que las personas que los padecen son "difíciles", "poco inteligentes" o "incapaces de tomar decisiones". Esta estigmatización determina un rechazo a integrar al sistema de salud este tipo de padecimientos a través de tratamientos validados promoviendo la institucionalización en establecimientos que se asemejan más a depósitos de seres humanos (2).

En la República Argentina, según estimaciones de la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones del Ministerio de Salud de la Nación entre 2009 y 2013, sobre un total de 17.423 varones menores de 19 años estudiados al egresar de su internación por trastornos mentales y del comportamiento, el 47,9% presentó como diagnóstico el trastorno por consumo de psicotrópicos, seguidos en frecuencia con el 15,6% de los casos, el grupo conformado por los trastornos neuróticos, los relacionados con el estrés y los trastornos somatomorfos. En el mismo estudio para un total de 15.233 mujeres evaluadas, la relación se invierte estando en primer lugar en frecuencia con un 32,3% el grupo conformado por los trastornos neuróticos, los relacionados con el estrés y los trastornos somatomorfos, seguidos en segundo lugar, con una frecuencia del 25,3%, los trastornos por consumo de psicotrópicos (3).

Midiendo el consumo de psicotrópicos como principal causa de egreso hospitalario para el mismo período, sobre un total de 3.663 mujeres menores de 19 años 71,1% de las mismas correspondieron a trastornos mentales por consumo de alcohol, seguido por 16,2% para trastornos mentales por consumo de múltiples drogas y otros psicotrópicos, 4,7% para trastornos mentales por consumo de sedantes o hipnóticos y 3% para trastornos mentales por consumo de cocaína. Por su parte, de los 8.003 varones menores de 19 años evaluados, 52,4% egresó con diagnóstico hospitalario de trastornos mentales por consumo de alcohol, seguidos por el 36,2% que presentó trastornos mentales por consumo de múltiples drogas y otros psicotrópicos; luego le siguió en frecuencia el 5,2% con diagnóstico de trastornos mentales por consumo de cocaína y, por último, el 1,7% con trastornos mentales por consumo de sedantes o hipnóticos.

Estas cifras muestran coherencia con lo que se desprende de la experiencia en la atención de salud mental de población infantojuvenil en distintos dispositivos del área metropolitana de la ciudad de Buenos Aires. Ya sea se trate de dispositivos polivalentes como la guardia de un hospital general de niños, o de uno monovalente como un servicio de atención ambulatoria para salud mental y adicciones, las coordinadas en que suelen situarse las consultas por niños y adolescentes que utilizan sustancias psicoactivas, a menudo exigen la modalidad de resolución y abordaje de *urgencia*. Se trata de cuadros de mucha complejidad, a menudo "punta de iceberg" de un trasfondo donde abundan grietas importantes que denotan un claro resquebrajamiento de las redes tanto sociales y familiares como del sistema de salud y de protección de derechos de niñas, niños y adolescentes. La estigmatización arriba mencionada asociada a estos cuadros, conlleva el rechazo a una atención integral donde a menudo quedan relegados aspectos derivados de sus complicaciones habituales como las infecciones sobre-agregadas, la desnutrición y las conductas potencialmente peligrosas para sí o para terceros. Más aún, no es infrecuente la atención de urgencia en una primera instancia por el psiquiatra infantojuvenil de cuadros que con la profundización de su evaluación revelan descompensaciones metabólicas y/o tóxicas graves que podrían poner en riesgo la vida de estos menores de edad usuarios de sustancias psicoactivas. No existe un protocolo local o guías de recomendaciones para el manejo de estos cuadros clínicos en la urgencia que integre la articulación de los distintos efectores del sistema de salud de acuerdo a la complejidad de su presentación.

El presente artículo apunta a realizar aportes para pensar recomendaciones en manejo de las urgencias psiquiátricas en población infantojuvenil que utiliza sustancias psicoactivas.

Concepto de urgencia psiquiátrica

La urgencia en psiquiatría, tal como la define el Comité de Protocolos del Hospital Nacional en Red especializado en Salud Mental y Adicciones "Lic. Laura Bonaparte", es una situación de crisis en la cual el sistema no cuenta con los recursos necesarios para solucionarla, apremiado por la falta de tiempo (4). Es decir, la asistencia no puede esperar debido al riesgo de empeoramiento que resultaría en nuevos y mayores problemas.

La emergencia psiquiátrica se define como aquellas situaciones extremas en las que la agresión directa o indirecta hacia sí mismo o a los demás se presenta como síntoma dominante. Este debe ser tratado inmediatamente para evitar las consecuencias. Esto incluye cuadros de variada etiología, no solo a pacientes violentos y agitados por cuadros psicóticos o conductas suicidas activas, sino también a patologías como delirium, o resultantes de intoxicaciones agudas por drogas legales e ilegales, entre otras.

El juicio que determina que ciertos pensamientos, sentimientos o acciones del niño constituyan una emergencia psiquiátrica es el reflejo de la percepción del adulto que considera al menor de edad en una condición seria, urgente o inmanejable en su entorno al momento de la consulta (5).

A su vez, resulta claro que la urgencia en salud mental no elige el dispositivo adecuado para desencadenarse; en efecto, situaciones clínicas que requieren como respuesta una intervención inmediata pueden presentarse tanto en la sala de espera de un consultorio de atención al público -de gestión estatal o privada- como en una sala de internación general, de la misma manera que en una guardia, por no mencionar escenarios territoriales más complejos como la calle o el domicilio. Como consecuencia, una multiplicidad de actores (adultos e instituciones) podría, potencialmente, iniciar la consulta en un servicio de emergencias psiquiátricas para niños. Esta variedad de consultantes incluye a padres, miembros de la familia extendida, maestros, policías, profesionales de la salud mental de la comunidad y trabajadores sociales (5). Hemos aludido anteriormente a esta complejidad en varias presentaciones y publicaciones: *“La necesidad de promoción y fortalecimiento de una red de contención social, en la que intervengan actores extra e intrainstitucionales, determina una mayor urgencia cuando se trata de un menor de edad con padecimientos en su salud mental. Esta situación se ve agravada si sus derechos se encuentran vulnerados. Así, la atención deberá incluir, además, la articulación, a menudo presencial, y otras veces a distancia, con escuelas, defensorías judiciales, talleres, coordinadores de otros servicios hospitalarios, Consejo de Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes, a través de su guardia permanente de abogados, Ministerio Público de Menores e Incapaces, solo por mencionar algunos”* (6). Acordamos con los autores que afirman que *“nada parece explicar mejor el aumento en las consultas de emergencias psiquiátricas infantojuveniles y gravedad de las mismas como el aumento de niños viviendo en la pobreza y el deterioro de sus redes sociofamiliares”* (5).

Lo que resulta evidente es que no todo dispositivo se encuentra preparado para resolver urgencias en salud mental en población infantojuvenil. El panorama se ensombrece aun más si el cuadro implica la utilización de sustancias psicoactivas en un menor de edad. A continuación, trataremos de dar cuenta de la complejidad de este tipo de cuadros para poder pensar los requisitos de las estrategias para abordarlos.

Adicciones en la niñez y la adolescencia

Como consecuencia de varias interpretaciones inexactas pertenecientes al pasado no muy lejano, la dependencia a drogas ha sido considerada de manera exclusiva un problema social, una falla moral, una patología de la personalidad, un comportamiento culpable punible, o el simple resultado de la exposición inapropiada a sustancias que producen dependencia. Estos enfoques simplistas e ideológicos fueron formulados antes que contáramos con la comprensión científica de

los mecanismos cerebrales que juegan un papel central en el desarrollo y persistencia de los signos conductuales y síntomas de los trastornos por abuso de sustancias. Luego de muchos años de investigaciones médicas, el estado actual de conocimientos nos permite comprender la dependencia de drogas como un trastorno multifactorial biológico, conductual y social (7).

El uso de sustancias entre los jóvenes fue aumentando mientras la edad de inicio fue disminuyendo (8). A su vez, a mayor tolerancia social y menor percepción de riesgo, mayor es el índice de consumo. La adolescencia constituye una etapa clave del desarrollo cerebral debido a los importantes cambios arquitectónicos y funcionales con repercusión en aspectos psicológicos, cognitivos y sociales. Varios fenómenos dinámicos del desarrollo cerebral de esta etapa de la vida explican la gran vulnerabilidad con impacto en los distintos tipos de aprendizaje adquiridos habitualmente en la adolescencia: la diferenciación, migración neuronal, sinaptogénesis, formación de axones, poda, apoptosis, proliferación dendrítica y mielinización. Estos dos últimos, prevalentes entre los 10 y los 19 años de edad, pueden verse afectados por efecto del alcohol u otras sustancias tóxicas. Hoy se cuenta con evidencia basada en estudios que permiten documentar daño cerebral en modalidades de consumo de alcohol socialmente toleradas a través de prácticas que apuntan a una especie de reducción de riesgos y daños, pero no previenen los efectos que documentan estas investigaciones (8). La costumbre de tomar alcohol rápidamente en grandes cantidades hasta la intoxicación (*binge drinking* en inglés, podría traducirse literalmente como “atracción de bebida”), es común entre los jóvenes que eligen preferentemente esta sustancia psicoactiva para obtener placer y diversión en su tiempo libre junto a sus compañeros. Estudios sobre el impacto del uso de alcohol y marihuana en adolescentes (8) muestran que el inicio en el *binge drinking* produce deterioro cognitivo, alteraciones en la estructura y funcionamiento cerebrales; produciendo mayores déficits neurocognitivos con el inicio temprano del consumo antes de los 18 años de edad. La OMS recomienda la abstinencia completa de alcohol en menores de 18 años, debido a que el riesgo de dependencia en la edad adulta puede disminuir cuanto más tardía sea la incorporación del sujeto al consumo de bebidas alcohólicas. Esto alerta sobre el peligro de la naturalización y banalización del consumo de sustancias entre la población infantojuvenil.

La utilización de marihuana, principal sustancia ilegal psicoactiva como droga de inicio en los cuadros de policonsumo, goza de una importante aceptación social en nuestro medio, entre estudiantes secundarios y universitarios. Asimismo, en grupos sociales con derechos postergados y necesidades básicas insatisfechas, se asocia a deserción escolar a edades más tempranas, fugas del hogar, exposición a situaciones de violencia y a menudo facilita el camino hacia el desarrollo de cuadros disociales.

Un estudio doble ciego en pilotos experimentados (9) utilizando un simulador de vuelo demostró que un solo cigarrillo de marihuana afecta el funcionamiento del

complejo visual motor hasta 24 horas después de haber fumado. Lo interesante es que seis de los siete pilotos no se percataron de los errores cometidos. Estos hallazgos podrían explicar por qué tantos adolescentes creen que conducen mejor automóviles luego de haber consumido marihuana. Es extensa la evidencia que vincula accidentes fatales con la utilización de cannabis (10).

Significativamente menor en prevalencia, pero no menos preocupante debido su espectacular presentación, complejidad de abordaje y dificultad de seguimiento, está el problema del consumo de pasta base de cocaína ("PACO") en población infantojuvenil, ya que junto a la utilización de los inhalantes, en nuestro medio es un indicador de franco deterioro de los lazos sociales, derechos postergados, situaciones de conflicto con la ley penal y, en definitiva, un muy bajo índice de accesibilidad al sistema de atención de salud.

Existen por otro lado modalidades de consumo de ciertas sustancias en población adolescente y de adultos jóvenes, que si bien no constituyen una adicción en el sentido estricto, motivan consultas en servicios de atención de urgencias. Tal es el caso de consumo de ocasional de las anfetaminas alucinógenas¹. Compartimos la opinión de los expertos en relación a que la utilización de estas sustancias ocasionalmente, una vez al año para un evento social (fiesta electrónica), difícilmente pueda ser considerado una adicción. En cambio, es de destacar que en el año 2002, la revista *Science* publicó un trabajo que brindaba evidencia de que, en primates, la administración prolongada de MDMA llevaba a la destrucción de células dopaminérgicas de la sustancia negra, produciendo una condición similar a la enfermedad de Parkinson (11).

Modalidades de presentación clínica en la urgencia. *Triaje* en psiquiatría infantojuvenil

El modelo de *triage* -rápida determinación de inminente *peligrosidad*², contención y derivación- tipifica el proceso de atención de consulta de emergencia habitual en la mayoría de los servicios hospitalarios. Muchos de ellos, desbordados por la demanda de atención, se limitan a responder solo dos preguntas:

1. ¿Está el niño en riesgo cierto e inminente para sí o para terceros?
2. ¿Está el niño ante la necesidad de ser internado o podría ser manejado de manera ambulatoria?

Aunque esta última pregunta pueda guiar el árbol de decisiones en el pensamiento clínico del equipo profesional interviniente, circunscribir la evaluación de manera tan simple puede impedir la comprensión de la complejidad en su presentación, limitar el tipo de estrategias terapéuticas a implementar y restar comprensión

al paciente y su red de referencia, respecto del sentido del desencadenamiento de la crisis actual y sus posibles causas, en miras a poder prevenir futuros eventos similares.

En general, podemos decir que tres maneras habituales de presentación ameritan atención de urgencia:

1. Estados de intoxicación aguda.
2. Síndromes de abstinencia.
3. Síntomas o cuadros psiquiátricos relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas que requieren atención inmediata: episodios de excitación psicomotriz, delirium, alucinosis, conductas auto o heterolíticas, fugas del hogar, crisis de pánico, descompensaciones psicóticas agudas.

El abuso de drogas en adolescentes también suele asociarse a otros problemas de salud mental concurrentes. Entre ellos se incluye el trastorno de déficit de atención con hiperactividad (TDAH), el trastorno oposicionista desafiante y problemas de conducta, así como trastornos depresivos y de ansiedad. Este período del desarrollo también se asocia con el abuso físico o sexual y dificultades académicas.

La mayoría de las veces los pacientes son traídos por familiares, amigos u operadores de programas sociales, o de atención en situación de calle. Ocasionalmente, consultan por sus propios medios cuando están en situación de calle o cuando consumen en los pasillos de villas de emergencia. Muchos de estos casos tienen que ver con menores de edad que ya conocen distintas modalidades de acceder al sistema de salud por haber estado en situación similar en otras oportunidades. En estos casos suelen haber iniciado la atención con equipos territoriales, programas de atención de niños en situación de calle, operadores de hogares de tránsito, o paradores. Lamentablemente, no es frecuente que el mismo equipo territorial que se encontraba haciendo un seguimiento individual del menor de edad, sea el mismo que lo trae a la consulta. En ese caso, es posible que se requiera una evaluación exhaustiva, interdisciplinaria, para poder reconstruir el cuadro de situación que llevó a la consulta, debido a que, en general, se trata de pacientes que parcializan la información sobre ellos mismos y su entorno, en parte debido a dificultades neurocognitivas o grados variables de afectación de su estado de lucidez, pero también por desconfianza o suspicacia.

En algunas oportunidades se presentan luego de varios días de consumo continuo de fumar PACO en la modalidad de "giras", luego de las cuales ingresan a la consulta con mucha irritabilidad, insomnio de varios días de evolución, serias dificultades en el control de los impulsos, labilidad afectiva, falta de aseo personal, lesiones en boca, piel, a menudo sobre-infectadas, compromiso respiratorio con tos productiva -en ocasiones hemoptisis-, importante pérdida de peso, hiperfagia, relatando haber estado

¹ Tanto el metilendioximetanfetamina (MDMA, Éxtasis, Adán) como el metilendioxianfetamina (MDA, Droga del amor) pertenecen a las feniletilaminas. Se venden como pastillas en fiestas de música electrónica y tienen un costo elevado.

² En general preferimos evitar esta denominación por estar vinculada al ámbito judicial debido a que, desde la doctrina médico legal actual en nuestro medio se desaconseja al médico expedirse sobre la *peligrosidad* de las personas. Aquí se la utiliza en los términos de la Ley 26.657, en relación a determinar la existencia de "riesgo cierto e inminente para sí o para terceros."

expuestos a situaciones de riesgo (relaciones sexuales consentidas o no sin cuidados, peleas callejeras o situaciones de conflicto con la ley penal).

Los cuadros de intoxicación alcohólica a menudo se producen bajo el modo de policonsumo asociado a la ingesta de tranquilizantes, benzodicepinas que obtienen en distintas formas de adquisición ilegal a través del tráfico de estupefacientes que se desarrolla habitualmente en barrios carenciados o villas de emergencia, exponiéndose a situaciones de riesgo considerable para su obtención. A menudo estos cuadros constituyen una amenaza real para la vida, cuando la presentación alcanza el estado de coma por intoxicación aguda, especialmente en casos de jóvenes debutantes en estas prácticas abusivas de consumo de sustancias psicoactivas. El desenlace fatal suele producirse por depresión respiratoria, insuficiencia respiratoria aguda por aspiración de vómito o infecciones hospitalarias adquiridas en la internación en unidades de cuidados intensivos.

En pacientes niñas, niños o adolescentes, especialmente aquellos con algún nivel de discapacidad intelectual o trastorno del espectro autista, es posible ver cuadros paradójales frente a la ingesta de benzodicepinas con importante inquietud psicomotriz, dificultades en el control de los impulsos, y auto o heteroagresiones. Si bien en sí no constituye una consulta por adicciones propiamente dicha, consideramos necesario su mención por el uso indebido de tranquilizantes en esta población especial que a menudo consulta en guardias que prestan servicio de atención en salud mental de hospitales generales pediátricos.

Cuando los jóvenes consumidores de cannabis consultan en los servicios de urgencias psiquiátricas, el motivo de consulta habitual son cuadros de alteración de la conducta, comportamiento bizarro que se va desarrollando de manera incipiente en su historia vital relacionado con el inicio del consumo, fugas del hogar, abandono escolar, que en algunas oportunidades conduce a la instalación de descompensaciones psicóticas agudas. En los individuos con cierta predisposición constitucional a desarrollar trastornos psicóticos, el consumo de marihuana podría acelerar su comienzo, al tiempo que puede empeorar su evolución aumentando el número de descompensaciones tanto en frecuencia como en su gravedad. Es por esto que debido a la aparente mejoría transitoria en el sostenimiento de vínculos interpersonales y socialización en pacientes esquizofrénicos que comienzan a fumar marihuana, el empeoramiento de la evolución en un seguimiento diacrónico de sus cuadros, obliga a descartar la patología dual. Por otro lado, también el consumo de cannabis puede producir trastornos severos de ansiedad, crisis de pánico e insomnio. Esta variación en la modalidad de efectos que puede producir el consumo de marihuana, le asigna un lugar exclusivo en la Clasificación de Drogas de Abuso (12).

Contrariamente a lo que se cree, el consumo de marihuana puede producir cuadros de abstinencia con ciertos niveles de dependencia física en jóvenes que han hecho uso crónico en altas dosis presentando, al suspender el consumo, irritabilidad, sudoración profusa, náuseas y vómitos.

La intoxicación por Éxtasis da un cuadro clínico que es similar al del LSD con el agregado, en dosis altas, de efectos simpaticomiméticos tales como hipertensión arterial, taquicardia y rigidez muscular. Adicionalmente, intoxicaciones graves pueden provocar agitación y ataques de pánico, hipertermia y rabdomiólisis con insuficiencia renal aguda.

Generalidades del tratamiento de las adicciones en niños y adolescentes

El uso de drogas a largo plazo produce cambios significativos en la función cerebral que pueden persistir por mucho tiempo después de que han dejado de ser consumidas. Esto explica por qué muchas consultas en la urgencia en salud mental, tienen que ver con el uso de sustancias psicoactivas en la medida en que una buena anamnesis sea realizada para contar con el antecedente aun en ausencia de consumo actual al momento de la consulta. Baste con decir que, en las tiras reactivas para detección de sustancias en orina, la presencia de marihuana puede detectarse más de cuatro semanas después de haber sido consumida la droga.

En general, existe bastante renuencia por parte del paciente adicto a acceder a la consulta por falta de reconocimiento del consumo de sustancias como un problema de salud. Esto se ve aun más a menudo en población adolescente. Por un lado, es interesante comprender que las problemáticas adictivas han sido muy recientemente incorporadas como incumbencia de salud mental en nuestro medio a través de la Ley Nacional 26.657 y su decreto reglamentario 603/13 (13). Si bien del espíritu de esta normativa se desprende que se debe apelar a la *voluntad* del paciente para la implementación de tratamientos en salud mental, es importante destacar que, por aspectos del neurodesarrollo y causas fisiopatológicas³, esta función psíquica puede estar muy afectada en adolescentes que utilizan sustancias psicoactivas. Por lo tanto, es necesario un trabajo bastante intenso de abordaje integral de la salud cuando este tipo de consultas llega a la urgencia para poder acceder al estado ideal de tratamiento voluntario al que apela dicha ley; es necesario primero haber atravesado el estado de riesgo inherente a muchas de las situaciones clínicas que se han descrito hasta aquí.

Según el Instituto Nacional sobre Abuso de Drogas de los Estados Unidos de Norteamérica *“el tratamiento no tiene que ser voluntario para ser eficaz. Las sanciones o los premios provenientes de la familia, el ambiente laboral o el sistema de justicia penal pueden incrementar significativamente*

³ Sin importar su diversidad química, sus diferentes mecanismos de acción y efectos farmacológicos, todas las drogas de abuso convergen en un sistema común, el circuito dopaminérgico mesolímbico-cortical o sistema cerebral de recompensa, que involucra a la corteza prefrontal, la amígdala, el núcleo acumbens, el área tegmental ventral, el locus ceruleus y los núcleos del rafe.

el número de pacientes que ingresan a los programas de tratamiento, el índice de permanencia en ellos y el éxito final de las intervenciones de tratamiento para la drogadicción" (14).

Los tratamientos más eficaces son aquellos que facilitan la participación positiva de los padres, incorporan otros sistemas en los que participan los adolescentes (como la escuela y los deportes) y reconocen la importancia de relaciones con sus compañeros que sean beneficiosas para la sociedad (14).

Algunos aspectos específicos del tratamiento en la urgencia psiquiátrica infantojuvenil

El abordaje de la excitación psicomotriz del paciente infantojuvenil bajo el efecto de sustancias psicoactivas es un cuadro sumamente complejo y de manejo delicado en el que, idealmente, debe participar un equipo interdisciplinario de cuatro a cinco personas, ya que se debe abordar el aspecto psicosocial, psicoterapéutico, psicofarmacológico y/o mecánico de ser necesario (15). Se debe tomar seriamente el potencial violento, nunca actuar solo, cobrando especial relevancia el *armado de la escena*. Son cuadros que requieren la participación conjunta y coordinada de enfermeros, psicólogo, trabajador social y psiquiatra infantojuvenil. A esto debe sumarse la evaluación clínico-toxicológica del cuadro en casos de intoxicación aguda, motivo por el cual el pediatra y el toxicólogo podrán adquirir mayor protagonismo en las decisiones relativas a las conductas a seguir en estos casos. Lo mismo vale para los estados confusionales. En casos de coma alcohólico o por policonsumo y sobre-ingestas medicamentosas, se debe iniciar rápidamente interconsulta con la unidad de terapia intensiva pediátrica, al tiempo que se atiende el ABC y las medidas de sostén básico con colocación de acceso venoso e hidratación parenteral. En estos casos el equipo de salud mental suele ingresar en un segundo tiempo a la evaluación del paciente luego de su recuperación, aprovechando para recabar información sobre antecedentes de la enfermedad actual con los referentes que acompañaron al paciente a la consulta. A menudo, resulta difícil, sobre todo en casos de policonsumo, conocer las sustancias que fueron utilizadas. El laboratorio y las tiras de detección de sustancias en orina pueden ser de utilidad y la valoración del toxicólogo amplía la gama de alternativas terapéuticas; por ejemplo para el caso de intoxicación aguda por cocaína: acidificación de orina, tratamiento de las convulsiones, tratamiento de la hipertensión arterial, de las arritmias, tratamiento de la precordialgia e isquemia y de la hipertermia (por métodos físicos). En casos de excitación psicomotriz por intoxicación aguda por cocaína se recurre a contención física y sedación con benzodiazepinas, siendo el lorazepam en dosis de 2 a 4 mg la droga de elección, por su biodisponibilidad por vía intramuscular y sublingual. Si se accede a la vía intravenosa también puede utilizarse la misma droga o diazepam en iguales dosis que para las convulsiones. Están contraindicados los neurolepticos si hay hipertermia.

