



VERTEX

REVISTA ARGENTINA DE PSIQUIATRIA

107



ESCENARIOS EXTRAHOSPITALARIOS EN SALUD MENTAL INFANTOJUVENIL: UN PANORAMA DE EXPERIENCIAS EN EL ÁREA METROPOLITANA

*Barcala / Böhmer / Canale / Corin / Costa / Elizondo / Gorodisch
Matarucco / Nofal / Perugino / Rossi / Torricelli*

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

Volumen XXIV - N° 107 Enero - Febrero 2013 - ISSN 0327-6139

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

Comité Científico

ARGENTINA: F. Alvarez, 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, E. Rodríguez Echandía, L. Salvarezza, 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. Baremlit, H. Pelegrina Cetrán. **FRANCIA:** J. Bergeret, 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.

Comité Editorial

Martín Agrest, Patricio Alba, Norberto Aldo Conti, Juan Costa, Pablo Gabay, Claudio González, Gabriela Silvia Jufe, Eduardo Leiderman, Santiago Levin, Daniel Matusевич, Alexis Mussa, Martín Nemirovsky, Federico Rebok, Esteban Toro Martínez, Hugo Pisa, Fabián Triskier, Daniel Vigo, Ernesto Wahlberg, Silvia Wikinski.

Corresponsales

CAPITAL FEDERAL Y PCIA. DE BUENOS AIRES: S. B. Carpintero (Hosp. C.T. García); N. Conti (Hosp. J.T. Borda); V. Dubrovsky (Hosp. T. Alvear); R. Epstein (AP de BA); J. Faccioli (Hosp. Italiano); A. Giménez (A.P.A.); N. Koldobsky (La Plata); A. Mantero (Hosp. Francés); E. 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); E. Diamanti (Hosp. Español); J. Zirulnik (Hosp. J. Fernández). **CÓRDOBA:** C. Curtó, J. L. Fitó, A. Sassatelli. **CHUBUT:** J. L. Tuñón. **ENTRE RÍOS:** J. H. Garcilaso. **JUJUY:** C. Rey Campero; M. Sánchez. **LA PAMPA:** C. Lisofsky. **MENDOZA:** B. Gutiérrez; J. J. Herrera; F. Linares; O. Voloschin. **NEUQUÉN:** E. Stein. **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.

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. XXIV Nro. 107 ENERO - FEBRERO 2013

Todos los derechos reservados. © Copyright by VERTEX

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

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

Informes y correspondencia:

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

En Europa: Correspondencia Informes y Suscripciones

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

Diseño

Marisa G. Henry
 marisaghenry@gmail.com

Impreso en:

Sol Print SRL,
 Araoz de Lamadrid 1920, Avellaneda

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

Artista: Verónica Rodríguez
Obra: "Tintas y acrílico sobre papel"

1 x 1.50 m
<http://www.flickr.com/photos/veronica/>

Obra donada al Hospital Municipal
"Doctor Raúl Caccavo" Coronel Suárez

REVISTA DE EXPERIENCIAS CLINICAS Y NEUROCIENCIAS

- **Folie à deux: ¿una cuestión nosográfica o solo una locura compartida?**
Pamela Fuentes, Demián Emanuel Rodante pág. 5
- **Asociación entre evento coronario y factores de riesgo psicosociales: agotamiento vital, ansiedad e ira en una población de Argentina. Estudio de correlación entre factores de riesgo**
José Bonet, Mariana Suárez-Bagnasco, Soraya Kerbage, María Fernanda Bonet, Branco Mautner pág. 11

DOSSIER

- **Escenarios extrahospitalarios en Salud Mental Infantojuvenil: un panorama de experiencias en el área metropolitana**
Adolescentes y delito: un oscuro día de justicia
Gustavo Pablo Rossi pág. 18
- **Proyecto Jakairá: adolescentes madres y padres como autores y actores de su propio devenir**
Ricardo Gorodisch, Sandra Nofal, María Gabriela Böhmer, Valeria Canale, Gabriela Elizondo pág. 21
- **Redes y puertas en Salud Mental Comunitaria en un Centro de Salud y Acción Comunitaria (CeSAC Nº 24) del sur profundo de la CABA**
Marcela Corin pág. 37
- **"Deshechos". Políticas públicas y exclusión. Sus efectos en la constitución subjetiva**
Aída Perugino pág. 47
- **Espacio Abierto de la Asociación Civil La Casona de los Barriletes. Programa de apoyo a jóvenes en procesos de externación o egreso institucional y en sus recorridos de inclusión social**
Juan José Costa, Juan Pablo Mattarucco pág. 55
- **Ampliando los márgenes de la clínica. Trayectoria de un Programa de Salud Mental Comunitaria para niños, niñas y adolescentes desde una perspectiva de derechos en la Ciudad de Buenos Aires**
Alejandro Barcala, Flavia Torricelli pág. 60
- **EL RESCATE Y LA MEMORIA**
- **Lanfranco Ciampi y la infancia abandonada y delincuente**
Gustavo Rossi pág. 67
- **Primera Conferencia Nacional sobre infancia abandonada y delincuente**
Lanfranco Ciampi pág. 76
- **Primera Conferencia Nacional sobre infancia abandonada y delincuente**
Lanfranco Ciampi pág. 77