Cuando los adolescentes consumidores de PACO,

llegan a los servicios de atención de urgencias, lo hacen luego de varios días de consumo continuo (giras), ya que la escasa proporción de principio activo en la pasta base de cocaína los obliga a fumar permanentemente para mantener niveles en sangre constantes. Es entendible que lo primero que necesiten una vez cortado el consumo sea dormir, comer e hidratarse para intentar compensar el insomnio pertinaz y la pérdida de peso. Por este motivo suele resultar innecesario un tratamiento psicofarmacológico durante las primeras 24 a 48 horas. Todas las medidas terapéuticas en este primer periodo van dirigidas al deterioro del estado general (higiene personal, vestimenta), al tratamiento de las lesiones en piel como heridas corto-punzantes, contusiones, fracturas, quemaduras en la boca, infecciones tales como abscesos, lesiones impetiginizadas o adenoflemones con foco en infecciones bucodentales, entre otras. En casos de ser víctimas de violencia sexual, se debe poner en marcha el protocolo correspondiente (16). Transcurridas 48 horas pueden ponerse en evidencia la necesidad de iniciar tratamiento psicofarmacológico para el manejo de la ansiedad e irritabilidad para lo que habitualmente se indican benzodiazepinas como el lorazepam en tres o cuatro tomas al día; a menudo resultan útiles los antipsicóticos sedativos como la levomepromazina para el manejo de la agresividad, y los atípicos como la quetiapina en caso de labilidad afectiva y alteraciones del ritmo sueño-vigilia, luego de los primeros días de haber dormido de manera prácticamente constante. Es aconsejable que los equipos de salud mental intervinientes sean expeditivos y precoces en el inicio del armado de la red de contención, contactando a referentes familiares y sociales que puedan conocer al menor de edad, y dando aviso al Consejo de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes, Servicios Zonales o Locales, según corresponda. En efecto, la espera y los tiempos de derivación prolongados tienen un efecto pernicioso sobre el estado anímico de estos pacientes que usualmente incrementan su inquietud, irritabilidad y labilidad afectiva con el pasar de los días si no se toman medidas específicas para continuar sus cuidados en dispositivos adecuados una vez atravesado el periodo agudo.

Seguimiento y evolución

La evolución va a depender de cuan integral e intensiva haya sido la intervención desplegada para la atención de la urgencia, el grado de compromiso clínico que requirió participación de distintos niveles de complejidad en la misma, y el nivel de respuesta del resto de la red del sistema de atención en caso de requerir una derivación a otro dispositivo con mayor grado de especificidad para su tratamiento luego de la salida del momento agudo.

El mejor pronóstico, en general, puede verse en el paciente adolescente que es traído a la consulta por los miembros de una red familiar o social relativamente continente, luego de sus primeras experiencias en el consumo de sustancias psicoactivas que trae como consecuencia alguno de los cuadros agudos mencionados

arriba, y luego de los cuales se genera alarma y preocupación suficiente como para motivar un cambio en la conducta a futuro. Este momento constituye una oportunidad especial para el consejo clínico y la promoción de la consulta específica para la problemática de consumo en caso de que fuera necesaria.

Peores desenlaces sobrevienen en situaciones de red insuficiente, múltiples derechos vulnerados, rechazo o estigmatización de los equipos de salud intervinientes, estadías prolongadas en servicios generales de atención de urgencias por falta de respuesta del sistema de derivación a dispositivos específicos para inicio de tratamiento, especialmente cuando se evalúa la necesidad de una internación.

El pronóstico se ensombrece cuando ante la salida o estabilización de algunos de los cuadros graves descritos, no existe una derivación consecuente a una modalidad de tratamiento acorde a las necesidades, y así comienza la falta de registro tanto en el joven paciente como en su medio socio-familiar. Consecuentemente, se despliegan medidas de cuidados, que bajo el falso estandarte de la "reducción de riesgos y daños" (falso porque no tienen en su horizonte la abstinencia del consumo), conducen a una suerte de naturalización de las prácticas que desencadenaron dichos cuadros. El círculo se refuerza con la estigmatización, el forjamiento de aquellas creencias descriptas más arriba, en relación a que se trata de pacientes con los que nada se puede hacer o que volverán a repetir la historia una y otra vez. En relación a esto último, es importante aclarar que no deben confundirse las oportunidades fallidas para lograr incluir a un paciente en un dispositivo de tratamiento adecuado, con las recaídas de un paciente que ya se encuentra inserto en un plan terapéutico. En relación a la estigmatización surgida en base a estas últimas, resulta útil recordar que los índices de recaída para la adicción se asemejan a los de otras enfermedades crónicas como la diabetes, la hipertensión y el asma (14).

¿Existe una red metropolitana de adicciones? ¿Con qué efectores cuenta?

Desde una perspectiva sanitaria, existe consenso en que la problemática del consumo de sustancias en población infantojuvenil requiere para su abordaje de una colaboración interdisciplinaria e intersectorial que articule sectores de salud de diferentes niveles de complejidad, con el sector de educación y el sistema de protección de derechos de niñas, niños y adolescentes de manera coordinada y eficaz. Cuando decimos distintos niveles de complejidad, estamos incluyendo el abordaje comunitario o territorial por considerarlo fundamental para garantizar la accesibilidad y dar inicio a la construcción de la demanda.

Resulta necesario destacar asimismo que existen diferentes tipos de dispositivos de salud que brindan atención a la problemática con niveles de complejidad y organización bastante disímiles dentro del sistema de salud pública de gestión estatal. Esto estaría en línea con las recomendaciones más recientes de la OMS en cuanto

a los estándares del tratamiento para los trastornos por abuso de sustancias (7). Resta todavía cumplir con algunas de estas recomendaciones preliminares como garantizar la accesibilidad (solo 1 de cada 11 pacientes acceden a tratamiento en América Latina), tratamientos basados en la evidencia, y una coordinación efectiva entre el sistema de salud, los servicios sociales y la justicia penal.

A partir de 2016 y hasta el momento de la publicación del presente artículo, tienen lugar reuniones mensuales de la Red de Adicciones en el Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, en la que participan todos los efectores de salud de la ciudad, la SEDRONAR y el Hospital Nacional en Red especializado en salud mental y adicciones "Lic. Laura Bonaparte". Allí actualmente se está comenzando a trabajar en la adecuación a los estándares de tratamiento mencionados, se debaten los distintos tipos de tratamientos, diferentes líneas teóricas como la utilidad del psicoanálisis y la terapia cognitiva conductual, los aportes de la neurobiología de las adicciones y la necesidad de registro de las prácticas utilizadas. El carácter crónico de los trastornos de consumo de sustancias llevan al análisis de los factores condicionantes de las recaídas, y de esta manera se busca aunar criterios para el seguimiento especial, centralizado y coordinado de los casos más graves a través de programas de gestión individualizada. Sin embargo, se antepone aun el desafío de vencer la fragmentación del sistema, el registro de disponibilidad real de recursos terapéuticos y su efectiva accesibilidad.

Alcance de la Red para la cobertura de población infantojuvenil

Podemos decir que en el territorio del área metropolitana de Buenos Aires coexisten recursos que podrían caracterizarse de la siguiente manera:

1. Guardias de emergencias de hospitales generales de niños con salud mental y toxicología de guardia (Hospital General de Niños "Dr. Pedro de Elizalde", Hospital de Niños "Dr. Ricardo Gutiérrez").
2. Guardias de emergencias de hospitales generales con toxicología, salud mental y pediatría (Hospital Fernández, Hospital Nacional Posadas).
3. Programas y secretarías gubernamentales que ofertan tratamientos en la modalidad de internación: Centro de diagnóstico, admisión y derivación (Asistencia Social en Adicciones, Ciudad Autónoma de Buenos Aires) y CEDECOR de la SEDRONAR (Presidencia de la Nación Argentina).
4. Servicios de atención ambulatoria en salud mental y adicciones con modalidad semi-intensiva con atención de lunes a viernes de 8 a 20 horas: atención de la demanda espontánea, consultorios externos y hospital de día (Dispositivo ambulatorio para la Niñez y Adolescencia dependiente del Hospital Nacional en Red especializado en salud mental y adicciones "Lic. Laura Bonaparte").

5. Centros de salud con atención en salud mental: Centros de Salud y Acción Comunitaria (en Ciudad Autónoma de Buenos Aires) y Centros Provinciales de Atención de Adicciones en la Provincia de Buenos Aires.
6. Equipos territoriales interdisciplinarios de atención primaria, consultorios móviles y casas amigables: Servicio de APS del Hospital Nacional en Red especializado en salud mental y adicciones "Lic. Laura Bonaparte".
7. Unidades móviles para la atención de niños y adolescentes en riesgo: en situación de violencia familiar o de conflicto con la ley penal (Programa UMARNAR del Hospital Nacional en Red especializado en salud mental y adicciones "Lic. Laura Bonaparte") y en situación de calle (Buenos Aires Presente, del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires).

Conclusiones

El manejo de las urgencias psiquiátricas en la población infantojuvenil usuaria de sustancias psicoactivas obliga a comprender la complejidad necesaria para el abordaje eficaz de los trastornos por abuso de sustancias

en tanto que resulta imposible la estabilización y derivación oportuna sin enfrentar la ardua tarea de reconstrucción del lazo social y la red de referentes del menor de edad. A tal efecto, los equipos de atención de urgencias tienen la obligación de interiorizarse de la evolución del cuadro una vez concretada la derivación a otro dispositivo de atención, cualquiera sea su nivel de complejidad (internación o territorial). Solo así será posible garantizar un seguimiento y la continuidad de cuidados que esta importante problemática sanitaria merece.

Somos conscientes del costo que este enfoque implica y del largo camino por recorrer en el área metropolitana de la Ciudad de Buenos Aires y a nivel nacional, en materia de adecuación de infraestructura, personal y capacitación de recursos humanos (17). Sin embargo, contamos también con las investigaciones realizadas en países desarrollados que demuestran que este gasto es en realidad una inversión, ya que los costos en salud producto de las complicaciones de no tratar las adicciones, sumado a los gastos relacionados con el sistema penal, son significativamente mayores. Sostenemos que las prácticas validadas a nivel clínico deben funcionar de piedra angular para el diseño de programas locales y nacionales a través de políticas públicas adecuadas a estos objetivos. ■

Referencias bibliográficas

1. Organización Panamericana de la Salud (OPS) Epidemiología del uso de drogas en América Latina y el Caribe: Un enfoque de salud pública. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud, 2009.
2. Portal electrónico de la Organización Mundial de la Salud. Datos y cifras. Diez datos sobre la salud mental. Organización Mundial de la Salud. [Internet]. Disponible en: http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/mental_health_facts/es/index5.html
3. Sola M, Martínez Calle S, Venesio S, Cuello M, Soumoulou M, Somoza M. Egresos hospitalarios por trastornos mentales y del comportamiento en la República Argentina. En políticas públicas de salud mental: Enfoques, estrategias y experiencias con base en la comunidad. Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones. Ministerio de Salud de la Nación. 2015.
4. Protocolo de triage en Salud Mental y Adicciones. Comité de Protocolos del Hospital Nacional en Red especializado en Salud Mental y Adicciones "Lic. Laura Bonaparte". En prensa, 2016.
5. Thomas L, King R. Child and adolescent psychiatric emergencies. En: Melvin Lewis, Editor. Child and Adolescent Psychiatry: A Comprehensive Textbook. Third Edition. Lippincott Williams & Wilkins. 2002. P. 1104-10.
6. Alcuz C, Coronel P. Complejidad en el abordaje de la urgencia en el Servicio Ambulatorio de Niñas, Niños y Adolescentes del Hospital Nacional en Red (ex CeNaReSo). En: ¿Cómo intervenir en las urgencias?: Nuevas subjetividades, nuevos dispositivos. Cantarelli y Camilo de Olivera editores. Ediciones Licenciada Laura Bonaparte. 2014. P 88-98.
7. International Standards for The Treatment of Drug Use Disorders. Draft For Field Testing. United Nations Office on Drugs and Crime. World Health Organization. Marzo de 2016.
8. Serebrisky D, Braschi M, Waisman Campos M. Uso de sustancias en la adolescencia. En: Trastornos por sustancias: Poblaciones especiales. Débora Serebrisky. Editorial ScienS. 2015. P 13-41.
9. Leirer VO, Yesavage JA. Marijuana carry over effects on aircraft pilot performance. *Aviation, Space, Environmental Medicine*. 62:221-227, 1991.
10. Nahas G, Latour C. The human toxicity of marijuana. *Medical Journal of Australia*. 156:495-497, 1992.
11. Ricaurte G, Yuan J, Hatzidimitriou G, Cord B, McCann U. Severe Dopaminergic Neurotoxicity in Primates After a Common Recreational Dose Regimen of MDMA ("Ecstasy"). *Science*. Vol. 297, Nro.5590, p.2260-2263. 27 de septiembre de 2002.
12. Goodman & Gilman. The Pharmacological Basis of Therapeutics. Novena edición. Mc. Graw - Hill Companies, Inc. USA, 1996.
13. Ley Nacional de Salud Mental 26.657. [Internet]. Disponible en el portal electrónico InfoLEG, del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, Presidencia de la Nación: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/175000-179999/175977/norma.htm>
14. Principios de tratamiento para la drogadicción: Una guía basada en las investigaciones. Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas. Institutos Nacionales de la Salud y Servicios Humanos de los EE.UU. Segunda edición. 2010.
15. Lineamientos para la Atención de la Urgencia en Salud mental. Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones. Ministerio de Salud de la Nación. Año 2013. [Internet]. Disponible en: http://www.cplz.org.ar/images/stories/contenido/leyesyreglamentos/2013-10_lineamientos-atencion-urgencia-salud-mental.pdf
16. Protocolo para la atención integral de personas víctimas de violaciones sexuales: Instructivo para equipos de salud. Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación. Año 2011. [Internet]. Disponible en: http://www.msal.gov.ar/saludsexual/downloads/guias%20y%20cuadernillos/Protocolo_Violencia_Sexual.pdf
17. Coronel P. Dificultades en la implementación de la Ley de Salud Mental. 9no. Congreso Argentino de Salud Integral del Adolescente. Sociedad Argentina de Pediatría. 26 de agosto de 2016. [Internet]. Disponible en: http://www.sap.org.ar/docs/Congresos2016/2016Mes8%20Adolescencia/VIE/VIE%20Coronel_Dificultades%20en%20la%20implementacion.pdf

El hospital y las urgencias de la época. Salud Mental de niños y adolescentes

Sandra Viviana Novas

*Médica especialista en Psiquiatría y Psiquiatría Infanto-juvenil
Unidad de Salud Mental, Hospital de Niños "Dr. Ricardo Gutiérrez" (HNRG)
Prof. Adj. Depto. de Psiquiatría y Salud Mental, Facultad de Medicina,
Universidad de Buenos Aires (UBA)
E-mail: doc.sandranovas@gmail.com*

Mónica García Barthe

*Lic. en Psicología - Lic. en Antropología Social
Departamento de Urgencias Hospital de Niños "Dr. Ricardo Gutiérrez" (HNRG)
Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA)*

Resumen

En la última década el Departamento de Urgencias del Hospital de Niños "Dr. Ricardo Gutiérrez" de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA), Argentina, registró un aumento significativo de las consultas de salud mental de niños y adolescentes. El incremento de la demanda de asistencia fue debido fundamentalmente a conductas autolesivas, intentos de suicidio y situaciones de violencia y desamparo.

Se analizan las variables que determinan las características de la consulta actual y el viraje en el perfil de las instituciones convocadas a responder a esta demanda. Finalmente, se propone una reflexión respecto del lugar de la infancia y la adolescencia, considerando la influencia de los cambios culturales y socioeconómicos de la sociedad contemporánea.

Palabras clave: Urgencias psiquiátricas - Psiquiatría infanto-juvenil - Intento de suicidio - Desamparo - Violencia y sociedad contemporánea.

THE HOSPITAL AND THE EMERGENCIES IN OUR TIME. CHILD AND ADOLESCENTS MENTAL HEALTH

Abstract

In the last decade, the Emergency Department of "Dr. Ricardo Gutiérrez" Children's Hospital in the city of Buenos Aires, Argentina, registered a significant increase in mental health consultations of children and adolescents. The increase in the demand for assistance was mainly due to self-injurious behavior, suicide attempts and situations of violence and abandonment.

We analyze the variables that determine the characteristics of the current consultation and the change in the profile of the institutions called to respond to this demand. Finally, we reflect on the place of childhood and adolescence, considering the influence of cultural and socioeconomic changes of contemporary society.

Key words: Psychiatric emergency- Child adolescent psychiatry- Suicide attempt -Helplessness - Violence and society.

Introducción

En las últimas décadas asistimos a un incremento lento pero constante de la demanda de asistencia por salud mental, en la población infanto-juvenil, asistida en el Departamento de Urgencias (DU) del Hospital de Niños "Dr. Ricardo Gutiérrez" (HNRG) de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA), Argentina, registrándose mayor gravedad y disminución en la edad de inicio de los síntomas. La consulta de urgencia no escapó a esta realidad, contingencia que genera debate e investigación a nivel mundial (1, 2, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 11).

La urgencia en salud mental, sus diferencias con el concepto de urgencia que rige el modelo médico, y sus particularidades en la infancia son motivo de cons-

tante reflexión (12, 13). Urgencia real, urgencia subjetiva, riesgo de vida, niños en riesgo son términos usualmente encontrados en la literatura médica (14). Entendemos a la consulta de urgencia como la consecuencia de una ruptura en la homeostasis habitual del paciente y el medio familiar y/o social, implicando en mayor o menor medida, desorganización de los procesos psíquicos (15,16)

El HNRG asiste desde el año 1875 a una amplia población de niños y adolescentes provenientes de diversos medios socioeconómicos. El Servicio de Guardia de salud mental es convocado para intervenir ante diversas situaciones clínicas provenientes tanto de consultas externas como de las Salas de internación de pediatría general y de las especialidades (16).

Tabla 1. Situaciones Clínicas asistidas por la Guardia de Salud Mental del HNRG (1)

Acompañamiento de pacientes y familiares ante situaciones traumáticas
Alteración aguda de la alimentación
Alteración aguda de los hábitos (sueño, alimentación, control de esfínteres)
Alteración del comportamiento y conductas de riesgo
Alteración de la sensopercepción/ideación delirante
Comportamientos auto y/o heteroagresivos
Episodio de ansiedad
Episodio de excitación psicomotriz
Intervención y apoyo al equipo de salud
Malestar físico de etiología orgánica dudosa
Sospecha de maltrato/abuso y otras situaciones de violencia
Tentativa y/o amenaza de suicidio

(1) Ordenadas alfabéticamente

EL DU del HNRG registró un aumento significativo de las consultas de salud mental. En efecto, si se analizan los datos obtenidos entre los años 2005 y 2015, se observa que el incremento de las consultas de salud mental en esa década fue de 135,2%. En el año 2006

las mismas representaron el 2.9% de las consultas totales recibidas en el DU, porcentaje que se duplica en el año 2015. Asimismo, en el año 2015 la guardia de Trabajo Social recibió 3796 consultas:

Tabla 2. Consultas registradas en el Departamento de Urgencia del HNRG (2006-2016)

CONSULTAS REGISTRADAS EN EL DEPARTAMENTO DE URGENCIA HNRG - 2006-2016			
Año	2006	2010	2015
Consultas totales en guardia ⁽²⁾	109.168	108.675	100.716
Consultas de salud mental totales	3.212	5.080	7008
Porcentaje de consultas de salud mental respecto del total	2,9 %	4,6 %	6.96 %

(2) Clínica pediátrica, cirugía, traumatología, neurocirugía, endoscopia, toxicología y salud mental.

Simultáneamente, se ha elevado el número y la duración de las internaciones por motivo de salud mental tanto de adolescentes como de niños pequeños¹.

Muchas son las hipótesis que se desprenden de estos datos y, en tanto agentes de salud, no podemos menos que reflexionar acerca de este fenómeno.

El Servicio de Guardia de salud mental del HNRG y otros dispositivos existentes en la CABA

El HNRG es una institución donde la salud mental ocupa un lugar importante desde las primeras décadas del siglo XX, época en que el pensamiento freudiano se introdujo en el hospital (18). La Sala XVII a cargo del Dr. Florencio Escardó hacia fines de los años '50, fue la cuna de la asistencia interdisciplinaria (19). El dualismo cartesiano ya no resultó suficiente para comprender la complejidad de la asistencia de un niño sufriente (20). Se implementó la internación conjunta madre-hijo (21) y se creó la primera residencia de psicología del país (22). Y en el año 1971 se creó la residencia de psiquiatría infanto-juvenil.

En el año 1982, en el contexto de un Programa de Salud Mental para la CABA, se incluyó en la dotación profesional diaria del DU un psiquiatra y un psicólogo; constituyéndose así en la primera Guardia de salud mental infanto-juvenil en un hospital general y una de las primeras de todos los hospitales polivalentes de la CABA.

La incorporación efectiva a la Guardia requirió de una tarea constante a lo largo del tiempo a fin de institucionalizar la intervención de los profesionales de salud mental en las situaciones de emergencia (23). Además de la asistencia específica en casos tributarios de la especialidad, los profesionales de la Guardia de salud mental fueron progresivamente convocados para

intervenir en la asistencia del resto de los pacientes, aquellos que presentaban patología orgánica, pero cuyo sufrimiento podía verse aliviado por medio de la escucha y la palabra.

La psiquiatría y la psicología se fueron articulando en el engranaje de la Guardia progresivamente; y así como al inicio podía cuestionarse la pertinencia de su inclusión, esa posibilidad aparece hoy como inadmisibles.

El DU del HNRG incorporó a profesionales de Servicio Social en el año 2011 (24) y a partir del año 2016, cuenta con dos médicos psiquiatras, un psicólogo y dos trabajadores sociales de guardia por día.

En el sistema público de la CABA funcionan otros dos servicios de emergencias de salud mental; uno en el Hospital Infanto-juvenil "Dra. Carolina Tobar García" desde 1968 y el otro en el Hospital "Dr. Pedro de Elizalde" desde el año 2007; por su lado, el Hospital de Emergencias Psiquiátrica "T. de Alvear" (HEPTA) de la CABA admite, desde 1983, pacientes mayores de 16 años².

Asimismo, en los últimos años diversas instancias administrativo-judiciales fueron creadas y diagramadas para intervenir ante lo que se denomina "vulneración de derechos de niños y adolescentes" con el objetivo de garantizar su restitución (CNNYA³, Defensorías zonales) (25).

La consulta actual

Consecuentemente con la realidad de la demanda los así llamados "pacientes psiquiátricos", están presentes en todo el hospital: en salas de espera, consultorios, Salas de internación, o permaneciendo días en la Guardia a la espera de una cama, un hogar o a algún adulto que los requiera. La comunidad hospitalaria asiste críticamente al viraje del perfil de la institución: "El hospital

¹ En el HNRG la internación de pacientes de salud mental se realiza en Salas de clínica pediátrica, desde la década de 1970 (17).

² El Hospital Infanto-juvenil "Dra. Carolina Tobar García" es la única institución pública del país especializada en psiquiatría infanto-juvenil y cuenta con servicios de consulta externa, hospital de día, internación y rehabilitación; el Hospital "Dr. Pedro de Elizalde" es un hospital general especializado en pediatría, y el Hospital de Emergencias Psiquiátrica "T. de Alvear" (HEPTA) es un hospital especializado que recibe consultas fundamentalmente de adultos de toda la CABA.

³ Consejo de Niños, Niñas y Adolescentes.

no es un lugar para vivir” es una de las frases que expresan la reacción de la institución ante ese fenómeno, mientras la misma intenta adaptarse a los cambios que impone la consulta actual, coyuntura que seguimos atravesando.

El incremento en los casos de urgencia en salud mental del HNRG, se produce fundamentalmente en relación a dos causas: 1) situaciones de violencia, negligencia o desamparo y 2) episodios de autolesión e intentos de suicidio. Esos datos se compadecen con los que registra la literatura mundial (26).

Violencia y desamparo

Debido a determinantes sociales, históricos y culturales vinculados a la concepción de la infancia (27, 28, 29) el maltrato físico y el Abuso Sexual Infantil (ASI) han constituido motivos de interés para la pediatría recién en las últimas décadas del siglo XX.

El Centro Internacional de la Infancia de París define al maltrato como: “cualquier acto por acción u omisión realizado por individuos, instituciones o por la sociedad en su conjunto, y todos los estados derivados de estos actos o de su ausencia que privan a los niños de su libertad o de sus derechos correspondientes y/o que dificulten su óptimo desarrollo”. Así entendido, el maltrato, expone al niño a un riesgo y somos, ante ello, interpelados como agentes de salud y como institución a intervenir (30).

Profesionales de la salud de distintas disciplinas vinculadas a la infancia han desarrollado criterios diagnósticos, modos de intervención y protocolos de atención junto a instancias jurídicas y sociales en las últimas décadas. En nuestro país, la sanción de la Ley 26.061 (2005) ubica a niños, niñas y adolescentes como sujetos de Derecho e impone al Estado la responsabilidad de velar por el cumplimiento de los mismos, a través de sus servicios de salud, educativos, jurídicos, sociales y de los así llamados organismos de Protección de Derechos (31).

Se podría suponer entonces que se posibilitaría una mayor protección de esos derechos a partir de la presencia de un ordenamiento jurídico que los contempla. Sin embargo, a pesar de la visibilización de los mismos la problemática no parece disminuir, sino al contrario incrementarse, al menos hasta el momento.

Algunas viñetas clínicas permiten ilustrar el contenido de las consultas de urgencia en la Guardia de salud mental del HNRG:

El padre de tres niñas de 7, 6, y 2 años, con quienes no convive, relata situaciones de violencia de la madre hacia ellas y solicita hablar con un psicólogo. Una de las hijas refiere: “Mi mamá me pega y me da patadas” [...] “me tira de los pelos” [...] “el otro día vi a mi mamá ahogar a mi hermana con la almohada, se le tiró encima”.

Jazmín, 6 años, es traída por su abuela. La señora refiere que debe reintegrarla al cuidado de su padre, pero se resiste a hacerlo. “Vine a denunciar a mi yerno, el la tocó, no puede volver con él”, dice. La niña no muestra dificultad para expresar sus vivencias. La evaluación no arroja ningún indicador

de sospecha de abuso sexual: “Mi mamá se fue, yo quiero estar con mi papá, mi abuela no lo quiere”. Se evidencia claramente que los dichos de la abuela están en relación con situaciones de gran hostilidad entre ella y el padre, quedando la niña como objeto de manipulación y disputa de los adultos.

Una pareja adolescente consulta con su hijo de 5 meses. “Se cayó de la cama”, relata la madre quien presenta un hematoma facial, y agrega: “El me pegó una piña, se enojó porque es la séptima vez que el nene se me cae de la cama”. “Es una mala madre, me pongo muy nervioso, no lo cuida”, dice el joven. “Él no me ayuda, no tengo ayuda de nadie, el nene llora mucho, no sé como calmarlo”, alega la madre.

Un denominador común que se verifica en estos ejemplos es la situación del niño en posición de objeto. Por un lado, se motiva la consulta a propósito de él, y en ella queda expuesta la fragilidad del sostén parental; por el otro, él mismo resulta ser el destinatario de la violencia, ya sea ésta real o simbólica. Niños que pierden su lugar de niños, adultos que no pueden cuidar. En el último caso el niño “cae” una y otra vez de los brazos de su madre, cae fuera de la escena familiar y social.

Suicidio y autolesión

“Vengo porque yo me suicido muchas veces”.
Presentación de Juan, de 13 años, en la Guardia.

Cortes en el cuerpo, ingesta de medicamentos, drogas o tóxicos, aparecen como algunas de las modalidades actuales que reflejan la imposibilidad de tramitar la angustia, de operar con ella.

Si bien en la urgencia no es sencillo establecer en profundidad la intencionalidad que las motiva, es evidente que las consultas por autolesiones sin intención/ideación suicida son las que más han aumentado y dentro de ellas, los cortes auto inflingidos son los más habituales (32, 33).

No contamos con registros específicos y discriminados en relación a dicha intencionalidad, pero la literatura internacional aporta datos significativos: entre el 13% y el 20% de la población general adolescente presentan algún episodio de autolesiones no suicidas (*Non-suicidal Self-Injury, NSSI*) (32, 33, 34).

Aun siendo entidades diferenciadas, existe una estrecha relación entre la frecuencia de repetición de NSSI, la continuidad en la adultez, intentos de suicidio posteriores y suicidios consumados (33, 34, 35, 36, 37): datos a considerar a la hora de la prevención.

La conducta autolesiva se ubica dentro de un espectro clínico en el que se incluye: ideación y/o amenaza de muerte, ideación y/o conducta suicida, y otras conductas de riesgo hasta el suicidio consumado (38, 39).

El suicidio es hoy la tercera causa de muerte en adolescentes a nivel mundial, y representa un problema creciente de salud pública. Su aumento es considerable en esta franja etárea en las últimas décadas (32, 33, 34, 35, 38, 39). En la Argentina, en los últimos veinte años, la tasa de mortalidad por suicidio creció considerablemente

en los grupos más jóvenes (38, 40). En el año 2013, en la franja de 15 a 24 años, se registraron 897 muertes por suicidio siendo la tasa más alta: 12,7/100.000 (40).

La conducta autolesiva por sí misma no es patognomónica de ninguna patología o estructura psíquica específica. Dependerá en que contexto se inscribe, cuáles son sus determinantes y significaciones para cada sujeto.

Un ejemplo de las consultas de urgencia permite ilustrar estos casos:

Kevin, de 6 años de edad, llega a la Guardia con su madre quien presenta un requerimiento del CNYA que reza: "Intento de suicidio, se indica internación". Kevin vive con su madre y tres hermanos menores. Su padre está preso. La madre informa: "Soy adicta, cuando consumo me tiro a dormir" [...] "ayer nos peleamos, agarró un cuchillo, se encerró en el baño. No podía más, me fui a dormir. Hoy fue solo y lo contó en el colegio, doctora haga lo que tenga que hacer". Kevin esta tranquilo, establece un vínculo inmediato, dice estar muy triste, y expresa: "No quiero vivir más esta vida, no me gusta, me quiero morir".

La construcción del concepto de muerte, y sobre todo la noción de muerte propia, son procesos madurativos que se inician a partir de los siete años, y requieren del pasaje por la pubertad y la adolescencia para completarse (41). La función parental fallida ubica a Kevin en el rol del adulto y la mirada institucional lo confirma aún en una paradoja: lo hace agente de un acto adulto; como lo indica el requerimiento del CNYA, "Urgente al hospital de niños, intento de suicidio", con el que Kevin fue remitido a la Guardia del HNRG.

Leo, de 16 años de edad, llega a la consulta acompañado por su madre: "No sé qué más hacer con él, es adicto, toma clonazepan y consume, ayer se cayó del tren", dice ella. "En casa hay muchos problemas, estoy triste, si consigo clona lo tomo y duermo", dice él. De su padre solo dicen que es esquizofrénico, que tiene HIV, que vive en la calle. Leo está en tratamiento, se lo remite al mismo. Días después regresa a la Guardia. "Algo me dice que me tire bajo el tren, pero siento como una mano que me detiene", confiesa. Se decide su internación. En el hospital Leo se tranquiliza, se enamora, transgrede, consume; un adolescente como tantos. Ninguna "voz" lo perturba. Se externa pero regresa a la Guardia a los pocos días, "Va a terminar igual al padre", insiste su madre. Se interna, se va de alta. Días después "pasea" por los pasillos del hospital, de la mano de otra paciente. Tuvo una pelea, dice haber estado inconsciente. Se interna, esta vez, por un traumatismo de cráneo. Sonríe y dice: "Volví".

Natalia, de 14 años de edad. Llega a la consulta con una nota de su médico que dice: "A la guardia del HNRG: solicitud internación por intento de suicidio". Natalia se cortó, no sabe por qué y dijo que quería morir. Cuenta, como por azar, que la noche anterior recibió en su teléfono celular un mensaje de su amiga: "Estoy internada, cortate y decile a tu psiquiatra, seguro te manda a la Guardia o vení y decí que te querés matar y te internan".

Valeria, de 13 años de edad, llega con un bolso acompañada por su madre quien nos dice: "Ayer se cortó, le dieron el alta muy rápido" [...] "Antes de venir a la Guardia pase por la Unidad 5, vi que hay una cama libre ¿la pueden internar ahí?"; Valeria agrega: "Yo duermo mejor en la 5 que en mi casa".

Madres que traen a sus hijos, hijos que traen a sus madres, padres que ni siquiera se nombran como tales. El hospital es convocado a dar alojamiento, es vivido por los pacientes y sus familias como un refugio, como si brindara "tratamiento por la internación misma" (42).

Cortes en el cuerpo, ingesta de sustancias que lo dañan, cuerpos lesionados. Época de inmediatez, de fantasía de satisfacción instantánea, un instante después algo está perdido, coyuntura dramática como ejemplifica el Snapchat. "No hay ya posibilidad de elegir porque todo se desarrolla deprisa, porque la atención en el tiempo está saturada" (43). Época donde prima la exposición del cuerpo en todas sus versiones: desnudos en la pornografía que circula "sin filtros", con su intimidad compartida en las redes sociales, modificados por cirugías, tatuados como modelos del éxito, agujereados con piercing infinitos como modelo de belleza..., cuerpos excesivamente mirados.

¿Por qué no sería por la vía del cuerpo, de la lesión en el cuerpo, por la que los jóvenes retomen ese lugar vacante que ha dejado la caída de los operadores simbólicos, produciendo un colapso tal que empuja a un primer plano la supremacía de la imagen?

Consideramos hoy a la conducta suicida y autolesiva, como producto de una etiología multifactorial, en la que se conjugan e interaccionan de manera compleja factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos y culturales (38, 39, 44, 45). Se impone entonces la pregunta acerca de las características del medio en que se desarrolla esta conducta y que en mayor o menor medida la determina. Enfatizamos en un fenómeno que insiste: la fractura de la red sociofamiliar, que ocasiona la caída de su función de sostén afectivo y emocional para niños, adolescentes e incluso para los mismos adultos.

En 1897 E. Durkheim se refería a la anomia social como generadora de violencia y comprendía al suicidio también como un fenómeno social (46); definiendo el suicidio anómico como aquel que se da cuando existe una falla o dislocación de los valores sociales. Esta falla, para Durkheim, "lleva a una desorientación individual y a un sentimiento de falta de significación de la vida" (46). Sentimiento que observamos sin duda empeorado hoy por la lógica mercantilista del sistema capitalista.

Consideraciones finales

En las últimas décadas, a raíz de los profundos cambios socioculturales con el advenimiento de la postmodernidad (47), del cuestionamiento de valores éticos y morales tradicionales, la caída de los ideales y de recurrentes crisis económicas, se fueron produciendo importantes modificaciones del tejido social y familiar. La modalidad de relación clásica, de perfil autoritario de otras épocas, entre el

niño o el adolescente y el adulto ha ido desapareciendo y dando paso a una niñez con nuevas necesidades, en teoría más libre, para elegir, resolver, y decidir, aún lo que por su condición de niño o adolescente no está dentro de sus posibilidades de afrontar (48).

En muchos casos se mutó de autoridad a paridad y la niñez se ha ido acortando dando paso a una suerte de adolescencia o pseudo adultez prematura (48), en la que niños pre-púberes se encuentran expuestos y compelidos a “ser adultos” actuar, vestirse y comportarse como tal, hasta compartir los conflictos de sus ahora pares “antes adultos”. La autoridad parental cae y con ella el ordenamiento simbólico, fenómeno que no distingue medios ni clases sociales.

En la actualidad muchos adultos, quizás reivindicando esa libertad que sienten que le fue negada en su adolescencia, quizás carentes de sostén para sí mismos por el desmembramiento de la trama social de nuestros tiempos, se han ido retirando de cierta manera del cuidado de los niños. Permaneciendo éstos muchas veces tan libres como solos, sin encontrar siquiera algún modelo referencial que le brinde la oportunidad de construir identificaciones válidas y seguras.

Se han perdido también, las instancias intermedias, que funcionaban como sostén y ordenador aún cuando la trama familiar fallara: el club, la casa del vecino, el grupo del barrio, etc. En su lugar se cuenta hoy, con el “shopping” y el ciberespacio, (“generación video electrónica” (43) o, en su defecto, la calle como única opción. Lugares de anonimato en los que resulta imposible el reconocimiento de alguien como sujeto.

Si el concepto de infancia es una construcción histórico-social, es claro que el mismo ha cambiado y que tenemos que preguntarnos por la infancia de hoy y el lugar de los adultos respecto de ella. Tenemos que pensar en infancias plurales como categoría socialmente construida en un momento histórico que determina políticas sociales y prácticas concretas. El lugar de los niños y el trato que reciben es afectado por las estructuras político-económicas globales y por las prácticas cotidianas en las interacciones domésticas de las culturas locales (49).

Según se defina y se caracterice a la infancia, se ponen límites y se asignan lugares en un orden establecido, adjudicando derechos y obligaciones y definiendo lo saludable y lo patológico en términos de salud mental.

¿Por qué entonces en el momento en que más se hacen visibles los derechos y más se compromete a los adultos a responsabilizarse por ello, es que más situaciones de vulnerabilidad aparecen? ¿Qué implica en este contexto la consulta al servicio de urgencia de un hospital público?

Asistimos a un viraje en la demanda de la comunidad al hospital. Se nos pide que intervengamos donde un niño no puede ser tomado como tal, ya sea por sus padres, la comunidad o el Estado. El hospital aparece como garantía de que los derechos vulnerados sean restituidos, allí donde el pedido no pudo ser escuchado en otros contextos (50). ¿Cuál es el lugar que ocupa hoy el hospital en el imaginario social? En la coyuntura actual, el rol de la institución como ordenador simbólico es una condición quizás necesaria, pero ciertamente ni suficiente ni válida, como *única* respuesta.

Niños y adolescentes que se excitan, que agreden, que se autoagreden, que son agredidos, que se angustian, otros que quieren morir. Niños y adolescentes que consumen, que son objeto del consumo, y los que no tienen que consumir. Adolescentes que son padres de sus padres, y adolescentes que intentan ser padres de sus hijos. Niños de la calle, que nadie busca ni espera. Cada vez más niños y más solos. ¿Niños locos o niños alienados en la locura parental y expuestos al desamparo en que los deja la enajenación de la época? Todos son “nuestros” pacientes, pacientes de esta institución que pareciera haber dejado de ser “*aquel Hospital de Niños*”, pero cuyo recuerdo quizás funcione hoy como una referencia a la cual regresar.

Agradecimientos

Agradecemos a la Lic. Alejandra Pallotto su atenta lectura y sus opiniones acerca del contenido de este artículo

Conflicto de intereses: ninguno. ■

Referencias bibliográficas

1. Starling J et al. Psychiatric Emergencies in Children and Adolescents: An Emergency Department Audit. *Austral Psychiatry* December 2006; 14 (4):403-407.
2. Hamm MP, Osmond M, Curran J, Scott S, Ali S, Hartling L, Gokiart R, Cappelli M, Hnatko G, Newton. ASA systematic review of crisis interventions used in the emergency department: recommendations for pediatric care and research. *Pediatr Emerg Care*. 2010; Dec;26(12):952-62.
3. Janssens A, Hayen S, Walraven V, Leys M, Deboutte D. Emergency psychiatric care for children and adolescents: a literature review. *Pediatr Emerg Care*. 2013 Sep;29(9):1041-50
4. Holder SM, Rogers K, Peterson E, Shoenleben R, Blackhurst D. The Impact of Mental Health Services in a Pediatric Emergency Department: The Implications of Having Trained Psychiatric Professionals. *Pediatr Emerg Care*. 2016; Sep 23
5. Simon AE, Schoendorf KC. Emergency department visits for mental health conditions among US children. *Clin Pediatr (Philad)*. 2014 Dec;53(14):1359-66:2001-2011
6. Newton AS, Ali S, Johnson DW, Haines C, Rosychuk RJ, Keaschuk RA, Jacobs P, Klassen TP. A 4-year review of pediatric mental health emergencies in Alberta. *Canadian Journal of Emergency Medicine* 2009 Sep;11(5):447-54.
7. Taastrøm A, Klahn J, Staal N, Thomsen PH, Johansen A. Children and adolescents in the Psychiatric Emergency Department: a 10-year survey in Copenhagen County. *Nord J Psychiatry*. 2014 Aug;68(6):385-90
8. Newton AS, Rathee S, Grewal S, Dow N, Rosychuk RJ. Children's Mental Health Visits to the Emergency Department: Factors Affecting Wait Times and Length of Stay. *Emerg Med Int*. 2014; 2014:897904

9. Pediatric and Adolescent Mental Health Emergencies in the Emergency Services System. *Medical Pediatrics* 2011; 127:1356-1386. Available on <http://www/content/127/5/e1356.full.html>
10. F. Leclerc, A. Martinot, A. Sadik, V. Hue, A. Dorkenoo L'inflation des urgences pédiatriques. *Arch Pediatr* 1999 ; 6 Suppl2:454-6. Elsevier, Paris.
11. Porter M, Gracia R, Oliva JC, Pàmias M, Garcia-Parés G, Cobo J. Mental Health Emergencies in Paediatric Services: Characteristics, Diagnostic Stability and Gender differences. *Actas Esp Psiquiatr*. 2016 Nov ; 44(6):203-11.
12. Chambry J. Urgences en pédopsychiatrie. Emergency and child psychiatry. *Archives de pédiatrie* 2010; 17:682-683. Available <http://www.sciencedirect.com>
13. Fousson J, Pastour N, Zeltner L, Mauriac F. C'est pas de la psy: extension et limites de l'intervention de crise en psychiatrie. *L'Information psychiatrique* 2013 ; 89 : 143-50
14. Circulaire n° 39-92 DH PE/DGS 3 C du 30 juillet 1992 relative à la prise en charge des urgences psychiatriques. Disponible en <http://www.AffairesJuridiques.aphp.fr/SoinsEnPsychiatrie>.
15. De Clercq M. *Urgences psychiatriques et interventions de crise*. Paris, Bruxelles : De Boeck & Larcier, 1997: 107-125.
16. Novas S. "Urgencias en psiquiatría infanto juvenil. Intervención específica y terapia farmacológica", en *Psicofarmacología infanto juvenil*, Masei H, Stagnaro JC (Compil), 1ra. Edición, Buenos Aires: Polemos 2005:201-231
17. Zac, M, Raimondi, P, Maceira, S, Bori, C, Lopez, L, Tisera, C, Novas, S. ¿Por qué camas para la internación de Salud Mental, en el hospital general? *Revista del Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez*. Bs. As. Setiembre, 2010.
18. Rascovsky A. Entrevista a los fundadores (II) *Revista de Psicoanálisis* 1984; XLI; 2/3: 201-226
19. Wasertreguer S y Raizman H. *La Sala 17. Florencio Escardó y la mirada nueva*. Buenos Aires : Libros del Zorzal, 2009.
20. Stagnaro JC . Biomedicina o medicina antropológica. *Vertex, Revista Argentina de Psiquiatría*. 2002; Vol. XIII, 47:19-26.
21. García Barthe M. Internación conjunta. Un avance en la pediatría argentina. *Revista del Hospital de Niños de Buenos Aires* 2007; XLIX (225): 292-295.
22. García Barthe M. 30 Años. Psicólogos Residentes en el Hospital de Niños. *Clepios* 1996; II, (2): 75-77.
23. Fernández Donlon E, Lacombe E, Cialzeta D, Carballeda A. Hacia la conformación de la "Guardia Interdisciplinaria de Salud Mental". *Rev Hosp Niños Buenos Aires* 2012; 54 (245): 81-87.
24. Lobos S, Palazzo S, Pastorini G, Puerta Basaldúa A, Stilman A. La inserción del Trabajo Social en el campo de la Salud Mental: construyendo interdisciplina en el ámbito de la urgencia. *Rev Hosp Niños Buenos Aires* 2012; 54 (245): 88-90.
25. Ley 114/98 de la ciudad de Bs. As. Protección Integral de los derechos de niños niñas y adolescentes. Disponible en: <http://www.buenosaires.gob.ar>
26. Dolan MA, Fein JA. The committee on pediatric emergency medicine. Technical Report of the American Academy of Pediatrics: "Pediatric and Adolescent Mental Health Emergencies in the Emergency Medical Services System". *Pediatrics* April 2011.
27. De Mause LI. *Historia de la infancia*. México, Alianza, 1975.
28. Badinter E. ¿Existe el amor maternal? *Historia del amor maternal. Siglos XVII al XX*. México: Paidós, Pomaire, 1981.
29. Ariès P. *El niño y la vida familiar en el antiguo régimen*. Barcelona: Taurus, 1977.
30. Anderman J. Síndrome de maltrato infantil: tiempo para la acción. *Rev. Hosp. Niños Buenos Aires* 2005; 47 (212): 61-62.
31. Ley 26061 (2005) Ley de protección integral de los derechos de las niñas, niños y adolescentes, en jurisdicción nacional. Art. 30. Disponible en <http://www.buenosaires.gob.ar>
32. Dickstein DP, Puzia ME, Cushman GK, Weissman AB, Wegbreit E, Kim KL, Nock MK, Spirito A. Self-injurious implicit attitudes among adolescent suicide attempters versus those engaged in nonsuicidal self-injury. *J Child Psychol Psychiatry*. 2015; Oct;56(10):1127-36.
33. Ougrin D, Tranah T, Leigh E, Taylor L, Asarnow JR. Practitioner review: Self-harm in adolescents. *J Child Psychol Psychiatry*. 2012 Apr; 53(4):337-50.
34. Hu N, Glauert RA, Li J, Taylor CL. Risk factors for repetition of a deliberate self-harm episode within seven days in adolescents and young adults: A population-level record linkage study in Western Australia. *Aust N Z J Psychiatry*. 2016 Feb;50(2):154-66.
35. Asarnow JR, Baraff LJ, Berk M, Grob C, Devich-Navarro M, Suddath R, Piacentini J, Tang L. UCLA Department of Psychiatry Pediatric emergency department suicidal patients: two-site evaluation of suicide ideators, single attempters, and repeat attempters. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2008 Aug; 47(8):958-66.
36. Goldstein AB, Frosch E, Davarya S, Leaf PJ. Division of Services and Intervention Research, National Institute of Mental Health, Bethesda, MD 20892-9633, USA Factors associated with a six-month return to emergency services among child and adolescent psychiatric patients. *Psychiatr Serv*. 2007 Nov;58(11):1489-92.
37. Olsson M, Gameroff, MJ, Marcus SC, Greenberg T, Shaffer D (2005) Emergency Treatment of Young People Following Deliberate Self-harm. *Arch Gen Psychiatry* Vol 62, Oct.
38. Novas S, Martínez C et al. Guía clínica de recomendaciones para la atención del intento de suicidio en adolescentes, Ministerio de Salud, Presidencia de la Nación, Buenos Aires: MSAL, Julio 2011. Disponible en <http://www.ms.gba.gov.ar/.../Lineamientos-para-la-atencion-del-intento-de-suicidio-en-adolescentes>.
39. WHO. Preventing suicide: A global imperative. [Internet]. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/en/ (último acceso: 16 de Diciembre de 2014).
40. Estado de la salud mental en la Argentina Epidemiología Actual Infanto Juvenil. MNSL Dirección de salud mental y Adicciones. Disponible en http://www.msal.gov.ar/salud-mental/images/stories/info-equipos/pdf/2016-09_epidemiologia-infanto.pdf
41. Freud S [1905] (1976) "La metamorfosis de la pubertad" en "Tres ensayos de teoría sexual". Obras completas, Tomo VII. Buenos Aires: Amorrortu.
42. Laurent E y otros (2014) *Cuerpos que buscan escritura*. 1ra edición. Buenos Aires: Paidós.
43. Bifo, Franco Berardi. *Generación Post-Alfa: Patologías e imaginarios en el semicapitalismo*. 1a ed. Buenos Aires. Tinta Limón, 2007.
44. Novas S (2005) "Amenaza e Intento de Suicidio" en *Guía de Atención en la Urgencia Pediátrica del Hospital de Niños "Dr. Ricardo Gutiérrez"*. Buenos Aires: Asociación de Profesionales del Hospital de Niños "Dr. Ricardo Gutiérrez".
45. Freud S [1930] (1985) "El malestar en la cultura", en *Obras completas*, Tomo XXI. Buenos Aires: Amorrortu.
46. Durkheim E [1897] (1984) *El suicidio*. Estudio de sociología. Madrid: Losada.
47. Picazo-Zappino J (2014) Suicide among children and adolescents: a review. *Actas Esp Psiquiatr*. May-Jun; 42(3): 125-32.
48. Di Segni Obiols, S (1994) Adolescente-adulto ¿Adulto-adolescente? *Vertex, Revista Argentina de Psiquiatría*, V; 15: 22-26.
49. Colángelo MA. La mirada antropológica sobre la infancia. Reflexiones y perspectivas de abordaje. Seminario Internacional "La Formación Docente entre el siglo XIX y el siglo XXI". Buenos Aires, 28 y 29 de noviembre de 2003. [Internet]. Disponible en: http://www.me.gov.ar/curriform/publica/oei_20031128/ponencia_colangel_o.pdf
50. Heredia C, Rodríguez Lamas V. El hospital: un recurso de amparo. *Rev Hosp Niños de Buenos Aires* 2008; 48 (216): 59-64.

Tiempos de la infancia. Clínica de la urgencia y del desamparo

Marcela Armus

*Médica psiquiatra infanto juvenil. Psicoanalista
Miembro del Programa "Mirar y Prevenir"
Ministerio de Salud, Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA)
Miembro de SAPI/WAIMH.
E-mail: Marcela.armus@gmail.com*

Marisa Factorovich

*Lic. en Ciencias de la educación. Psicoanalista
Miembro del Programa "Mirar y Prevenir"
Ministerio de Salud, Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA)
Docente de postgrado en psicoanálisis, Centro de Salud Mental N° 3 "Arturo Ameghino"*

Nora Woscoboinik

*Lic. en Psicología. Psicoanalista
Miembro del Programa "Mirar y Prevenir",
Ministerio de Salud, Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA).
Miembro de APA/SPP*

Resumen

En el presente trabajo se abordan conceptos vinculados a los tiempos de la infancia, la relevancia de lo urgente en la construcción subjetiva, la semiología de los dos primeros años de vida para la detección del sufrimiento precoz y algunos cuadros de las urgencias en salud mental : abuso, maltrato y síndrome de Münchhausen. Se prioriza lo vincular como eje que atraviesa esta clínica del desamparo. Se aborda lo urgente en Primera Infancia más allá de las nociones clásicas de urgencias psiquiátricas. Para finalizar se propone como urgente la formación de equipos de trabajo (agentes de salud, educación y ámbito judicial) capacitados para la detección temprana de los signos de alerta y la intervención interdisciplinaria.

Palabras clave: Detección temprana - Signos de alarma - Urgencias subjetivas - Desamparo - Abuso - Maltrato.

TIMES OF CHILDHOOD. CLINIC OF URGENCY AND HELPLESSNESS

Abstract

In this paper we discuss the "times of childhood", the relevance of what is "urgent" in the construction of psychological subjectivity, the symptoms leading to the identification of an early distress in children up to the age of 2, and some other mental health emergencies, such as abuse, violence and Münchhausen syndrome. We consider the infant-mother relationship the cornerstone of this clinic of helplessness. We discuss the notion of emergency beyond the classic psychiatric emergency. We conclude there is an urgent need to build work teams (health care professionals, education professionals, professionals in the judicial field) trained in the early detection of warning signs and early intervention.

Key words: Early detection - Alarm signs - Subjective urgencies - Helplessness - Abuse - Violence.

“Invertir en la Primera Infancia tal vez sea la última utopía para tener una ciudadanía y una sociedad más sanas y menos violentas” (1)

Introducción

Si bien la salud mental infantil tiene un lugar privilegiado a nivel de los organismos nacionales e internacionales, éste no siempre es correspondido por la atención que debería ofrecerse en todo servicio comunitario que atienda a la Primera Infancia. En este artículo nos focalizaremos en las urgencias subjetivas particularmente relacionadas a la vincularidad.

¿A qué se denomina urgencias subjetivas? Hay tantas urgencias como sujetos. Hay tantos sujetos como vínculos. Lo que caracteriza la urgencia es el desborde, la angustia y la necesidad de una respuesta inmediata.

La especificidad en la caracterización de lo que ocurre en estos momentos tempranos, vulnerables y fértiles a la vez, con enormes capacidades tróficas y con grandes riesgos traumáticos, plantea la responsabilidad de jerarquizar la clínica, las teorías, los dispositivos de intervención y las políticas públicas. Es fundamental diseñar cada uno de estos aspectos sin perder de vista la enorme concurrencia que tiene el psiquismo y la mente de un niño alrededor de su capacidad plástica, y con la permanente inclusión de todos los que ofician la crianza, muchas veces involucrados en los sufrimientos que acontecen en los primeros momentos de la vida.

Los modos de abordaje y de intervención en las etapas de la niñez son en esencia matrices sociales (ciencia y cultura) que responden a un criterio particular de lo verdadero y lo falso, de lo normal y lo problemático, según el momento histórico y el paradigma dominante en cada momento (2). En este sentido es válido retomar las ideas que alrededor de la infancia provienen de la historia y la filosofía acerca del concepto de la infancia.

En la Antigüedad (3), y en la Edad Media se consideraba a los niños buenos o malos, y podían hasta llegar a ser estimados seres peligrosos y malvados. No eran considerados seres independientes sino propiedad del adulto, incluso partes de su cuerpo. Por eso el bautismo buscaba exorcizarlos de los demonios que tenían o eran. Los chicos en la Edad Media trabajaban, servían a sus adultos en la casa. La mayoría de los niños eran criados por nodrizas o amas de leche, lejos del ámbito familiar. Esto conllevaba un alto índice de mortalidad.

En la Antigüedad el infanticidio estaba permitido. Hasta el siglo IV, tanto en Grecia como en Roma, ni la ley ni la opinión pública condenaban este hecho. Muchas veces se los sacrificaba como una ofrenda a los abuelos.

El niño era tomado como un objeto. Muchas prácticas de crianza lo atestiguan: el uso de la faja hacia que fueran lanzados por el aire como pelotas. Hasta la Modernidad se siguieron vendiendo niños. El aban-

doño estaba legitimado. Los castigos corporales intentaban disciplinar.

Recién en el año 1865 aparecen las primeras sociedades protectoras de la infancia. El siglo XVIII marca una bisagra: se estructura la pediatría y con ella, una alianza entre el médico y las familias.

Hasta aquí la representación del niño como objeto, incluso de abusos sexuales. La pediatría, la historia, la filosofía, la educación, el psicoanálisis, la teoría del derecho humanizada, y fundamentalmente la Convención Nacional de los Derechos del Niño, han colaborado a instalar la irreversible idea del *niño como sujeto de derechos*, idea principal y determinante para entender la perspectiva de las urgencias subjetivas y su modo de abordarlas en muchas formas de padecimiento.

En este sentido, lo social e histórico no sólo es un fondo o una influencia, sino que es inherente a la subjetividad misma en construcción: “no se trata de relaciones de influencia sino de relaciones de inherencia” (4).

El sufrimiento de un niño se organiza a partir de ir recorriendo desde el dato biológico del organismo, a una historia particular. En ese recorrido están involucrados aspectos del narcisismo, identificaciones, representaciones psíquicas, dando lugar al sujeto deseante (5). Del desamparo inicial al sujeto autónomo y deseante, y sus vínculos.

Urge la infancia

El bebé es parte de un vínculo, de una relación, por la cual se constituye. Ubicar entonces, qué es del bebé, y qué le pertenece a su cuidador, representa un obstáculo epistemológico. En el embarazo, la placenta, ese tipo particular de envoltorio ¿es del bebé o de la mamá? En los primeros tiempos de vida ¿de quién es el pecho? Interrogantes que Lacan trabaja a lo largo de su seminario X, “La Angustia” (6), para dar cuenta del concepto de alienación.

Para reflexionar sobre lo urgente debemos preguntarnos entonces, sobre el lugar de los primeros años de la infancia y la importancia de los mismos. La estructuración de un sujeto se juega “de entrada” aún antes de su aparición concreta en este mundo. Todo lo que suceda en los años de su infancia, determinarán su situación subjetiva. Es en ese sentido que lo que consideramos *urgente en la infancia se nos hace extensible a decir casi todo. Sí, casi todo en los primeros años de vida es importante de ser observado y considerado y algunas veces, atendido especialmente, si queremos establecer un vínculo y una subjetividad saludable.*

La historia de la relación del niño con sus adultos a cargo, es una dialéctica: una suerte de ida y vuelta de la demanda y el deseo y las respuestas que se ofrecieron. Lo que en estos vínculos, ya sea por exceso o por defecto, trae sufrimiento, repetición o síntoma, queda cual huella retornando en distintos momentos de la vida.

Colette Soler distingue tres factores esenciales respecto de lo que es traumático para cada sujeto: a) las figuras del Otro, b) los accidentes de la historia individual y c) los factores nativos, "natis" (7).

Pensamos junto con Brazelton (8) que los bebés nacen para comunicar y, por ende, tienen un apetito simbólico acorde al ambiente que los espera. Los bebés vienen equipados, y si lo contingente juega a favor será el encuentro con el Otro lo que regule atribuyendo significados, interpretando las demandas y *apaciguando las urgencias*.

El potencial de los bebés se observa en su crecimiento y adquisiciones cotidianas, pero también en la capacidad que tienen de autorregularse y lograr continuos equilibrios. No solo el afuera es un estímulo incesante para un *infans*, sino también sus propias mociones pulsionales lábiles aunque intensas, fuera de significaciones aun reconocibles para él.

Quien ocupa en el vínculo el lugar del Otro, resulta para el bebé un lugar psíquico, donde él se constituye. De esta investidura o envoltorio que se le propicie y de la continuidad del mismo, dependerá gran parte del destino de este pequeño sujeto. *Los cortes o vicisitudes en las investiduras libidinales, amorosas, de sostén, son fundamentales y tienen en los primeros años repercusiones orgánicas detectables y graves.*

Las desinvestiduras libidinales repentinas hacia el bebé (depresiones, psicosis, abandonos, muertes) son de carácter urgente, ya que son situaciones de desamparo para el bebé que aún no sabe de sí, si no es por su Otro. Son tropiezos en la instauración de la estructura del deseo en tiempos primordiales.

Conocemos dos operaciones de causación del sujeto, la alienación y la separación (9).

Es urgente que el bebé se aliene a su Otro, que se fusione con y en su Otro para luego separarse. Es el modo de ir saliendo de su desamparo inicial, pero no podrá separarse lo que no ha sido previamente alienado.

El yo se construye en alienación. En el estadio del espejo (10) el niño es enfrentado a su imagen en el espejo. Esta experiencia comporta júbilo para el niño y se completa cuando luego de mirarse en el espejo, gira a buscar la mirada de quien lo está sosteniendo para confirmar que esa imagen es él. *Busca el signo de un asentimiento (11), que no tiene puntos medios, se da o no se da, una matriz a partir de la cual habrá sujeto. El niño se identifica y aliena en su imagen y en el Otro. La falta de esta operación psíquica tiene consecuencias estructurales de extrema gravedad (autismos, psicosis).*

Signos de alarma: las urgencias subjetivas en los primeros años de vida

Muy precozmente podemos detectar en los bebés signos de sufrimiento temprano, urgencias subjetivas del nacimiento psíquico no siempre simultáneo al naci-

miento físico. *Los signos de sufrimiento del bebé testimonian un desequilibrio entre el bebé y su entorno y las estrategias para confrontarse con ello.* Martine Lamour las denomina "estrategias adaptativas precoces" del bebé (12).

Estos signos observables son la traducción clínica de estados de sufrimiento grave del lactante. Por lo tanto, su semiología debe ser reconocida por todo aquel que forme parte del contexto de crianza. *El carácter urgente lo determina la intensidad del sufrimiento, y la inmediatez de la intervención.*

Los signos negativos del desarrollo son aquellos que están por fuera de lo esperable (signos positivos) y se subdividen en signos de sufrimiento "ruidosos" que son los que alarman al entorno, y a menudo provocan la consulta y permiten la intervención, y los "silenciosos" (13) que suelen pasar inadvertidos, confundirse con signos positivos, y sin embargo comportan una retracción libidinal grave. Indican el abandono por parte del bebé de cualquier reivindicación por un deseo propio y diferenciado. Aquí la retracción relacional es la situación de urgencia subjetiva por excelencia. La retracción es un mecanismo de regulación normal que deviene una señal de alarma cuando se instala y perdura, que requiere de una intervención urgente. Según Antoine Guedenay la reacción de retracción relacional se observa en los trastornos del apego, los trastornos sensoriales y el dolor, los trastornos interactivos precoces y como consecuencia de la depresión materna. El repertorio defensivo del bebé es, al principio, muy limitado y el retraimiento es, a menudo, difícilmente detectable (14). Sin embargo, interviene en muchas situaciones de la psicopatología temprana ya sea que se trate de trastornos en el vínculo (depresión, trastornos de la comunicación, síndromes post traumáticos, trastornos sensoriales) o trastornos somáticos (como un dolor intenso y durable).

Nunca un signo de alarma en sí mismo tiene la categoría de un diagnóstico: son orientadores de sentido, indican la posibilidad de desarrollar en el futuro una dificultad severa, deben ser pensados en función del momento madurativo del niño y siempre en el contexto específico de cada cultura y comunidad (15).

La descripción semiológica de los signos sigue 5 registros: *la oralidad, la mirada, la voz, el sueño y el tono muscular y postural* (16).

Los bebés que no reciben los cuidados adecuados o que son víctimas de maltrato, manifiestan según Selma Fraiberg (18) "mecanismos de defensa": el evitamiento es la primera defensa identificada en los bebés a partir del tercer mes:

- La reacción de congelamiento, observada a partir de los 5 meses se caracteriza por una inmovilidad completa, un congelamiento de la postura, de la movilidad y de la voz.

- Las transformaciones del afecto (inversiones del afecto): sonrisa en lugar de manifestaciones de dolor o de miedo; es muy frecuente en los niños a partir de los 9 meses de edad.

LA ORALIDAD

Signos Negativos Ruidosos	Rechazos alimentarios simples, repetidos, persistentes, con valor simbólico una vez descartada la patología orgánica (reflujos y vómitos resistentes a todo tratamiento clásico).
Signos Negativos Silenciosos	“Cebadura pasiva”. El bebé se deja llenar de comida sin apetito ni placer. Indiferenciación del vínculo, no parece importarle quien lo alimenta. No parecen bebés difíciles; tienen una actitud pasiva.

LA MIRADA

Signos Negativos Ruidosos	Evitación selectiva de la mirada en aumento. Puede limitarse a no mirar el rostro de quien ejerza la función materna, y/o puede evitar todo rostro humano. La mirada como efecto de palabra (17). También es signo de patología grave la persistencia o fijación más allá del segundo semestre de formas normales de inmadurez visual como el estrabismo fisiológico y el nistagmo.
Signos Negativos Silenciosos	No hay colocación de la mirada. El bebé no mira a nadie o a nada en particular. Puede quedar mirando fijamente un objeto (fuente luminosa, ventilador). Imposible captar su mirada. Diagnóstico diferencial con la ceguera.

LA VOZ

Signos Negativos Ruidosos	Gritos inarticulados. Bebés inconsolables. La madre no puede adjudicar un sentido a los gritos del bebé. Dificultades en el diálogo.
Signos Negativos Silenciosos	Desvitalización de la llamada. El bebé no pide, no llama, no demanda. Mutismo total. No confundir con bebés “fáciles”. Vínculo muy perturbado.

EL DORMIR

Signos Negativos Ruidosos	Discontinuidad en el sueño, sin relajación. Dificultad de separación. Investigar la capacidad de separación simbólica, disfuncionalidad familiar.
Signos Negativos Silenciosos	Hipersomnia. Insomnio tranquilo: no duermen, no juegan, no llaman. Parecen abstraídos, el bebé no se conecta, está retraído.

REGISTRO TONICO-POSTURAL

Signos Negativos Ruidosos	Hipertonías / hipotonías. Dificultad en el diálogo tónico-postural entre la mamá y el bebé. Desacoples. Tensión corporal.
Signos Negativos Silenciosos	Balanceos repetitivos. Autoacunamiento. Autosensorialidad. Estereotipias. Dificultad severa en el contacto corporal.

Urgencias: definiciones y paradigmas

Una urgencia psiquiátrica es cualquier perturbación del pensamiento, sentimiento o acción en la que se necesita una intervención terapéutica especializada e inmediata.

Es una situación que lleva a actuar para evitar el sufrimiento psíquico, la angustia y la perturbación conductual que comúnmente acompaña a la crisis.

Las urgencias en los tres primeros años de vida no son urgencias psiquiátricas sino urgencias en salud mental infantil. La caracterización comparativa con la urgencia en el adulto es:

- No hace falta una crisis para que se produzca
- La farmacología y la hospitalización no son intervenciones habituales
- La intervención inmediata requiere siempre la presencia y participación de los agentes de la crianza (pediatras, padres, etc.)

El paradigma de la psiquiatría dominante se basa en la articulación de una tríada conceptual:

1. "Que se puede establecer una clasificación "objetiva" y "a-teórica" de los trastornos mentales basada en criterios diagnósticos como es la de la Asociación Norteamericana de Psiquiatría, el DSM, que hoy está en su versión 5".
2. "Que se puede establecer una relación biunívoca entre cada trastorno, así diagnosticado, y su fisiopatología cerebral".
3. "Que la corrección de cada trastorno, es decir, de su causa cerebral es posible de realizarse por vía de una combinación de psicofarmacología y psicoterapias de tipo cognitivo-comportamental" (19).

Esta concepción no toma en cuenta para la clínica de la Primera Infancia la vincularidad, la dimensión subjetiva del sufrimiento en relación a las determinaciones inconscientes fundamentales en la constitución del sujeto.

Extremos en la clínica del desamparo

Violencias-Abusos-Maltratos-Negligencia

"Al igual que la vida de la mujer, la vida del niño es inferrable, no porque trascienda hacia otro mundo, sino porque se aferra a este mundo y a su propio cuerpo de un modo que los adultos encuentran intolerable" (20)

El *abuso sexual infantil* involucra a un niño en actividades sexuales que no corresponden a su etapa evolutiva, es decir, a su desarrollo psicosexual, siendo un sujeto emocionalmente inmaduro y dependiente, no capacitado para dar su consentimiento a dichas actividades. Se refiere no solo a la penetración oral, anal o vaginal sino también toda forma de toqueteo, exhibicionismo, masturbación, pornografía, o sea *toda forma que sobrepase la pulsión tierna*.

Apoyada en la asimetría que plantea el vínculo adulto-niño se instala una posición dominante, perversa o psicótica, que ubica y somete al niño como objeto de goce.

Según la OMS (21) entre la víctima y el abusador han de existir:

- a) diferencias de poder que conllevan posibilidad de controlar a la víctima física o emocionalmente;
- b) diferencias de conocimientos que implican que la

víctima no pueda comprender cabalmente el significado y las consecuencias potenciales de la actividad sexual; y

- c) diferencia en las necesidades satisfechas: el agresor/a busca satisfacer sus propios impulsos sexuales.

Uno de los factores de riesgo más importante que suele detectarse en la observación del abuso sexual infantil es la edad del niño: menor de 5 años, con rasgos de pasividad, sumisión, introversión, discapacidad. *El desamparo afectivo es el gran factor de riesgo* de anulación del niño como sujeto de necesidades y conflictos. Otros factores son la disfuncionalidad parental, las situaciones traumáticas y la desprotección.

¿Qué sucede en el niño abusado? El abuso sexual produce un grave daño psicológico. El sentimiento de desprotección, un exceso pulsional sintomático que evidencia el posible abuso: conductas regresivas, excitación psicomotora, incremento de la agresividad, trastornos en el sueño, pérdida de control, de autonomía, intensificación de situaciones de apego o rechazo (22).

El 45 % de las niñas/os abusados en los tres primeros años de vida manifiestan una prevalencia importante en el desarrollo de trastornos *borderline* y conductas suicidas.

"De 8 millones de niños que sufrieron alguna forma de abuso sexual, 5 millones son victimizados por algún familiar (23).

Existe una situación particular en la que los padres sospechan situaciones de abuso sin que haya habido certeza del hecho, lo cual abre un espacio para el diagnóstico diferencial entre las proyecciones inconscientes de los padres, la fantasía propia de un niño y la sospecha del acontecimiento.

Síndrome de Münchhausen "por poder" (Münchhausen by Proxy)

Es una compleja forma de maltrato infantil en la que los padres, invariablemente la madre, simula o causa la enfermedad en su hijo (generalmente en niños pequeños que no han accedido aún a la adquisición del lenguaje). La madre, estadísticamente rara vez el padre, puede desde fabricar una historia médica, alterar estudios de laboratorio o tomas de temperatura, hasta causar directamente los síntomas al niño a través de su exposición repetida a toxinas, medicaciones o agentes infecciosos, llegando incluso a provocarle la muerte.

En el Münchhausen por poder, nos encontramos con una situación perversa en la que se articulan diversas posiciones: la ubicación psicótica/perversa de la madre ("psicosis de la función materna"), la posición neurótica del médico, "mediatización del maltrato" (24), y la posición de dependencia absoluta del niño pequeño. Es notoria la falla de la función paterna.

"Los datos aportados por la literatura, encuadra su clínica en niños menores de cuatro años de edad, sin predilección de sexo, con tiempo transcurrido desde el comienzo de la sintomatología hasta el diagnóstico variable, generalmente largo, con un promedio de 21,8 meses. En un 25% se conocían hermanos muertos y en un 61,3% la existencia de enfermedades similares o haber presentado sospecha de Síndrome de Münchhausen by Proxy. La madre fue causante del 76,5% de los casos" (25).

Existe una prevalencia entre este cuadro y el suicidio materno. La eficacia de la pulsión de muerte freudiana

En el niño	En el adulto maltratador
Síntomas de difícil encasillamiento en un cuadro clínico específico.	Habitualmente la madre, que no manifiesta preocupación.
Inexplicada persistencia y versatilidad que llevan a una elaboración diagnóstica desordenada, compleja e inconsistente.	Los signos y síntomas no ocurren en ausencia de la madre.
Antecedentes familiares de muerte infantil no aclarada, miembros que alegan enfermedades graves.	Rehúye dejar solo al niño.
Exámenes complementarios discordantes con el estado de salud.	Establece estrechas relaciones con los médicos y enfermeras.
Ausencia de casos similares.	Posee conocimientos o antecedentes de profesión sanitaria.
Tratamientos ineficaces o mal tolerados.	Presencia de trastornos psiquiátricos.

que aspira al reposo absoluto (26), establece en el sujeto la oscilación entre homicidio y suicidio.

El modelo de intervención tanto en abuso como en maltrato es la creación de un equipo interdisciplinario formado para poder asistir desde el comienzo a un cuadro en el que el secreto, el exceso, la falta de demanda, la confusión, la complicidad, generan una situación de urgencia a la que se le deberá garantizar además de la terapéutica, una alternativa judicial muchas veces resolutive y una puerta de entrada hospitalaria como indicación complementaria al dispositivo terapéutico.

Conclusiones: el desafío de la formación

Es urgente la formación del campo pediátrico, psicoterapéutico y educativo a cargo de profesionales de la salud mental. La detección precoz de los signos de alarma y de los cuadros psicopatológicos antes mencionados permite la intervención inmediata. Es una práctica que requiere escuchar el detalle y la singularidad, que no responde a un protocolo preestablecido, a veces forzando “el olvidar lo que se sabe” teniendo en cuenta las contratransferencias, siendo creativos, inventivos y disponibles a la hora de articular saberes. ■

Referencias bibliográficas

- Gorodisch R. Entrevista a Salvador Celia, *Vertex Rev. Arg. de Psiquiat.* 2003, XIV,54: 299-304.
- Machain JE. Infancia, adolescencia y cambio Social. En *Actas del V Congreso Mundial por los derechos de la infancia y la adolescencia*. San Juan, Argentina; 2012.
- Aries Ph. El niño y la vida familiar en el antiguo régimen. Buenos Aires: Taurus, 1992.
- Fernandez AM. Las lógicas colectivas: imaginarios, cuerpos, multiplicidades. Buenos Aires: Biblos, 2007.
- Untoiglich G. En la infancia los diagnósticos se escriben con lápiz. Buenos Aires: Noveduc, 2015.
- Lacan J. Seminario X La Angustia. Buenos Aires: Paidós, 2006.
- Soler C. Lo que queda de la infancia. Buenos Aires: Letra Viva, 2015.
- Brazelton T. La relación más temprana: padres, bebés y el drama del apego inicial. Barcelona: Paidós, 1993.
- Lacan J. Seminario XI: Los 4 conceptos fundamentales del psicoanálisis. La pulsión y sus circuitos, Capítulo XIV. Buenos Aires: Paidós, 1964.
- Lacan J. Escritos 1. El estadio del espejo como formador de la función del yo (je) tal como se nos revela en la experiencia psicoanalítica. Buenos Aires: Siglo XXI, 2002, 99-107.
- Le Gaufey G. El Lazo especular. Un estudio travesero de la unidad imaginaria. Buenos Aires: Edelp, 1998.
- Lamour M. Souffrances des bébés exposés à des défaillances parentales graves: stratégies adaptatives précoces. *Manuel de Psychopathologie du bébé et de sa famille*. Paris: La pensée sauvage, 2010, 245-270.
- Crespin G. L'épopée symbolique du nouveau né. De la rencontre primordial aux signes de souffrance précoce. Paris: Eres, 2016.
- Guedenay A, Charron J, Delour M, Fermanian J. L'évaluation du comportement de retrait relationnel du jeune enfant lors de l'examen pédiatrique par l'Echelle d'Alarme Detresse Bébé (ADBB). *La Psychiatrie de l'Enfant*, VXLIV, 1, 2001. p 201-231
- Armus M, Oliver M, Duhalde C, Woscoboinik N. Desarrollo emocional, clave para la primera infancia, de 0 a 3 [Internet]. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF. Fundación Kaleidos). 2012. [Internet]. Disponible en: http://www.unicef.org/argentina/spanish/Desarrollo_emocional_0a3_simples.pdf.
- Armus M, Factorovich M, Woscoboinik N. “Mirar Y Prevenir. Manual para la Supervisión de la Salud de niños, niñas y adolescentes”. Comité Nacional de Pediatría General Ambulatoria, Sociedad Argentina de Pediatría. Buenos Aires: Ed. Fundasap, 2010.
- Laznik MC. Les effets de la parole sur le regard des parents, fondateur du corps de l'enfant. Actes du colloque «*Les parents, le pédiatre et le psychanalyste*». Paris: PAU 1995 256-265.
- Fraiberg S. Mécanismes de défense pathologiques au cours de la petite enfance, *Devenir*, 1993, 5; 1: 7-29.
- Stagnaro JC, Reportaje “Relatos de la clínica”, [Internet] Disponible en: <http://www.psicomundo.com/relatos/reportajes/stagnaro.html>. Buenos Aires, 2001.
- Agamben G. For a Philosophy of Infancy. *Public*, 21, 2001, Public Access Collective, Toronto, pp. 120-122.
- Informe sobre salud en el mundo: *Salud mental nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*. Organización Mundial de la Salud. 2001. [Internet] Disponible en: http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_es.pdf?ua=1
- Intebi I. Abuso sexual infantil: en las mejores familias. Buenos Aires: Granica, 1988.
- Rozanski C. “Abuso sexual infantil: ¿denunciar o silenciar?”, Buenos Aires: Ed. Vergara, 2007.
- Armus M, Morici S. Una aproximación a los fenómenos intersubjetivos en juego en el Síndrome de Münchhausen por poder, *Coloquio Medicina y Psicoanálisis*, Universidad Paris VII, 2002.
- Shapiro R, Farst K, Chervenak C. Child abuse. In: Raker RE, Raker DP, eds. *Textbook of Family Medicine*. 9th ed. Philadelphia: Elsevier Saunders; 2016:chap 24.(Medline Plus).
- Freud S. Más allá del principio del Placer. Buenos Aires: Amorrortu. Tomo XVIII, 200.

Consideraciones clínicas sobre los efectos traumáticos del Abuso Sexual Infantil (ASI) en pacientes adolescentes

Mauro Pinelli

*Licenciado en psicología, psicoanalista
Miembro del equipo asistencia del CIENA
(Centro Integral Especializado en Niñez y Adolescencia), CABA
Coordinador de la UTEMIJ (Unidad Especializada en Maltrato Infanto Juvenil),
Consejo de Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes, GCABA
E-mail: mauropinelli2003@yahoo.com.ar*

Resumen

El Abuso Sexual Infantil (ASI) puede manifestar síntomas recién en la adolescencia por efecto de la resignificación de la sexualidad infantil, propia de ese momento vital. Como consecuencia del desarreglo de las pulsiones y de las identificaciones que ocurre en la adolescencia en los casos de ASI puede advenir un trauma que extreme las posibilidades de tramitación del aparato psíquico. Este fenómeno puede presentarse incluso en el transcurso de un tratamiento psicoterapéutico. El acting out que se revela en transferencia, llama a que el analista reubique el padecimiento de su paciente.

Palabras clave: Abuso sexual - Adolescencia - Resignificación - Acting out - Transferencia.

CLINICAL CONSIDERATIONS ABOUT TRAUMATIC EFFECTS OF SEXUAL ABUSE IN ADOLESCENTS

Abstract

Sexual abuse, even when it occurs during childhood, may manifest symptoms only in adolescence by the effect of the resignification of infantile sexuality, characteristic of that vital moment. In cases of child sexual abuse, in the face of the disruption of impulses and identifications that occurs in adolescence, there can be trauma that limits the possibilities of processing the psychic apparatus, even in the course of a psychotherapeutic treatment. The acting out reveals itself in transference, it calls for the analyst to relocate the suffering of his patient.

Key words: Sexual abuse - Adolescence - Resignification - Acting out - Transference.

Introducción

Es importante tener en cuenta que al hablar de maltrato infantil, hacemos referencia a un modo particular de la violencia que se inscribe en el vínculo entre un niño, una niña o un/a adolescente con los otros significativos, en el marco de relaciones asimétricas de poder y autoridad (1).

Cuando en ese vínculo se instala el maltrato infantil -por acción u omisión y en cualquiera de sus tipos, sea físico o psicológico, por negligencia o abandono- dejará marcas en el psiquismo del niño con alto potencial de producir un daño en su proceso de subjetivación, afectando los modos de vinculación con los otros, con el mundo y sus objetos.

Ahora bien, la mayor parte de los casos de Abuso Sexual Infantil (ASI), ocurren en el ámbito intrafamiliar y, por ende, se produce una situación muy particular. Mediante la transgresión de la prohibición del incesto el niño queda en el lugar de un objeto para la satisfacción sexual de aquel adulto que, al mismo tiempo, ejerce algún tipo de autoridad sobre él. La función de cuidado queda desmentida por el adulto abusador, ocasionando una gran confusión en el psiquismo infantil que se ve obligado a resolver de alguna manera ese tratamiento inadecuado y ambivalente que recibe. Además, sobre ese mismo adulto que abusa sexualmente, muy probablemente recaigan algunas de las identificaciones que el niño necesita para la conformación de su yo y del narcisismo. Por eso mismo, dado el valor *des-subjetivante* y *cosificador* que tiene el abuso sexual infantil, debido al trastocamiento del orden simbólico que regula el vínculo parental, debe ser siempre considerado una situación de alta vulnerabilidad o de riesgo grave para quienes lo sufren. Por supuesto que esto trae muchas veces consecuencias inmediatas en el psiquismo infantil. La enuresis y la encopresis, las conductas hipersexualizadas, los terrores nocturnos, el fracaso escolar, etc., son manifestaciones y efectos observables que pueden leerse como indicadores de sospecha de ASI. Estos signos, aun cuando no fueran acompañados por un relato por parte del niño/a, debieran despertar el alerta de los profesionales respecto de las hipótesis diagnósticas.

Hay muchos casos de ASI en los que pueden suspenderse las manifestaciones sintomáticas hasta la pubertad o la adolescencia, e incluso en muchos de ellos hasta la adultez. Esto se debe a que, como nos enseña el psicoanálisis, la sexualidad humana se compone de dos tiempos. Es decir, hay un primer tiempo de la sexualidad infantil que luego recae en un período de latencia, aquel que coincide con la edad del inicio de la escolaridad primaria, y que permite por el apaciguamiento de las pulsiones sexuales, ingresar, por ejemplo, en la lectoescritura y abordar los procesos de aprendizaje. Este período de latencia culmina cuando se inicia la pubertad, que es cuando se reaviva toda la cuestión sexual, momento en el que la genitalidad adquiere primacía, tanto en varo-

nes como en mujeres, ubicándose en primer plano los cambios en el cuerpo y en el psiquismo, que tiene que arreglárselas para acompañar eso que Freud llamó muy bien "la metamorfosis puberal" (2). Es una especie de revolución, en donde se producen muchos cambios a nivel somático, y a su vez representa para cada sujeto un segundo tiempo en el que se reafirman las identificaciones femeninas o masculinas y comienza a definirse la elección de lo que será su objeto amoroso, es decir todo el proceso de sexuación.

Entonces, cada sujeto adolescente se encuentra frente algo que le ocurre, que irrumpe y que desconoce, al menos desde el campo de la experiencia. Esa metamorfosis implica el armado de un nuevo cuerpo (3) y el sujeto tiene también que rearmar las imágenes mentales de ese cuerpo, ir reconociéndolo, y además encontrar un lugar en un mundo que ya no aparece garantizado por la seguridad y la confianza depositada anteriormente en los padres, cuidadores y educadores; porque otras de las características de ese momento vital es la caída de los ideales y el debilitamiento de esas primeras identificaciones que sostuvieron firmemente las referencias durante la infancia.

En este segundo momento, no se trata de un empezar desde cero, sino que aquello que permanecía adormecido, la sexualidad infantil, retorna ahora con la posibilidad de ser resignificado, renovándose las elecciones de tipo inconsciente, para lo que se utiliza en parte el material que proviene de lo que fueron las vivencias infantiles tempranas y en parte las identificaciones actuales de las que pueda servirse. A partir de la perspectiva freudiana podemos afirmar entonces, que la adolescencia es una respuesta, incluso un síntoma en sí misma (4), que cada sujeto intenta darse, ante esa encrucijada representada por un movimiento de renovación (5) frente a los impulsos sexuales que empujan al cuerpo y al psiquismo a hacer algo con ella.

En este punto es posible ubicar que el abuso sexual sufrido en la infancia, aun cuando no haya presentado síntomas en esa etapa, tiene muchas chances de manifestarse durante la adolescencia como un acontecimiento traumático que supere las defensas psíquicas con las que de otra forma se hubiera podido afrontar este segundo tiempo de la sexualidad. Otras veces, la intensidad de la propia defensa es lo que se torna patológico, los fenómenos disociativos, con los que se evita el recuerdo ominoso de la experiencia tienen un alto precio, empobrecen el funcionamiento del psiquismo o lo alteran de modo tal que hasta pueden asemejarse a episodios psicóticos.

Por esto mismo es necesario pensar las tácticas y estrategias en la atención de niños con derechos altamente vulnerados, lo cual proponemos contextualizar con la referencia a los tratamientos de dos adolescentes, de entre 15 y 17 años de edad, que se animaron al encuentro con un otro, en este caso su analista, trayendo a ese encuentro lo que en su singularidad insiste, y a la

vez resiste, frente a la posibilidad de asumirse como sujetos deseantes.

Vale aclarar primero dos cuestiones, una en relación a la institución desde la cual se llevaron adelante los tratamientos y otra en relación a esa demanda que dio inicio a la atención en cada caso. El hecho de que una institución se denomine a sí misma especializada, en este caso en el maltrato Infanto - juvenil, permite aportar a la visibilización de la temática, presupone un compromiso ético y profesional con el paradigma de protección integral de derechos y con la formación y capacitación constante de los profesionales que la integran; marco que la misma institución de alguna manera debe propiciar. Por otra parte, responde también a un ideal de la época, que ordena y reclama que sean especialistas quienes se ocupen de la salud. Vale señalarlo por el riesgo que conlleva etiquetar con la nomenclatura especializada cualquiera de las formas de padecimiento humano. Así podríamos caer en el equívoco de designarlos como niños maltratados, abusados o abandonados, que son rótulos que pueden cristalizar ya desde el comienzo, algo que los propios sujetos, que intentan acceder a un espacio terapéutico, no tienen aún resuelto ni elaborado.

Por otra parte, también cabe señalar que, habitualmente, el tratamiento para un niño o un adolescente es solicitado por algún adulto de su referencia, quien ubica motivos propios para esa demanda. Puede ocurrir que, luego, esos motivos de los adultos no coincidan con los propios del paciente. Es decir que habrá que tomarse el tiempo para escuchar y delimitar esa demanda, diferenciarla del discurso del adulto y trabajar con ella, y muchas veces con ambas.

A continuación intentaremos ilustrarlo mediante algunos fragmentos de los tratamientos que fueron tomados de la propia clínica, dando testimonio de un encuentro particular, tanto como lo es cada uno de los encuentros posibles.

Viñetas clínicas

Alejandra, una adolescente de 15 años de edad, vivía en un hogar convivencial y llamaba la atención de sus cuidadores por su desobediencia a las normas institucionales, sus actitudes desafiantes, que se expresaban con el desorden en su habitación, las malas contestaciones, los gritos y algunas otras respuestas con las que se las ingeniaba para desordenar el campo del Otro y diferenciarse de aquello que se esperaba que ella hiciera. Esto era leído por la institución como una insistencia al autoboicot con el que Alejandra arruinaba, según entendían, todas las relaciones que emprendía. Fue así como en su caso, no demandaban un tratamiento sino que solicitaban la evaluación del estado de su salud mental para que se evaluara asimismo la posibilidad de un cambio de dispositivo de alojamiento convivencial a otro dispositivo de alojamiento con atención terapéutica especializada.

Por su parte, Brian, un adolescente de 17 años de edad, alojado en otra institución, un hogar convivencial para adolescentes varones, se presentaba de un modo totalmente diferente. Era ordenado y colaborador, con respeto al encuadre institucional y tenía buena relación con sus amigos y con su novia. En su caso, era exactamente lo contrario lo que preocupaba a los adultos de la institución que lo alojaba, que leían sus conductas como una sobreadaptación; y en eso que observaban basaban el pedido de un tratamiento psicológico.

¿Cuál debía ser entonces la propuesta clínica y terapéutica a seguir? En principio, la de apartarse del ideal de reeducación que el andamiaje institucional parecía esperar de los tratamientos que solicitaban. Eran, en verdad, dos casos con muy buenas coordinadas previas para empezar a trabajar porque en ambos casos estos pacientes habían sido "protegidos", o sea que pudieron detectarse y denunciarse la existencia de situaciones de malos tratos hacia ellos, y particularmente el abuso sexual intrafamiliar del cual fueron objeto durante la infancia, por lo cual el sistema de protección integral de derechos los acompañó, adoptando medidas excepcionales (6) que permitieron separarlos de las familias y alojarlos en ámbitos alternativos en los cuales vivir y desde donde pudieran continuar con los aspectos cotidianos de su vida. A su vez, los dos habían tenido experiencias psicoterapéuticas previas y aún así estaban dispuestos a intentarlo de nuevo.

Por supuesto, ambos fueron revelándose durante sus respectivos tratamientos como jóvenes muy diferentes a la forma en la que habían sido presentados: poseían interesantes recursos simbólicos y mostraban disposición a sostener el tratamiento y el trabajo terapéutico. Otra de las coincidencias por las que se seleccionaron ambos casos a los efectos de este trabajo es que, durante sus tratamientos, y ya avanzados los mismos, presentaron lo que en psicoanálisis se denomina fenómenos de "acting out", algo que el sujeto muestra en la conducta (7) y que constituye una demanda inconsciente a que el Otro responda, frente a la angustia desbordante. Angustia que si bien es propia de la adolescencia, se intensificaba de una manera insoportable para ellos al tomar prevalencia ese lugar de objeto al que quedaban identificados, con la marca del goce del otro impuesto sobre sus cuerpos. Es decir que esos actos abusivos sufridos en la infancia, adquirían su valor traumático actual a partir de la conexión con algún hecho contingente. Nuevamente la resignificación, y la temporalidad *a posteriori*, indicaban los tiempos del psiquismo y de los actos, en donde la urgencia y los desbordes se desplegaban en escenas como un llamado al Otro, constituyendo un pedido de simbolización. Ante esto, el analista no tiene ninguna chance de hacerse el distraído y debe saber que en buena parte ese pedido va dirigido hacia él, con una demanda que llama a ubicar nuevamente el padecimiento de ese sujeto, que es su paciente. Sobre esto mismo volveremos luego para

situar algunos aspectos singulares en los casos de estos jóvenes pacientes.

Alejandra casi nunca faltaba a las sesiones y si lo hacía avisaba previamente. Su modo de presentación se caracterizaba por una desconfianza y descreimiento hacia los adultos del hogar, a veces con razón, pero que en sí mismo entrañaba un desplazamiento de lo que para ella constituía la dramática del texto con el que bordeaba su historia de abuso sexual. ¿Cómo había sido posible que su madre no la protegiera y, más aún, hubiera elegido continuar conviviendo con el hombre, su padrastro, que había abusado de ella? Pese a que Alejandra ensayaba una y otra vez diferentes respuestas, no lograba salir de la justificación que encontraba en la historia del abuso sexual infantil sufrido por su propia madre, quien no habría contado con la posibilidad de la protección, como sí le había sucedido a ella. Esta situación daba cuenta a su vez, del carácter transgeneracional que conlleva el abuso sexual por el cual, en su repetición, son las víctimas las que pagan con sentimientos de culpabilidad y vergüenza. Alejandra evitaba el encuentro con cualquier chico de su edad pero sin embargo comenzaba a hablar de ello en su tratamiento. La vergüenza, funcionaba en ella como un dique con el que intentaba inhibir el deseo sexual y estabilizarse frente al desborde pulsional, a costa de rehuir la propia femineidad y así sostenerse en ser la niña desobediente. El problema es que se trataba ya no solo de una barrera para el encuentro con el otro sino del rechazo a su propio cuerpo erogeneizado, y eso conformaba su verdadero síntoma, la demanda subjetiva que la traía al tratamiento.

Brian por su lado, buscaba sostener un equilibrio psíquico entre los ideales anarquistas con los que se identificaba en la militancia política y la regulación extrema que marcaba en sus encuentros sexuales, mediante prácticas de disciplinamiento, en donde cada acto debía ser autorizado y pautado previamente con su *partenaire*, de un modo muy ordenado. La sexualidad enmarcada en un contrato que tornara todo previsible, como un límite imaginario que le garantizara ilusoriamente el comando del placer y el manejo del dolor frente al encuentro con el otro sexo. Un control a rajatabla cuyo fin era evitar que las manifestaciones tiernas se tornaran sorpresivas fuentes de angustia. Frente a tanta rigidez, una caricia imprevista podría resultar de lo más amenazante; de esa manera Thánatos acechaba, escondido detrás de Eros. Mientras tanto él circulaba por la vida con un semblante omnipotente, como quien tuviera todo resuelto, salvo por las dificultades que él reconocía para vincularse con su madre y con su padrastro y el temor a que a su hermano más pequeño le ocurriera algo similar a lo vivido por él.

Los respectivos *acting out*, en los que tanto Alejandra como Brian fantasearon con la posibilidad de acabar con el sufrimiento psíquico de una sola vez, con ideaciones de muerte, hicieron necesario durante un tiempo, que varió con cada uno de ellos, aumentar el

número de sesiones semanales e intentar rearmar y fortalecer las redes de contención afectiva con la que cada uno pudiera contar. Se revelaron también como puntos de inflexión en sus tratamientos a partir de los cuales, pudieron formularse nuevas preguntas. Para Brian los intentos de mantener relaciones sexuales marcadas por el control y las prácticas de disciplinamiento ya no eran suficientes para sostener a raya la duda que lo angustiaba. “¿Soy un perverso como lo fue mi papá?” se preguntaba. “¡No! -se respondía- mis prácticas siempre son consensuadas”. Pues, lo que no había sido consensuado era el abuso sexual del que fue víctima a sus 5 años por parte del padre biológico.

Para Alejandra, terminar el secundario e iniciar la universidad, la confrontaba con la ruptura de la historia familiar, y con la separación de la figura materna a la que había intentado conciliar y sostener en la esperanza de un reencuentro para el que ya no había lugar. Se trataba justamente de encontrarse con el desencuentro, pero no en soledad. Paradoja que debe ser soportada en la transferencia analítica y que otorga un borde para que el sujeto la transite, sosteniéndose en él.

En la adolescencia se jugaba para ambos algo más que la caída de las identificaciones infantiles, si desprenderse de ellas siempre conlleva una dosis de dolor, lo que conocemos como crisis adolescente, en sus casos veíamos ese efecto traumático del abuso sexual, del que tanto se suele hablar. El *acting out*, era actuar una salida, una representación sin palabras, el impulso a tirarse de un puente, a envenenarse, a dejarse caer, anticipos de lo que en los tratamientos finalmente se iba a tratar, se iba a hacer entrar, para ella consistió en soltarse del otro materno que la signaba en el lugar del desamor, para él fue dar lugar a la duda aterradora que lo atormentaba cuando se encontraba parecido aunque mas no fuera en algún rasgo, a ese hombre a quien no podía llamarse padre. Otras figuras empezaron a tener lugar para acompañarlos en la vida, en la autonomía guiada que aún necesitaban, padrinos y madrinas, un padrastro, quienes se sintieron dispuestos a sostenerse como referentes, aun frente a los desafíos y desplantes que los adolescentes les iban a dirigir. El tratamiento ahora también acompañaba en la modulación de esas relaciones, en situar sus conflictos con ellos, discutirlos, ayudarlos a encontrar nuevos horizontes y nuevos límites junto a esos otros, que cumplían tan importante función y se mostraban a la altura de ello.

El *acting out* puede ser entonces entendido, como el modo en que un sujeto afronta lo enigmático de la sexualidad que desarregla el cuerpo y cuestiona las identificaciones, aun cuando el trauma por el abuso sexual haya tenido lugar. Cuando ocurre en el marco de un tratamiento es un tiempo para que el analista lea allí una demanda, ya no solo desde el lugar que cree ocupar en la transferencia. Necesitará tener la plasticidad suficiente para que ese marco tome las distintas formas que puedan alojar lo que del trauma se reactualiza y que se

muestra como tal, por fuera del campo de la palabra, por fuera también de la manifestaciones del inconsciente. Se trata de crear un borde al campo pulsional, a partir del deseo de sostenerse en la dirección de la cura, que de lugar a nuevas investiduras para ese sujeto, las que sean posibles.

Tanto para Brian como para Alejandra, la asunción de la posición sexuada, masculina y femenina, encontró entonces una vía posible, con menor padecimiento. La decisión subjetiva de cada uno de ellos permitió que los tratamientos tuvieran lugar, para afrontar los efectos traumáticos que se revelaban en las preguntas trascendentales formuladas en términos de *Quién soy yo* y *Qué soy yo para el Otro*. El pasaje por el análisis constituyó la posibilidad de armar un síntoma propio, ubicando el padecimiento psíquico dentro de otras coordenadas, que permitieran sostener los proyectos vitales e ir más allá del goce mortificante impuesto por el abuso sexual.

Cabe destacar, que en ambos casos, fueron las escuelas los lugares en los que primeramente se escucharon sus relatos sobre el ASI y que posibilitaron la detección y

la denuncia, y que estos dos jóvenes tuvieran la posibilidad de rearmar sus vidas, con destinos que trascendieran los lugares asignados en las relaciones tempranas familiares, marcadas por el maltrato y el abuso.

Reflexión final

Entonces, podemos concluir que la tarea como profesionales es crear estrategias, es tratar de inventar algo, para cada cual, con cada niño, con cada adolescente, desde la función particular de cada uno, con el fin de alojarlos y acompañarlos en la transición entre la niñez, la adolescencia y la adultez. Siguiendo al psicoanalista francés Eric Laurent, es ofrecer un espacio que permita a cada uno encontrar su propia respuesta, "*para que reinventen a su Otro después de un trauma y se pueda ayudar a un sujeto a reencontrar la palabra*" (8). Se trata entonces de valorizar la particularidad de los actos y escuchar la palabra más singular y subjetiva. ¿De qué manera? posiblemente acompañándolos en la búsqueda de ese nombre propio y singular que los oriente en algún sentido. ■

Referencias bibliográficas

1. Unidad Técnica Especializada en Maltrato Infante Juvenil (UTEMIJ). *Maltrato Infante Juvenil, marco conceptual*. Buenos Aires: UTEMIJ/Consejo de los derechos de niños, niñas y adolescentes (CDNNyA/ GCABA), 2012.
2. Freud S. Tres ensayos para una teoría sexual. Obras Completas, Vol VII. Ed. Amorrortu. 1979.
3. Díaz G, Hillert R. El tren de la adolescencia. Buenos Aires: Lumen, 1998.
4. Steven A. La adolescencia, síntoma de la pubertad. *Le feuillet du courtil* N°15, 1998.
5. NotiCIEN. La adolescencia y sus vacilaciones, 2006.
6. Ley Nacional 26061 de Protección Integral de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes, art. 40.
7. Lacan J. Seminario X: La angustia. Buenos Aires: Paidós, 1962.
8. Laurent E. El revés del trauma. *Virtualia* N° 6. 2002.

Internación por intentos de suicidio en un hospital infantil

Paula Tagliotti

*Médica residente cuarto año, Servicio de Salud Mental,
Hospital Materno Infantil (HIEMI), Mar del Plata, Argentina*

Natalia Canessa

*Médica, residente segundo año, Servicio de Salud Mental,
HIEMI, Mar del Plata, Argentina*

Bárbara Darling

*Médica pediatra especialista en Psiquiatría Infantojuvenil,
Servicio de Salud Mental HIEMI, Mar del Plata, Argentina
E-mail: barbidarling@hotmail.com*

Resumen

El objetivo del presente trabajo es describir características de niños y adolescentes internados con diagnóstico de intento de suicidio. Se realizó un estudio observacional descriptivo transversal en base a revisión de historias clínicas para determinar características de la población internada en el Hospital Materno Infantil (HIEMI) de la ciudad de Mar del Plata, Argentina, en el período de abril 2014 a diciembre 2015 con diagnóstico de intento de suicidio. Se describe sexo, edad, métodos de autoagresión, requerimiento de Unidad de Tratamientos Intensivos (UTI), internaciones previas por reintento, antecedentes de tratamiento psicopatológico, antecedentes de abuso sexual y antecedentes familiares de primer grado de patología psiquiátrica. Resultados: 64 niños y adolescentes fueron internados por intento de suicidio en el período mencionado. El 79,68% fueron mujeres y mayores de 13 años. El 23,43% se trató de reintentos. El 12,5% utilizó métodos de alta letalidad como armas de fuego y ahorcamiento, el 84,37% métodos de baja letalidad como ingesta de psicofármacos y lesiones cortantes autoinfligidas y el 6% requirió permanencia en UTI. De toda la población estudiada el 50% se encontraba realizando algún tipo de tratamiento psicopatológico, el 14% presentaba antecedentes de abuso sexual y el 48,4% presentaban antecedentes familiares de enfermedad psiquiátrica. Se utilizaron con mayor frecuencia métodos de baja letalidad en mujeres entre 13 y 14 años.

Palabras clave: Urgencias psiquiátricas - Psiquiatría infanto-juvenil - Intento de suicidio - Métodos de suicidio.

HOSPITALIZATION FOR ATTEMPTED SUICIDE IN A CHILDREN'S HOSPITAL

Abstract

The objective of the study is to describe characteristics of children and adolescents hospitalized with a diagnosis of attempted suicide. A descriptive cross-sectional observational study based on review of medical records to determine characteristics of the institutionalized population in the Hospital Materno Infantil (HIEMI) city of Mar del Plata, Argentine, in the period April 2014 to December 2015 who were admitted under the diagnosis of suicide attempt. Sex, age, methods of self-harm, UCI requirement, previous hospitalizations for retries, psychopathological history of treatment, sexual history and family history of first-degree abuse of psychiatric disorders is described. 64 children and adolescents were hospitalized for attempted suicide in the period. The 79.68% were female and over 13 years. 23.4% were treated retries. 12.5% used highly lethal methods such as firearms and hanging, 84.37% low lethality methods as sharp intake of psychotropic drugs and self-inflicted injuries and 6% required stay in ICU. 50% of the study population were under some kind of psychopathological treatment, 14% had a history of sexual abuse and 48.4% had a family history of psychiatric illness. Methods of low lethality as ingestion of psychotropic drugs and self-inflicted injuries cutting were more commonly used in women aged 13 to 14 years.

Key words: Psychiatric emergencies - Child and adolescent psychiatry - Attempted suicide - Methods of suicide.

Introducción

“La tentativa de suicidio en el adolescente -en opinión de F. Dolto- se emparenta con una fuga: una fuga en el interior de uno mismo, una fuga fuera del comportamiento habitual. El fantasma del suicidio es inevitable, es imaginario por lo tanto natural. Lo mórbido es el deseo de terminar” (8).

Según datos de la UNICEF la primera causa de mortalidad en adolescentes entre 10 y 19 años se debe a causas externas, 61%, de las cuales, el 21% del total, corresponden a suicidios (12).

Es importante saber que las conductas suicidas infantojuveniles son actos que se expresan en un *continuum* o proceso que atraviesa diferentes etapas progresivas: la ideación de muerte, los deseos de morir, la ideación de suicidio, el plan suicida, la crisis suicida y el acto deliberado de morir (1,8, 15).

La ideación suicida implica pensamientos y verbalizaciones recurrentes de autolesionarse o provocarse la muerte. El intento de suicidio es un acto realizado por la persona en forma deliberada contra sí misma, sin llegar a tener como resultado la muerte. Este último punto, la intencionalidad de matarse, plantea dificultades ya que en el niño el concepto de muerte y la intencionalidad del acto se constituyen junto con el desarrollo evolutivo y cognitivo de la persona. En los niños, la comprensión de la irreversibilidad de la muerte no está presente antes de los 8 años (1, 13).

Finalmente, el suicidio consumado es el acto autoinfligido por la persona que resulta en su propia muerte. Aun así, en ocasiones se presentan conductas autoagresivas en niños menores, asociadas a trastornos psicopatológicos del espectro de la impulsividad o a la vida en el seno de familias muy desorganizadas, lo cual implica un riesgo para la vida del niño sin conciencia e intención del acto que realiza (13).

La autolesión no suicida merece especial mención ya que, según el DSM 5, es un comportamiento aprendido que se inicia en la adolescencia temprana como consecuencia de la observación o recomendación de otra persona. La característica esencial de la autolesión es que el individuo se inflige lesiones superficiales aunque dolorosas en su propio cuerpo de manera repetida, con el propósito de reducir las emociones negativas como la tensión, la ansiedad y el autorreproche o, en algunos casos, como un autocastigo merecido. Sea cual fuere el motivo la sensación de alivio es inmediata durante el proceso.

El objetivo general de este trabajo es describir la frecuencia de las internaciones por intento de suicidio en adolescentes de 10 a 15 años de edad en el Servicio de Salud Mental de del Hospital Materno Infantil (HIEMI), de la ciudad de Mar del Plata, Argentina, según sexo, edad y método utilizado e identificar los factores de riesgo asociados.

Materiales y métodos

Se realizó un estudio observacional descriptivo transversal en base a la revisión de historias clínicas en una

población de pacientes menores de 15 años que se internaron en el HIEMI desde el mes de abril de 2014 al mes de diciembre de 2015, con diagnóstico de ingreso de Intento de Suicidio (IS). En dicho hospital se internan menores de 15 años. El IE constituyó el 19.39% del total de internaciones en el Servicio de Salud Mental. Las variables estudiadas en cada caso fueron: edad, sexo, método de autoagresión, tratamiento psicopatológico previo, antecedentes familiares en primer grado de patología psiquiátrica, antecedentes de abuso sexual y requerimiento de UTI durante la internación. Para el análisis se utilizó el programa epiinfo 7. Se realizó un análisis descriptivo de las variables calculando media o mediana para datos cuantitativos (con Rango o RI) y proporciones con intervalos de confianza del 95% para datos categóricos.

Resultados

En el período mencionado fueron internados por intento de suicidio 64 niños y adolescentes.

El 79,68% [IC 95%(66,77%-88,72%)] fueron mujeres mayores de 13 años [x13,29].

El 23,44% [IC 95%] se trató de casos de reintentos.

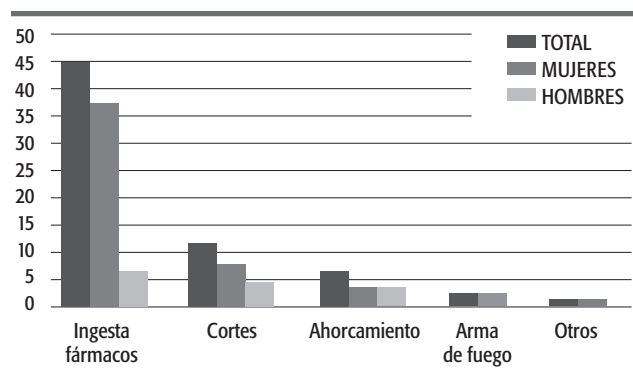
El 12,5% [IC 95%(5,55%-23,15)] utilizó métodos de alta letalidad como armas de fuego y ahorcamiento, el 87,5% [IC 95%(55,94-79,76%)], cortes (8,90%-28,68%) y otros métodos (0,04%-8,40%) de baja letalidad como ingesta de psicofármacos y lesiones cortantes auto-infligidas (ver Tabla 1). Se utilizaron con mayor frecuencia métodos de baja letalidad en mujeres con una edad de entre 13 y 14 años.

El 6,25% [IC 95% (1,73%-15,24%)] requirió permanencia en Unidad de Cuidados Intensivos.

El 50% de los menores estudiados se encontraba realizando algún tipo de tratamiento psicopatológico.

El 14% presentaba antecedentes de abuso sexual y el 48,4% presentaban antecedentes familiares de enfermedad psiquiátrica.

Tabla 1. Métodos utilizados



Discusión

Los suicidios consumados son más frecuentes en varones, se cree que hasta cinco veces más, hay auto-

res que explican este hecho a su mayor agresividad e Impulsividad (1, 5, 9, 14, 15). Las ideaciones y las tentativas son tres veces más comunes en mujeres. Se piensa que esa discrepancia se debe al método usado (armas de fuego vs. ingesta) (1, 5, 9, 15). Sin embargo, hay datos que indican que las mujeres están empezando a usar armas de fuego con mayor frecuencia. Nuestra muestra es coincidente con la bibliografía actual y apoya el dato antes mencionado; se encontraron 6 casos con uso de armas de fuego de las cuales la mitad fueron mujeres.

En nuestro estudio los IS se dieron con más frecuencia entre los 13 y 15 años, coincidiendo con estudios que demuestran un claro aumento de la tentativa de suicidio con la llegada de la pubertad (12, 14). Podría explicarse esta mayor frecuencia en adolescentes de la mencionada franja etaria con respecto a edades inferiores, debido a que estos últimos presentan menor tasa de patología afectiva, mayor dependencia del grupo familiar y menor capacidad de planificación cognitiva.

Asimismo, es necesario considerar que la investigación clínica ha confirmado la existencia de ideas de muerte e intentos en niños prepuberales (2, 3, 4). En nuestra muestra detectamos 4 casos en niños con edades entre 10 y 12 años.

Está probado que tanto la ideación como los intentos de suicidio en niños son predictores de riesgo de suicidio en edades posteriores. Se conoce que la tasa de suicidios en niños pequeños se ha duplicado desde 1960 (12), aunque este fenómeno puede deberse a que anteriormente se subestimaba el suicidio de niños pequeños y en las décadas recientes ha mejorado el registro a partir de la superación de ese prejuicio.

La bibliografía afirma que la conducta suicida se presenta dentro de un *continuum*, considerando la ideación suicida como un factor de riesgo y al intento previo como un predictor más importante aún (15). Las investigaciones demuestran que del 14 al 50 % de las personas que realizaron IS lo repiten a lo largo de su vida (1).

De nuestra muestra analizada en 15 casos detectamos que tenían antecedentes de internación previa por IS, de

los cuales 2 fueron reinternados en tres oportunidades más por dicha causa.

Conforme aumentan los intentos, mayor es la probabilidad de suicidio consumado; al respecto Basile refiere: "Cuando alguien intenta suicidarse, uno de cada 10 lo consigue en el primer intento; si lo vuelve a intentar, lo consigue el 60%, y al tercer intento, el 90%. Son estadísticas universales que también se cumplen en nuestro país" (1).

Se ha relacionado a la conducta suicida en adolescentes con el aislamiento social, las dificultades en el establecimiento de relaciones interpersonales, el concepto negativo de sí mismo y el comportamiento impulsivo, los síntomas depresivos, los trastornos de conducta, el trastorno bipolar. También el trastorno borderline de la personalidad y el abuso de sustancias han sido condiciones psicopatológicas frecuentes de encontrar en la literatura de la mencionada población (5, 6, 7, 10, 11).

Hay autores que refieren que en familias con mayor disfunción el adolescente puede sentirse no deseado o hasta prescindible y que una base vulnerable está relacionada con los trastornos psiquiátricos familiares como depresión o historia de suicidio (8). Desde una perspectiva sistémica el comportamiento suicida podría ser en parte respuesta a una tensión familiar (16).

La historia de abuso sexual es considerada por la literatura como factor de riesgo o factor disparador (5, 15). En este trabajo un 14% de los casos presentaron dicho antecedente y no se logró identificar dicha diferencia.

Conclusión

Los niños y adolescentes internados por IS fueron en su mayoría mujeres de 13 y 14 años. Se utilizaron con mayor frecuencia métodos de baja letalidad como ingesta de psicofármacos y lesiones cortantes autoinfligidas.

El conocimiento de las características de los niños y adolescentes con intención autolítica es importante para elaborar estrategias de prevención, entre ellas destacamos la importancia de la restricción al acceso a los medios utilizables para un suicidio. ■

Referencias bibliográficas

- Basile H. (2005). El suicidio adolescente en la Argentina. *Alcmeon, Rev. Argent Clin Neuropsiq* 12; 3: 31-211.
- Basile H (2003) "El suicidio adolescente en la Argentina su prevención psicosocial" en Basile H. Psicopatología Infantojuvenil por autores Argentinos. Libro electrónico. Buenos Aires: edición del autor.
- Bell C, Clark D (1998) Suicidio en Adolescentes. *Clínicas Pediátricas de Norte América* 2: 341-357.
- Bella, M, Fernández A, Acevedo G, Willington JM (2008) Análisis sociodemográfico y psicopatológico en intentos de suicidio infantojuveniles. *Vertex Rev. Arg. de Psiquiat.*, Vol. XIX:10-16.
- Bella M, Fernández R, Willington JM (2010) Intento de suicidio en niños y adolescentes: depresión y trastorno de conducta disocial como patologías más frecuentes. *Arch Argent Pediatr* 108(2):124-129.
- Carlsson G (2010) Validez de los criterios de internación en conductas suicidas: por qué, cuándo, cómo. *Vertex, RevArg Psiquiatría*89:35: 41.
- Casullo M, Bonaldi P (2002) Comportamientos suicidas en la adolescencia; Buenos Aires: Losada.
- Dolto F (2014) *La causa de los adolescentes*. Buenos Aires: Ed Paidós.
- Lineamientos para la atención del intento de suicidio en adolescentes. Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, Argentina.
- Matusevich M, Ruiz C, Finkelsztejn C (2006) Tentativas de suicidio en la adolescencia con psicofármacos de los padres. Estudio descriptivo. *Vertex, RevArg Psiquiatría*; 70:446-451.
- Matusevich M, Girard P, JobA, Finkelsztejn C (2011) Tentativa de suicidio en la adolescencia: relato de una experiencia clínica. *Vertex, RevArg Psiquiatría*96:147-153.
- Organización Mundial de la Salud (2001) Informe sobre la salud en el mundo; Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Ginebra: OMS.
- Parmelee D (1998) *Psiquiatría del Niño y del Adolescente*; Madrid: Ed HarcourtBrace.
- Serfaty E, Foglia L, Masautis A, Negri G (2007) Mortalidad por causas violentas en adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años. *Vertex, RevArg Psiquiatría*40:25-30.
- Stagnaro JC (2006) "Clínica y prevención del proceso suicida" en Suarez Richards M (Comp) *Introducción a la Psiquiatría*. Buenos Aires: Polemos.
- Valdivia M, Condeza I (2006) *Psiquiatría del adolescente*. Sgo de Chile: Ed Mediterráneo.

La violencia interpersonal entre jóvenes en barrios marginalizados de la ciudad de Buenos Aires: un campo de intervención en Salud Mental*

Alejandro Marcelo Villa

*Licenciado en Psicología y Especialista en Ciencias Sociales y Salud
Programa de Juventud e Inclusión Educativa, CESAC N°8,
Área Programática del Hospital "Dr. J. M. Penna"
Investigador asociado, Consejo de Investigación en Salud,
Ministerio de Salud, GCABA.
E-mail: alejandrovilla2001@yahoo.com.ar*

Resumen

Se presentan resultados de un estudio, realizado con amigos de jóvenes, entre 15 y 25 años, muertos frente a otros jóvenes, en poblaciones marginalizadas de la zona sur de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. El objetivo es caracterizar la experiencia psicosocial que desencadenan dichas muertes entre jóvenes de sus mismas redes de sociabilidad. Se utilizó un diseño cualitativo, exploratorio y descriptivo; compuesto por la reconstrucción de ocho biografías y relatos de vida juveniles, mediante un conjunto de entrevistas semiestructuradas. Se caracterizan las diferentes situaciones de las muertes y el impacto psíquico y social que provocan las mismas en las trayectorias personales y sociales juveniles. Se propone discutir que dichas muertes provocan experiencias de dolor vinculadas a distintos procesos de vulnerabilidad; y que ello se encuentra en tensión con la importancia que tiene la violencia como modo de obtener reconocimiento y respeto identitario en las sociabilidades juveniles.

La visibilización de los procesos de vulnerabilidad social y el dolor de los jóvenes allegados a los muertos puede ser de mucha utilidad para los abordajes en el campo de la Salud Mental con dicha población juvenil.

Palabras clave: Jóvenes - Biografías - Violencia interpersonal - Muerte - Dolor.

THE PAIN EXPERIENCES AND THE VULNERABILITIES TURN ON THE INTERPERSONAL VIOLENCE AMONG YOUNG PEOPLE IN THE MARGINALIZED POPULATIONS OF BUENOS AIRES CITY: A FIELD OF INTERVENTION IN MENTAL HEALTH

Abstract

We present the results of a study in which we interviewed friends of young people, between 15 and 25 years old who died in front of other young people, in marginalized populations from the south part of Buenos Aires. The aim is to characterize the psychosocial experience that is triggered by these deaths among young people from their same networks of sociability. We used a qualitative, exploratory, and descriptive design, composed by the reconstruction of eight biographies and juvenile life tales, through a set of semi-structured interviews. The different contexts of each death are characterized, and also the psychic and social impact that they produce in the personal and social trajectories of young people. We attempt to discuss that such deaths cause pain experiences related to different processes of vulnerability, and that this is in tension with the importance of violence as a way of obtaining recognition and identity respect in youth sociabilities. The visibility of the processes of social vulnerability and the pain of young people close to the death can be very useful for approaches in the field of mental health with this youth population.

Key words: Young people - Biographies - Interpersonal violence - Death - Pain.

* Este trabajo forma parte de un estudio más amplio "Caracterización y efectos psicosociales de las muertes violentas de jóvenes en las poblaciones urbanas de extrema pobreza: una perspectiva biográfica en los contextos de las sociabilidades juveniles", realizado entre 2014 y 2016, desde el Consejo de Investigación en Salud del Ministerio de Salud del GCABA, con el patrocinio del Instituto Universitario de Ciencias de la Salud/Fundación H. A. Barceló, sede Buenos Aires.

Introducción

Algunos documentos internacionales y regionales han puesto de relevancia las muertes de jóvenes por causas violentas; y, en particular, el aumento de los homicidios masculinos, vinculados a diferentes procesos de exclusión social (1). La región latinoamericana posee las tasas más altas de muertes violentas en el mundo (2). Las víctimas de la violencia homicida en esta región son fundamentalmente varones jóvenes y pobres de poblaciones urbanas; y el homicidio es la primera causa de muerte en jóvenes; alcanzando la proporción en Argentina, de una de cada cinco muertes (3).

Un estudio reciente sobre los homicidios dolosos en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA), realizado en base a expedientes judiciales (4), destaca que se produce una concentración de los mismos en las principales villas de emergencia (Villa 21-24 y Núcleo Habitacional Transitorio Zavaleta, Villa 1-11-14, Villa 15 y Villa 31-31 bis).¹ El 27% de las víctimas en toda la CABA tienen entre 18 y 25 años; y el 36% de ellas corresponde a las villas de emergencia. Se destacan allí las situaciones de violencia interpersonal entre grupos de jóvenes. La mayoría de esos eventos se produce en la vía pública utilizando armas blancas y de fuego. Los principales motivos de las muertes en toda la CABA son agrupadas en una sola categoría que agrupa a: "Riña", "Ajuste de cuentas" y "Venganza", la que representa un 39%. Sólo el 15% corresponde exclusivamente a robos. Cuando dicho estudio realiza un análisis georeferenciado, encuentra que el 73% de las muertes corresponden a la zona sur de la CABA (Comunas 1, 4, 7, 8 y 9). En cuanto a los motivos de muerte homicida en las villas de emergencia de dicha ciudad, se destacan los vinculados a "Riña", "Ajustes de cuentas" y "Venganzas", con un 59%; en contraste con el 39% del mismo motivo para el total de la CABA.

Es escasa la literatura que profundiza en la caracterización de los lazos sociales de los jóvenes de barrios marginalizados; en un contexto donde la violencia, el delito y la ilegalidad se constituyen en la expresión de un descontento juvenil, según la percepción de injusticias cotidianas (5). Frente a la humillación, la exclusión y la falta de opciones sociales que puedan configurar una identidad valorada, los jóvenes pueden accionar una "demanda de respeto", frente a sus mismos pares y sus vecinos, mediante el ejercicio de la violencia. Esta demanda puede concebirse como una capacidad intersubjetiva de reconocimiento mutuo con otros jóvenes o, contrariamente, una "demanda pura" de un sujeto que se impone unilateralmente por la fuerza sobre otro, estableciendo una desigualdad jerárquica (6). Existirían allí procesos de luchas por el reconocimiento identita-

rio juvenil, frente a una "fragmentación" de los lazos sociales de los jóvenes con sus vecinos y con sus mismos pares, y a una "degradación de las pautas socioculturales compartidas" (7).

En un trabajo previo (8) se han discutido tres "contextos de experiencia" que provoca la muerte en los allegados: a) La acción de los actores para establecer los motivos de la muerte del joven; así como por una búsqueda de establecer rupturas con los lazos sociales de la familia del agresor; b) Los pensamientos y las categorías morales de que disponen y utilizan los actores para establecer argumentos frente a la muerte del joven; c) El *proceso de desintegración del yo* que ocasiona la muerte violenta en los actores, y los problemas que enfrentan éstos para establecer una inscripción psíquica e histórica de la muerte (10).

A partir de todo lo expuesto, este trabajo aborda como problema un conjunto de interrogantes: ¿Cuáles son las acciones violentas entre jóvenes que devinieron en muertes?, ¿cuáles son los procesos de vulnerabilidad corporal que desencadenan dichas muertes en los amigos de sus redes de sociabilidad?, ¿cuáles son los procesos psicosociales que pueden posibilitar u obstruir el duelo de dichas muertes?, ¿cuáles son las vinculaciones de estos procesos con las prácticas de cuidados de sí de los jóvenes, la reproducción de la violencia y las acciones de daños hacia otros jóvenes?

El objetivo de este trabajo es caracterizar la experiencia psicosocial que desencadenan las muertes de jóvenes en otros pares de sus mismas redes de sociabilidad.

Para ello se parte del supuesto que la identificación de dicha experiencia puede contribuir a visibilizar socialmente los procesos de vulnerabilidad social y el dolor de los jóvenes allegados a los muertos. Esto puede ser de mucha utilidad para los abordajes en el campo de la Salud Mental; ya sea para intervenir frente a las situaciones de heridos graves, así como con los efectos de las muertes de los jóvenes en sus pares.

Método

Se realizó un estudio cualitativo, exploratorio y descriptivo; compuesto por la reconstrucción de biografías y relatos de vida, mediante la aplicación de un conjunto de entrevistas semiestructuradas (11).

Se seleccionaron ocho jóvenes de entre 15 y 25 años, amigos de muertos en enfrentamientos con otros jóvenes, provenientes de las poblaciones marginalizadas, de las villas de emergencia de la zona sur de la CABA. Se reconstruyeron 8 biografías. Se practicaron 4 a 6 entrevistas semiestructuradas a cada joven, y se elaboró un relato de vida con cada uno de ellos. Las entrevistas fueron grabadas, previo consentimiento informado de los participantes.

¹ La población de villas de emergencia en la CABA, representa aproximadamente el 6% de la población total de la ciudad, alrededor de 170.000 personas. Los jóvenes entre 15 y 24 años en dichas villas representan el 22% del total de dicha población; mientras que el mismo grupo de edad representa el 13% en el total de la población de la CABA. Dirección General de Estadísticas y Censos/Ministerio de Hacienda del GCBA, sobre datos del INDEC. Censo Nacional de población y Hogares y Viviendas, 2010. Se denomina *villas de emergencia* a asentamientos precarios informales de múltiples viviendas, con precarios servicios públicos, escasa urbanización y alta densidad poblacional.

El trabajo de campo para acceder a los casos se vio facilitado en virtud de nuestra inserción durante muchos años en el primer nivel de atención de la salud en dicha villa de emergencia (12).

Para viabilizar el acceso a los participantes de la experiencia se utilizaron múltiples canales de acercamiento a través de referentes comunitarios (principalmente de comedores comunitarios), familiares de jóvenes muertos a los que se contactó por medio de personas usuarias de nuestro servicio de salud o por relaciones con instituciones que trabajan con jóvenes y jóvenes que tienen relación directa con nuestro servicio de salud.

Para el análisis de los datos, se desgrabaron las entrevistas y se aplicó a los textos obtenidos un sistema de codificación cualitativa elaborado previamente. Luego, ese material fue ingresado al software Atlas Ti; con el cual se procedió al análisis de los datos y a la identificación de las principales categorías emergentes.

Resultados

Caracterización de las muertes de los amigos

Los ocho jóvenes estudiados refirieron un total de treinta y cuatro muertes de amigos, aunque, en realidad, los muertos totales efectivos fueron solo veinticuatro; ya que varios de ellos compartían los mismos amigos. Casi dos tercios de las muertes correspondieron a circunstancias de enfrentamientos entre jóvenes; la mayoría entre grupos, y pocas a robos violentos en situaciones individuales entre jóvenes. En la mayoría de los casos se utilizaron armas de fuego, y en menor proporción, armas blancas.

La primera situación que se destaca está constituida por el enfrentamiento entre grupos de jóvenes de diferentes sectores del mismo barrio o entre grupos de diferentes barrios, en el que se buscan sustraer bienes materiales, producto de los robos, los que pueden adquirir un valor simbólico de poder territorial. Ello puede incluir motocicletas, automóviles u objetos de oro, como cadenas y relojes. Se trata en esos casos de *envidia* y *competencia* entre grupos. El siguiente relato de Alberto, ejemplifica esa situación:

“Mi amigo le sacó una cadena de oro. Era uno conocido de una banda. Y se aplicaron mafia, así, pan pum, y le sacó la cadena. Primero no pasó nada, pasó el otro día, al tercer día lo mataron, se fue para ahí, para el fondo, donde está la escuela de fútbol. Bueno, ahí lo mató un pibito. Esa es la historia así más cercana a mí, él era amigo mío de chiquito” (Alberto, 24 años).

Otra situación característica, está vinculada a la muerte ejecutada por jóvenes, resultado de una venganza, por robar en el barrio a otros jóvenes o a vecinos. Es lo que los jóvenes denominan *rastrear*. En la mayoría de los casos, ello está relacionado a obtener recursos para la compra de droga y bienes de consumo. Estos jóvenes que rastrean también pueden haber sido vendedores de drogas en algún momento de su vida. Son designados

“soldaditos” de algún narcotraficante, al que se denomina *transa*. Carla (25 años); relata la muerte de Juan:

“Llegué y lo vi. Lo mataron a plena luz del día. Yo llegué a escuchar, por su novia, que es mi amiga también, que le había robado a la hermana de un sobrino de un vecino. Porque él andaba robando, estaba sin trabajo y empezaba a robar.

E: Pero entonces en ese momento, no estaba vendiendo droga, como me decías antes.

*Sí, no estaba. Porque se peleó con la persona para la que vendía. También me dijeron *¿vos lo conocés a Juan? Porque la otra vez robó allá. Le robó a la mamá de un amigo mío y ella lo reconoció*. Y le dijeron que ya lo estaban buscando para matarlo. O sea, él ya estaba en ese negocio de robar, e iba acumulando enemigos. Él lo sabía también, porque siempre iba armado, como que sabía que en cualquier momento cualquiera lo podía atacar, ya se estaba dedicando a eso”.*

Una situación recurrente, que se distingue sobre las demás, es aquella de robos violentos entre jóvenes en forma individual o que pueden incluir a dos agresores, que terminan en una muerte. Puede tratarse de situaciones dentro o fuera del barrio; y es común que los agresores se trasladen en moto. Martín, de 24 años, habla de la muerte de su amigo Fernando; amigo y compañero de militancia política en el mismo barrio:

“Mi amigo estaba con una piba... Y nada, se sube un pibe en moto, le quiso sacar la mochila, como este era compañero, amigo, guapito, lo vio medio drogado, a mil drogado. Le sacó un fierro, le quiso sacar la mochila, como mi amigo lo vio un poco regalado, se resistió y pum. En la mochila tenía una tarjeta Sube y una botella de cerveza vacía”.

Además, encontramos situaciones en las que los jóvenes mueren por un *ajuste de cuentas* de un *transa*, a otro joven que le debía plata. El mismo Martín, nos cuenta el caso de Francisco:

“Después está la muerte de Francisco, que tenía 20 años. Amaneció muerto en una zanja, acá en las vías. Dicen que fueron unos transas, porque le debía plata, porque le rastreó a una hermana, o porque robó, o porque le tenían bronca”

Finalmente, identificamos, también algunas situaciones en que los jóvenes mueren por una venganza por haber robado a un cliente de algún *transa*. Santiago, de 21 años, nos relata su experiencia con la muerte de su amigo Alan,

*“Con el Alan. Y así, y de un día para el otro... Encima para su cumpleaños. Estábamos en mi casa, agarramos y nos pusimos a tomar una cerveza a las seis de la mañana, empezamos a joder, y vos sabés, somos chicos, nos empezamos a drogar, tomamos pastillas, fumamos porro, estábamos escabiando, pum, se me desvanece el cuerpo. Estaba muy pasado de la droga, y agarra y me dice *no me deje morir compañero, no me deje morir compañero*, me dice. Y yo le digo *No primo, me voy a acostar un rato y después despertame y ahí nos vamos a bailar*, por el cumpleaños de él. Le digo *Me extraña, compañero*. Estábamos re escabios para salir a bailar. Me acuesto, y a las 2 o 3 horas, yo escuche banda de disparos, pero pensé que estaba soñando, no le pasé ni cabida. Me despiertan a las 2 horas así zamarreándome,*

**El Alan, el Alan*, *¿Qué pasó?*. *El Gustavo, lo mató, lo llevaron al hospital*. Alan se fue a dar una vuelta solo y trajo a mi otro amigo, estaban dando vueltas los dos juntos, y un tranza arrancó pistola y le empezó a disparar *paf, paf, paf*. Y ahí corte, le dio todos los disparos por la espalda, y empezó a correr... Ahora me parece que el tranza está en cana. Yo creo que debe ser porque al pibito le gustaba robar; y le había robado a uno de sus clientes”.*

Impacto psíquico y social de las muertes

Los jóvenes suelen presenciar las muertes, cuando ocurren en las cercanías de sus residencias. También, son comunicadas por las redes sociales, como Facebook, adonde se exponen las situaciones, el dolor y se publican mensajes; y así toman conocimiento de muertes de amigos u otros jóvenes, en diferentes sectores del barrio.

La experiencia del dolor de los jóvenes estudiados, puede adquirir distintas formas. La misma puede ser parte de una experiencia personal, y al mismo tiempo vincularse con la sociabilidad² de la que participan con sus pares (13).

El primer hecho que se destaca en todos los casos, es el “compartir” el dolor por la pérdida, con el grupo de referencia. Se reúnen y comparten “los buenos recuerdos”. La frase recurrente es: “*Si uno empieza a llorar, se le cuelga el otro. Nos venían los recuerdos*”. Diferentes recuerdos personales se reconstruyen en el grupo, y adquieren un carácter colectivo (14). Estas situaciones pueden estar acompañadas de sueños vinculados a la posible muerte propia; los que acentuarían la vulnerabilidad física y social, a ser objeto de violencia y muerte.

Muchos jóvenes escuchan, acompañan y comparten el dolor con los familiares del muerto, durante los velatorios, entierros y recordatorios posteriores, de aniversarios. Este inicio de la experiencia de dolor, comprende un apaciguamiento transitorio de la violencia y la comisión de delitos. La categoría emergente que parece vincular dicho dolor con la sociabilidad del compartir con el muerto el ejercicio de la violencia y la comisión de delitos, es denominada *cajeteo*. Ella alude a tener miedo y sentirse vulnerable, ante la posibilidad de ser actor de un hecho violento, y en particular de empuñar un arma de fuego.

Luego del *cajeteo*, el dolor puede tomar dos direcciones. En primer lugar, se trata del “resentimiento”; vivencia que relanza las acciones violentas de los jóvenes y que puede adoptar dos modalidades complementarias: por un lado, presentarse como violencia contenida ante el miedo y como resguardo ante la posible represalia de los agresores; y, por otro, compartirse con otros jóvenes del grupo y potenciarse en las interacciones entre ellos; convirtiéndose en una respuesta de acción violenta contra los individuos o grupos sospechosos de estar involucra-

dos en el homicidio del compañero. Este resentimiento incluye un estado de angustia; que puede inducir una intensificación del consumo de drogas y del involucramiento en situaciones delictivas. En esta forma de dolor, la vulnerabilidad física, junto a la profundización de la desconfianza de los otros jóvenes, se convierten en pensamientos y acciones orientados a la “eliminación del otro”, procurando desterrar de sí mismos dicha vulnerabilidad (9). La categoría emergente que adquiere sentido aquí es *juntar broncas*. Es un estado afectivo vinculado a la visibilización de un conjunto de situaciones de injusticia e impotencia en su experiencia biográfica por parte de los jóvenes; las que convergirían en el momento de las muertes: las competencias y rivalidades entre ellos, el cuestionamiento a los que se consideraba amigos, las experiencias de violencia y desamparo en la propia socialización familiar, las situaciones de violencia protagonizadas con las fuerzas de seguridad y la discriminación social para acceder al trabajo.

En una segunda dirección, el sujeto busca superar el resentimiento; y el dolor puede transformar la vulnerabilidad. El *cajeteo* puede posibilitar una actividad reflexiva, en la que el sujeto pone en relación la vulnerabilidad física con la propia experiencia biográfica, las relaciones sociales y los juicios morales. Surgen así autocuidado y cuidado de los otros, al poner en relación la propia vida con la de los muertos y realizar una crítica social de las condiciones de las sociabilidades que producen la violencia. De este modo, pueden expresar deseos e incluso emprender acciones de ayuda a otros jóvenes que están en situación de calle con consumo de drogas y ejerciendo violencia. Se trata de la necesidad de expresarles afectos, porque sienten que dichos jóvenes pueden morir en cualquier momento. El emergente que surge en forma concomitante al dolor y al sentimiento de impotencia es *no haber podido ayudar al amigo muerto*. Ese sentimiento surge entonces como afecto reparatorio, desplazado sobre los otros jóvenes con los que se compartía la sociabilidad del ejercicio de la violencia. Es una necesidad de reparación psíquica que surge en el “entre”, del vínculo del sujeto con el muerto.

También, la experiencia del dolor es vinculada a recuerdos que recorren la trayectoria de vida del muerto; y allí aparece la categoría emergente *no haber tenido la oportunidad de cambiar*. Esta categoría se encontraría a mitad de camino entre una moralización y una crítica social de las muertes. Por un lado, se califica a los jóvenes que murieron como los más “buenos” entre otros del grupo de pares, a los que se califica como “falsos” o “malditos”, denotando diferentes jerarquías frente a la muerte. Pero también, se destaca que los mismos tenían un deseo personal de cambiar, pero que no tuvieron las circunstancias y las opciones sociales para ello.

Cuando, los jóvenes accionan la reflexión y utilizan

² La sociabilidad se caracteriza por un espacio social que permite a las personas relacionarse, asociarse, interactuar y comunicarse; compartiendo una “unidad” e interés común (Simmel, G., 2002).

un conjunto de valores, ello puede devenir en una tensión entre dos conjuntos de categorías cognitivas que procuran actualizarse en la acción del actor. Por un lado, se trata de una racionalización que busca otorgar significados a las muertes, mediante una serie de valores disponibles socialmente. Es el *acostumbrarse a las muertes* en la vida cotidiana; junto a un guión social anticipado, el que incluye valores que moralizan las trayectorias sociales juveniles: “*Vos sabés que si robás o estás involucrado en el tráfico de drogas, podés terminar muerto*” (8). De modo contrario, surgen preguntas por el sentido de la propia vida del joven a partir de la del muerto, y por la inclusión en las sociabilidades en las que se ejerce violencia y delito: “*Ellos desperdiciaron la vida y vos tenés que pensar lo que querés para tu vida, cuidarte de robar*”. En el primer conjunto de valores, la experiencia personal del dolor se disocia de la realidad cotidiana de la violencia y las muertes, y ello supondría una normalización o naturalización de las mismas. En el segundo conjunto, el actor busca diferenciarse y reflexionar a partir del impacto corporal del dolor e implementar acciones de autocuidado. Esta reflexión puede incluir el establecimiento de una diferenciación en la práctica del robo que realizan los jóvenes. Por un lado, se la puede ejercer como un destino ineluctable, es la “ley del ladrón”, la que rige la vida de aquel que va a continuar robando; y por otro, se puede robar pero tener presente otras opciones sociales para sí, desear “cambiar” y distanciarse de esa práctica delictiva.

Finalmente, la profundización de una desconfianza ya existente entre los jóvenes al interior de los grupos, debida a la competencia individual por el consumo de bienes como signo de identidad, puede convertir a los miembros del grupo en “otros amenazantes”, luego de las muertes. Ello puede devenir en distintas formas de autocuidado, cobrando relevancia las categorías emergentes de *preguntarse a quién tenés a tu lado*, y la sospecha de que haya *falsos y traidores*. Los jóvenes, también, prestan atención a cómo hablan y tratan a otros en el barrio; agudizándose la percepción de la propia vulnerabilidad: *es tener miedo a ser robado y violentado* por los otros, *ser envidiado* por los otros jóvenes; ya sea por los objetos que se poseen, o por llevar o buscar una vida diferente a la de la violencia y el delito.

Pero, además, los jóvenes pueden buscar distanciarse de las situaciones que generan violencia, mediante la inserción en otros espacios de sociabilidad. O, también, rehuendo del contacto personal con los grupos rivales, restringiendo directamente la circulación en el barrio o buscando protección en jóvenes conocidos que pertenecen a grupos rivales que generan respeto barrial.

Discusión y conclusiones

Se puede concluir que la experiencia de la muerte de amigos ocasiona en los sujetos estudiados en esta investigación una tensión entre el lugar del que disponen para subjetivar el dolor y las lógicas con las que buscan

reconocerse identitariamente como jóvenes mediante el ejercicio de la violencia.

El dolor tras una muerte, en situación de violencia interpersonal entre jóvenes, hace visible una vulnerabilidad corporal y social resultante del sometimiento de éstos al poder de los otros; tanto en los vínculos familiares como en los sociales más amplios. Ello podría generar dos procesos coexistentes. El primero de ellos estaría constituido por una historización, en la propia biografía, de la vida de los amigos muertos. Las trayectorias personales pueden devenir trayectorias sociales. La recuperación de la memoria del muerto se puede transformar en una elaboración de un sentido de la comunidad política barrial (15). Es un duelo que se inscribe en las biografías como una pregunta acerca de la vulnerabilidad social y los vínculos que constituyen a los cuerpos de cada uno como vulnerables (9). Esto conduce a preguntar: ¿Cuáles son los marcos culturales que reconocen las vidas que “valen la pena y las que no?”, y ¿cómo se efectúa ese reconocimiento? (9), ¿qué relación tiene el dolor de cada uno con el de los otros?, ¿cómo se enfrenta el dolor que se le ha infligido a uno?, ¿cuándo y en qué circunstancias la vida humana deja de tener valor para cada uno? (16).

En un segundo proceso, el dolor tras una muerte se convierte en resentimiento. Aquí se niega la vinculación del mismo con la vulnerabilidad corporal; respondiendo con un exacerbamiento del ejercicio de la violencia.

Estos dos procesos coexistentes, podrían explicarse por una tensión entre dos polos. Por un lado, la muerte es un hecho generador de *rabia y dolor* que coloca al Yo fuera de sí, procurando *desterrar el sentimiento de vulnerabilidad* que ocasiona aquélla. Surge como respuesta la búsqueda de seguridad del cuerpo, con la posibilidad de eliminar a otros frente a la *vivencia de un sentimiento de inseguridad*. Por otro, la desintegración del Yo es un efecto de la experiencia del recuerdo del contacto con el muerto. Es la posibilidad del Yo del actor de soportar en la narración biográfica la paradoja de ser constituido por los vínculos sociales de aquél y, al mismo, tiempo ser desposeído de la vida de ese joven, por esas mismas relaciones sociales (9).

En este trabajo se destaca la existencia de dos lógicas de reconocimiento identitario—que se encontrarían en tensión: la del mutuo reconocimiento basado en una condición de igualdad, en la que se apoyarían los reclamos y demandas de amistad de los jóvenes; y la de un reconocimiento y demanda de respeto, basado en la desigualdad, mediante la imposición unilateral del no respeto del otro, pero con exigencia de respeto de sí. El poder de este respeto se mide en términos de posesión de bienes materiales, según una lógica de consumo individual y “privatizado” (17). Tras las muertes, los conflictos entre estas dos lógicas, se profundizarían al extremo. Se acentúan, por un lado, la desconfianza entre los jóvenes, lo cual genera desigualdad, aún al interior un mismo grupo; y por otro, la demanda igualitaria de amistad y una “lealtad” perdida entre pares.

Al vincular los procesos que desencadena la experiencia del dolor con el de reconocimiento, es necesario pensar dos cuestiones. En primer lugar, la lógica del reconocimiento basada en la igualdad, al apoyarse en el reclamo de una amistad y una "lealtad", que nunca podrían efectivizarse, lo que conduciría a dos opciones, que comparten el resentimiento: un "ideal o paraíso perdido", por el cual los jóvenes se lamentan de una falta de acompañamiento de sus pares, en una suerte de experiencia melancólica que acumula resentimiento o una demanda de amistad, que es un reclamo de igualdad, se transforma en un ejercicio de la violencia, si no se obtiene el respeto mutuo demandado y, en consecuencia, persiste el resentimiento.

En segundo lugar, el problema es qué posibilidades de reconocimiento puede tener el dolor para los jóvenes fuera de la figura del resentimiento, cuando las lógicas del reconocimiento identitario se basan y naturalizan el ejercicio de la violencia en la vida cotidiana de las sociabilidades juveniles. Una primera alternativa es que el dolor persista en el ámbito personal, bajo la forma de crisis de angustia, depresiones y posible exacerbamiento del consumo de drogas, sin que se ejecuten acciones violentas; y una segunda alternativa sería que el dolor pueda expresarse y compartirse públicamente entre jóvenes, y que la lógica del reconocimiento basada en la igualdad pueda efectivizarse trasladándose a las prácticas juveniles que generan violencia; cuestionándolas. ■

Referencias bibliográficas

1. Comisión Económica para América Latina (CEPAL) (2008) Panorama social de América Latina. Documento informativo. Santiago de Chile: Naciones Unidas/CEPAL.
2. Spinelli H, Alazraqui M, Macías G, Zunino G, Nadalich JC (2005) Muertes violentas en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Una mirada desde el Sector Salud. Seminario VI, Serie Seminarios Salud y Política Pública. Buenos Aires: CEDES.
3. Briceño León R (2008) La violencia homicida en América Latina. *América Latina Hoy*, 50, Ediciones Universidad de Salamanca, pp.103-116.
4. Corte Suprema de Justicia de la Nación de la República Argentina (2012) *Homicidios dolosos en 2011 en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires*. Buenos Aires: Corte Suprema de Justicia de la Nación, Instituto de Investigaciones.
5. Rodríguez E (2012) Malvivientes. Jóvenes pobres y conflictividades sociales: mitos y realidades en torno al microdelito", en Rodrigo, F. Dossier sobre jóvenes y legalidad. Reconfiguraciones en el abordaje de la conflictividad penal juvenil. La Plata: Facultad de Periodismo y Comunicación, Observatorio de Jóvenes, Comunicación y Medios, Universidad Nacional de La Plata, pp. 153-192.
6. Zubillaga V (2007) Los varones y sus clamores: los sentidos de la demanda de respeto y las lógicas de la violencia entre jóvenes de vida violenta de barrios de Caracas. *Espacio Abierto, Cuaderno Venezolano de Sociología* - Vol. 16, N. 3, Julio-septiembre; pp. 577-608.
7. Míguez D, Isla A (2010) Entre la inseguridad y el temor. Instantáneas de la sociedad actual. Buenos Aires: Paidós.
8. Villa A (2015) "Los pibes tienen muchos berretines: muertes entre jóvenes, contextos de experiencia y reconstrucciones biográficas", en Di Leo P. y Camarotti AC (Compil.) *Individuación y reconocimiento. Experiencias de jóvenes en la sociedad actual*. Buenos Aires: Teseo, pp. 248-269.
9. Butler J (2006) *Vida precaria. El poder del duelo y la violencia*. Buenos Aires: Paidós.
10. Villa A (2012) "La relación entre pensamiento y memoria y las condiciones de transmisión en Walter Benjamin: notas para reconfiguraciones identitarias juveniles", en Korinfeld D y Villa A. (Compil.) *Juventud, memoria y transmisión: pensando junto a Walter Benjamin*. Buenos Aires: Noveduc, pp. 79-98.
11. Leclerc-Olive M (2009) Temporalidades de la experiencia: las biografías y sus acontecimientos. *Iberoforum. Revista de Ciencias Sociales de la Universidad Iberoamericana*. Año IV, Nº 8, pp. 1-39.
12. Programa de Juventud e Inclusión Educativa del CeSAC Nº8 / Área Programática del Hospital "Dr. J. M. Penna" / Ministerio de Salud / GCBA, el cual desarrolla actividades comunitarias y asistenciales con jóvenes y sus familias.
13. Simmel, G. (2002) *Sobre la individualidad y las formas sociales. Escritos escogidos*. Buenos Aires: Universidad Nacional de Quilmes, pp. 195-196.
14. Halbwachs M (2004) *La memoria colectiva*. Zaragoza: Prentas Universitarias de Zaragoza, pp. 31-51.
15. Riaño Alcalá P (2002) *La memoria viva de las muertes. Lugares e identidades juveniles en Medellín*. Análisis político, IEPRI, Bogotá, pp. 23-39.
16. Das V (2008) *Sujetos de dolor, agentes de dignidad*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, p. 257.
17. Wacquant L (2001) *Parias urbanos. Marginalidad en la ciudad a comienzos del milenio*. Buenos Aires: Manantial.

“El más cruel fastidio, no vale un suicidio” Entrevista a Marie Rose Moro

Por Marcela Armus y Juan Carlos Stagnaro

Marie Rose Moro es psicoanalista (IPA), psiquiatra infantil y profesora de psiquiatría del niño y del adolescente en la Universidad París Descartes. Actualmente se desempeña como Jefa del Departamento Transcultural de medicina y psicopatología del adolescente en la Maison des adolescents del Hospital Cochin, de París. Su labor como creadora y actualmente encargada de las consultas transculturales para bebés, niños, adolescentes y sus familias en los hospitales parisinos Avicenne y Cochin, su tarea editorial como Directora de la revista transcultural *L'autre. Clínicas, Culturas y Sociedades*, y su función como Presidente de la *Association Internationale de EthnoPsychoanalysis* (AIEP), la han destacado como una de las figuras más reconocidas en el campo de la psiquiatría transcultural en Europa; profesora invitada en muchos países del mundo, Marie Rose Moro ha plasmado su pensamiento en numerosos artículos científicos y libros, que han sido traducidos al inglés, francés, italiano, alemán y español.¹



¹ Una selección de los mismos puede consultarse en: http://www.transculturel.eu/marierosemoro/Other-Languages-Contents_r9.html

Vertex: Le agradecemos mucho su disponibilidad para acercarse a nuestros lectores a través de esta entrevista. Teniendo en cuenta su amplia experiencia en el tema nos gustaría conocer su opinión sobre un tema de acuciente interés en nuestro medio y creemos que a nivel mundial ¿Se ha modificado la edad de aparición de las conductas suicidas en los últimos tiempos? ¿Cuáles pueden ser los factores sociológicos o antropológicos involucrados en ese cambio epidemiológico?

Marie Rose Moro: Muchas gracias por vuestra invitación. En efecto, el suicidio es un problema de salud pública mundial. Entre los problemas de salud mental es el segundo en términos de incidencia después de la depresión, según informó la OMS en 2016. Afecta fundamentalmente a los jóvenes de entre 15 y 25 años de edad, es decir, en ese momento de la vida en el que se suele estar muy bien y sentir que todo es posible. Pero también en Europa afecta a las personas de más de 70 años y a las personas adultas que viven en zonas rurales y sufren de soledad. Las tasas oficiales de muerte por suicidio varían de forma importante de unos países a otros. Las mayores tasas de suicidio corresponden a personas de más edad y a las de sexo masculino. Sin embargo, en los últimos veinte años están aumentando las muertes provocadas entre los jóvenes, e incluso en adolescentes. Hay especificidades en función de los países y de las sociedades pero se puede decir a nivel antropológico, desde los estudios de Durkheim, que analizó este fenómeno en su gran obra "El suicidio" de 1897, que hay suicidios egoístas y otros altruistas, anómicos cuando en las sociedades los límites sociales son más flexibles o fatalistas en las sociedades donde las reglas son demasiado férreas. Es decir que el suicidio es una patología del vínculo, de la relación al otro. "El suicidio varía en proporción inversa al grado de integración de los grupos sociales a los que pertenece el individuo", señalaba Durkheim en su libro. Si no me siento en relación necesaria, cierta y fuerte con el otro, con los otros, entonces mi deseo de vivir solo depende de mí y es muy frágil y se puede romper en cualquier momento si las circunstancias me parecen muy difíciles de soportar o si la soledad es muy grande. Claro que se puede pertenecer a varios grupos, y esto es importante para construir nuestra identidad en un mundo tan complejo. Cuando en un país hay minorías étnicas, suele haber en ellas muchos suicidios porque el sentimiento de discriminación y de no pertenencia son muy fuertes. Por eso se puede constatar que el suicidio es un acto colectivo, social, y no solo individual.

Las raíces latinas de esta palabra son «sui» y «caedere» que, en conjunto, se traduce como «matar a uno mismo»; es un acto agresivo contra sí mismo, pero también contra

los otros que no han sabido retenerle. Por eso los grupos son tan importantes. Son ellos los que dan las afiliaciones de la persona y que la guardan en su interior, en interacción con los otros y el mundo. El grupo da razones para consolarse inclusive de sí mismo. Es como si el grupo diera razones para consolarse y como decía Diógenes el cínico, en 412 antes de Cristo: "Es preferible consolarse que ahorcarse". Efectivamente, estar en un grupo, o en varios, nos puede consolar en algunos casos.

Vertex: En los últimos tiempos se han observado suicidios colectivos de adolescentes en diferentes lugares, como por ejemplo el subterráneo de Corea, o en nuestro país en el que se suicidaron ocho adolescentes de una escuela secundaria de la provincia de Neuquén: cuáles son en su opinión los factores que pueden explicar esas conductas?

M. R. M: Si, es verdad, durante la adolescencia, el suicidio no solo puede ser individual si no también colectivo. Puede ser una epidemia como he visto en Francia, en Vietnam, en China, en Afganistán durante la guerra, o en Honduras durante la guerra civil. Y como ustedes dicen también en Corea o en Argentina. Varios factores pueden explicar el suicidio colectivo de adolescentes. El primero es que la idea de muerte y las ideas existenciales son muy importantes en este periodo de la vida adonde el adolescente se está separando de sus figuras infantiles y buscando nuevas identificaciones. En estos momentos los adolescentes suelen compartir sus dudas, sus ideas depresivas y su ansiedad con otros adolescentes que están en el mismo momento, y esto es contagioso. Si uno no ve cómo consolarse de estas ideas negras y pesimistas, el otro puede ser influenciado por la misma tentación. El grupo es muy importante en este momento de la vida y las respuestas se dan colectivamente. Entonces los adolescentes pactan entre ellos en un grupo real o virtual -por las redes sociales- y se influyen unos a otros. Puede haber otros factores, como el hecho que varios adolescentes vivan algunas situaciones de manera similar como, por ejemplo, un estrés escolar o familiar, y entonces para salir de esta aporía decidan morir juntos por que los aspectos positivos de la vida ya no les parecen bastantes fuertes. También puede haber fenómenos de liderazgos en los grupos que hacen que los más frágiles se identifiquen con el que ha encontrado la solución más radical, la más definitiva, como es la muerte, y los otros lo sigan como para demostrar que el valor de la lealtad y de la fraternidad es más importante que su vida. Otro factor que explica este concepto de epidemia es el hecho que el adolescente tienen una grande porosidad psíquica, es decir, que el entorno tiene una gran influencia sobre su ánimo y sus ideas, y las experiencias de los adolescentes, que están en fase iniciática, es

1_ Una selección de los mismos puede consultarse en: http://www.transculturel.eu/marierosemoro/Other-Languages-Contents_r9.html

decir, cuando se construyen como adultos autónomos, los conduce a experimentar diferentes posiciones para encontrar la suya. El sentido común es menos importante que el sentido del grupo de adolescentes que piensan contra el resto de la sociedad para encontrar su propia posición. Y en esos momentos, el dicho común que reza: "El más cruel fastidio, no vale un suicidio", no vale nada para ellos.

Vertex: ¿Qué medidas aconseja implementar ante la amenaza de una epidemia de suicidios de adolescentes?

M. R. M: Lo más importante es tomar el problema en serio. Entonces hay que ir al colegio o al sitio adonde sucede o donde ha habido un pacto entre los chicos y hablar con ellos en forma individual y en grupo. Primero en entrevista individual para saber lo que les preocupa y para decirles que los adultos y los profesionales se han dado cuenta y quieren ayudarlos. El mensaje es que "hay que acudir en auxilio de aquel que desesperadamente pide ayuda". Porque decir que vamos a suicidarnos, ya sea solo o con otros, es una manera clara de pedir ayuda. Hay que entrevistarlos individualmente porque cada adolescente es singular y, luego, hacerlo de manera colectiva en pequeños grupos que pueden reunir las personas que los quieren para compartir y ver cuáles son las preguntas que los han llevado hasta esa respuesta que es la muerte. Hay que buscar cómo consolarlos de otra manera. En la entrevista individual, hay que ver también si alguno de ellos no tiene una afección psicopatológica que lo lleva a ver el mundo de manera negativa y con dolor como en la depresión o de manera muy extraña como en algunos cuadros psicóticos; ya que, éstos, que necesitan ayuda psiquiátrica, pueden inducir en los otros ganas de morir que, en realidad, solo les pertenecen a ellos. Reconocer la necesidad de ayuda y aceptarla es la única manera de darle gusto a la vida.

Vertex: ¿Cuál es el posible rol de las redes sociales en la inducción de la idea o del acto suicida sobre los niños y los adolescentes?

M. R. M: La redes sociales algunas veces inducen pero la mayoría de las veces revelan las ideas de muerte de los niños y adolescentes, ideas que ya tenían en sus mentes. Las redes sociales dan una forma a estas ideas y pactos entre adolescentes desconsolados. Estos pactos de suicidios entre adolescentes ya existían antes de las redes sociales con el teléfono, o directamente en la escuela. También existían las ideas de suicidios individuales. Pero, claro, las redes sociales están disponibles a todos las horas del día y de la noche y pueden dar una forma particular a estas tentaciones y a esta pulsión de muerte. También pueden ayudar a los adolescentes a encontrar una forma de suicidio con medicamentos u otros productos. Le dan una forma a su impulsividad. Impedir al

adolescente conectarse no es una solución, la verdadera protección es volver a encontrar las ganas de vivir.

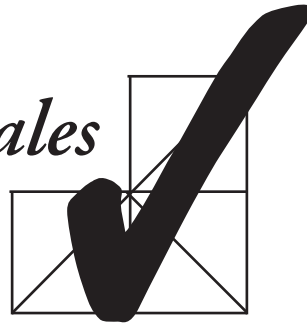
Vertex: De acuerdo con su experiencia, ¿cuáles pueden ser los signos más detectables por el medio familiar, escolar o por el personal de salud no psiquiatra, de la puesta marcha de un proceso suicida en los niños y adolescentes? Cuáles pueden ser indicadores potenciales de riesgo suicida en los antecedentes biográficos de ese grupo etario?

M. R. M: El suicidio en los niños y adolescentes no sólo llega en algunos adolescentes, es un riesgo que puede tocar a muchos de ellos. Pero, hay algunos signos que deben alertarnos: los antecedentes familiares de suicidio o de depresión en la familia constituyen un factor de riesgo individual y hay que estar atentos ante la aparición de síntomas que muestran que el adolescente no está bien, que empieza con signos de depresión tales como cambiar su manera de ser y sus gustos, dejar de salir con los amigos, no dormir o comer mucho o demasiado poco (anorexia o bulimia), tomar drogas de repente como para anestesiarse o beber mucho alcohol... de manera general, mostrar que algo ha cambiado y que los placeres de la vida ya no son lo bastante fuertes como para darle el gusto de seguir. Y añadido a esto, el hecho que la relación con los otros ya no es importante y vital, o solo lo es la relación con los que quieren morir. También si ha habido un suicidio en el entorno, hay que estar atentos acerca de que esto no le de forma al sufrimiento difuso de los adolescentes más frágiles. La repetición de conductas de riesgo importantes, como accidentes a fuerte velocidad o la práctica de deportes muy violentos o peligrosos sin cuidado, puede ser el índice de un juego con la muerte. Por fin, es muy importante poder hablar directamente del tema del suicidio con el adolescente ya que solo él puede confirmar lo que le está sucediendo y así se pueden cambiar estas elaboraciones mórbidas y negativas. Compartir con ellos y decirles que necesitan ayuda y que de este estado se puede salir, es la mejor manera de actuar para cambiar su destino.

Vertex: Los prejuicios tales como «los niños no se suicidan», siguen presentes en el imaginario social. ¿Cuáles cree usted que son, de esos prejuicios, los que tienen consecuencias más peligrosas?

M. R. M: Sí, por supuesto que los niños se suicidan y aun los bebés se pueden dejar morir. Es un hecho y diversos estudios lo han demostrado desde hace mucho tiempo. Estos tipos de prejuicios nos impiden estar atentos a ese gran sufrimiento que los niños no pueden decir pero sí pueden mostrar. El peligro es no verlo, no pensarlo, no intentar cambiar la situación que los aqueja y dejarlos en un gran sufrimiento y una gran soledad. ■

Lecturas y señales



Las clases de Hebe Uhart

Daniel Matusevich



Autor: Liliana Villanueva
Blatt & Ríos, 2015

Después de vivir años en los que el neo positivismo fue la lente a través de la cual se miraba a los paciente, en el horizonte de la medicina se vislumbra el regreso de las historias, a partir de una suerte de revalorización de ese modo de pensar y de sentir la clínica. Algunos asocian esto al trabajo realizado por la Doctora Rita Charon en los Estados Unidos: en el ya lejano 2008 publicó *Narrative Medicine, Honoring the stories of illness*, texto

en el cual propone diferentes estrategias para fortalecer la capacidad de saber qué hacer con las historias que los enfermos nos cuentan.

Mientras que la pediatría pareciera ser el buque insignia de este nuevo/viejo modo de pensar las enfermedades y los enfermos, nuestra especialidad viene bastante rezagada en ese aspecto. Todavía se sufren los embates de la evidencia y de la biologización más borde, que constituyen los dos pilares fundamentales de lo que en otro texto dimos en llamar “la psiquiatría de la transparencia” (Chul Han *dixit*), modo de pensar la especialidad que anula de plano todo modo de singularidad y diferencia en la relación con aquellos que sufren.

Nos formulamos aquí la pregunta acerca de quién les enseña a escuchar y a escribir historias a nuestros alumnos, a los jóvenes médicos, quiénes son los maestros en esas complejas artes. ¿Cuáles son los textos a los que deberían recurrir en la larga jornada de aprendizaje? Se necesita de un espacio donde tamizar las cuestiones del oficio con las de la profesión, guías y maestros que alumbraren el camino de la escritura y de la lectura.

A nuestros siempre improbables lectores, a “aquellos que reman en un bote a la deriva”, como diría Vila Matas, les acercamos una obra muy particular: *Las clases de Hebe Uhart*, de Liliana Villanueva. Se trata del sensible trabajo de una discípula que honra a su maestra a través de un texto que se transformó en un manual de valor tanto para la lectura como la para escritura, y que, creemos, sirve a la vez como guía en la educación relacionada a las narraciones y las historias de pacientes.

Uhart y Villanueva son reconocidas cronistas de viaje, y, como tales, vale la pena detenerse en esta palabra, en “viaje”. Para David Perkins, autor que visitamos en estas páginas años atrás, el aprendizaje y la enseñanza van de la mano y poner ambos en práctica es equivalente a viajar a destinos desconocidos por caminos poco transitados.

Con solo 177 páginas divididas en diecisiete capítulos y dos ensayos de la misma Hebe, el libro aporta varias claves en las que es necesario detenerse para saborearlo del todo. Por momentos se trata de una obra confesional, por otros se ve atravesado por el característico humor de Uhart, amable pero que no deja títore con cabeza.

El paralelo entre el aprendizaje de escribir y el de llevar adelante un proceso terapéutico (el de uno mismo o como terapeuta) está presente desde los primeros folios, es el *leitmotiv* del texto. Escribe Villanueva: “(...) Llevo más de diez años en el taller de Hebe. No sé si aprendí a escribir pero sí sé que aprendí mucho de mí misma; al menos, me soporto mejor y me acompaño gracias a la escritura”. Este párrafo puede ser un buen punto de partida a la hora de introducir a aquellos interesados en el arte de escribir historias, dado que pone el eje en el efecto transformador de la tarea, no solo en el relator, sino también en el redactor, al igual que sucede con el terapeuta y su paciente.

Aquí algunas ideas centrales que van y vienen a lo largo de la lectura, que hacen ecos en diversos escritores, además de en la misma Hebe:

1. “No hay escritor, hay personas que escriben”: apelación directa a abandonar el ego, tan habitual en los escritores, como en los psiquiatras y analistas. Es imposible conectar con los pacientes o escribir una historia

interesante desde un yo que se ponga por delante de lo que se quiere relatar.

2. “Escribir es una artesanía, un trabajo como cualquier otro”: profesión, oficio, artesanía, palabras que contemplan la complejidad a la hora de intentar ser escritor (o psiquiatra o terapeuta).

3. “Para escribir hay que estar, como decía Chejov, ‘a media rienda’”: la apelación a Chejov y su magia es recurrente, porque, como dice Richard Ford “(...) A mí Chejov me parece un escritor para adultos, cuya obra es útil y también bella porque orienta la atención a los sentimientos maduros, las complejas reacciones humanas y los pequeños problemas de elección moral en el seno de dilemas mayores, dominantes, cualquiera de cuyos elementos, en caso de que se presentaran en nuestra complicada e impulsiva vida social, escaparían incluso a una observación sutil”. Ford es uno de los más grandes exegetas de la obra Chejoviana, un invitado habitual a sus clases de la Universidad de Michigan, además de haber escrito el prólogo a *The Essential Tales of Chekhov*; en dicho prólogo es de especial interés para el joven médico la parte en la que hace una invitación a que “nos tomemos la vida en serio. Esta indicación, por supuesto, no siempre es fácil de seguir cuando se es joven”. Relación directa con la dosis de pasión necesaria para poder llevar adelante ciertas tareas en donde el ímpetu y la efusividad son casi excluyentes; es la pasión del que escucha o del que construye la historia la que transformará ese relato en algo especial.

4. “La literatura está hecha de detalles”: lo esencial de cualquier historia casi nunca es hollywoodense, casi siempre está entre bambalinas, listo para pasar desapercibido. Detenernos en las pequeñeces es el antídoto perfecto para los relatos adocenados y las observaciones obvias.

5. “El primer personaje somos nosotros mismos”: solo involucrándose es posible registrar el ritmo de la historia, la que queremos contar a partir de la que nos relataron o la que inventamos, en el caso de los escritores. Las historias que nos propone el periodismo narrativo (o, como dice Martín Caparros “lacronica”) es harina de otro costal, la dejamos para un comentario por venir (mientras tanto, el lector interesado puede recurrir al imprescindible *Zona de obras* de la inquietante Leila Guerriero o a *Los viernes* del mucho más afable Juan Forn).

6. “No importa el hecho en sí sino la repercusión del hecho en mí o en el personaje”: en esta línea Villanueva sigue diciendo que “(...) todo lo que se exhibe o se expone en la escritura debe estar hecho desde la observación y la especificidad de los hechos”; es la observación la que nos permite entender que los efectos y las implicancias de los acontecimientos importan mucho

más que los sucesos en sí mismos. Hablar de las palabras en abstracto (duelo, depresión, psicosis, la que sea) tiene muy poco valor; nuevamente en palabras de la autora: "...no es lo que la vida me da sino lo que yo hago con eso. Yo me hago a mí misma y de la misma forma me planteo el hecho de escribir. Sin capacidad de riesgo, sin desafío, no puedo escribir".

7. "Al personaje se entra por la fisura": es necesario encontrarla en cada relato que escuchamos o construimos, siempre existe, pero no es sencillo conectarse con ella; para poder descubrirla es necesario "...ser capaz de ver las cosas no solo con los ojos que herede de mi familia o clase social". El que escribe no debe resolver problemas, sino plantearlos.

8. "Todo cuento tiene un 'pero'. El 'pero' me abre el cuento": todas las historias comienzan por un *pero*, si no hay *pero* no hay literatura, no hay historia ni siquiera una clínica. Para poder registrarlos es necesario ir y volver, para desarrollar esta estrategia hace falta tiempo. Y sin tiempo no hay historias.

9. "Hay que saber observar y escuchar como habla la gente": es necesario registrar los tonos, las formas de decir que en muchas ocasiones son más importantes que aquello que se dice; para poder hacer esto se requiere "salir de uno mismo". Es necesario volcarse hacia fuera, ver y luego volver para trabajar los detalles. Sin un reco-

nocimiento de los detalles solo podemos caer en las redes hechas con generalidades, ahí no hay historia.

10. "La verdad se arma en el dialogo": estos son el corazón de las buenas historias, muchas veces las tramas se arruinan por impaciencia, la precipitación es la principal enemiga de los procesos. Y sin proceso no hay historia.

11. "El adjetivo cierra, la metáfora abre": es necesario no perder de vista que lo único importante es la historia, "...no debemos engolosinarnos con las palabras, ni con las frases importantes ni con los adjetivos redundantes". Poniendo en primer plano los relatos, ponemos en primer plano a las personas, de otra forma seríamos nosotros los protagonistas, y allí no hay historia.

En el punteado anterior solo intento resaltar la practicidad y aplicabilidad de un texto distinto a la mayoría, pero que no se agota en su singularidad; ya hablamos en una columna anterior del ocaso de los maestros y de la falta de alumnos; esta obra, sin duda, nos contradice de plano. En resumen, estamos frente a un trabajo necesario que se inscribe en la estela de obras de King, Ford, Chejov, Marías, Piglia y otros que se preocuparon por el arte de escribir historias; en este caso, además, asistimos al sentido homenaje de una discípula a su maestra, en tiempos en los que los reconocimientos no son moneda corriente.

"Hay mucha más gente que escribe de la que uno pueda suponer. Al ser la palabra una herramienta de uso común, parece más fácil escribir que dedicarse a la pintura, que requiere conocer la técnica. En una ciudad tan grande como Buenos Aires, con un conurbano tan grande, hay un prejuicio de que los lectores y los escritores son pocos. Son visiones recortadas que separan la escritura de la lectura". ■