EDITORIAL

M

ucho se ha insistido en los últimos años sobre la necesidad de que el periodismo colabore con la prevención del suicidio. Sin embargo, siguen produciéndose publicaciones en los medios de información masivos que ignoran las más elementales normas indicadas en ese tema. Ejemplo de ello fue la aparición, el 7 de marzo de 2013, en la portada del diario *Muy de Buenos Aires*, de la noticia, profusamente acompañada de fotografías, de los últimos momentos de una mujer que se arrojó a las cataratas del Iguazú. En páginas interiores de ese medio se informa del trágico suceso de la manera menos indicada para comunicarlo, violando muchas de las recomendaciones que se han hecho, dirigidas a periodistas y responsables de los mass-media. Minutos después, cualquiera podía ver en Youtube la filmación de la escena que un diario digital de la provincia de Misiones había subido a la web.

La inmediata intervención sobre los medios de prensa, con un comunicado instructivo y preventivo, de la Lic. María Matilde Massa, Directora de Salud Mental y Adicciones del Ministerio de Salud de la Nación, detuvo inmediatamente la difusión de esa noticia en otros medios.

Este acontecimiento nos vuelve a recordar que es urgente e imprescindible que todos los profesionales de la información se ajusten a los lineamientos aconsejados en el folleto: "Prevención del suicidio. Un instrumento para profesionales de los medios de comunicación". Ese documento disponible en la web, sintético pero completo, fue preparado como parte de la iniciativa mundial de la OMS para la prevención del suicidio y es parte de una serie de instrumentos dirigidos a grupos sociales y profesionales específicos particularmente relevantes para la prevención de ese fenómeno.

Allí se aconseja, entre otras numerosas indicaciones científicamente sustentadas, que antes de publicar las noticias de ese tipo se debe trabajar estrechamente con las autoridades de la salud en la presentación de los hechos; no referirse al suicidio como sinónimo de éxito, salida, opción o solución; presentar los hechos bajo la forma de notas breves en las páginas interiores del diario sin fotografías ni notas suicidas, limitándose a los datos relevantes indispensables sin sensacionalismo y sin mencionar el método de autolisis, y nunca en la primera o la última página; resaltar las posibilidades de tener conductas alternativas al suicidio (a propósito de lo que se informa aprovechar la oportunidad para recordar a los lectores que ante ideas de ese tipo se puede y se debe hablar con la familia y amigos, con compañeros de trabajo, recurrir a ayuda especializada, etc.), en el mismo sentido se pueden acompañar recuadros o comentarios proporcionando información sobre líneas de ayuda y recursos comunitarios, indicadores de riesgo y señales de advertencia. En el caso de la radio y la televisión debe comunicarlo el locutor o presentador, en los términos anteriormente recomendados, sin imágenes en el segundo caso. El cuidado de no traumatizar a la familia con inútiles exposiciones mediáticas debe ser extremo y la opinión de allegados, vecinos o curiosos debe eliminarse completamente ya que no se puede saber de antemano qué dirán ante la cámara o el micrófono.

La prevención del suicidio es una tarea de todos. Toda la comunidad está comprometida en ello. Sería, por lo tanto, de gran importancia redoblar los esfuerzos conjuntos de las asociaciones profesionales (la Asociación de Psiquiatras Argentinos [APSA] cuenta con especialistas y hasta con un Capítulo dedicado al tema), los avezados miembros argentinos de la Red Mundial de Suicidólogos, así como otras ONG's de amplia trayectoria, junto al Ministerio de Salud de la Nación y los Ministerios de las provincias para seguir impulsando mancomunadamente las campañas pertinentes ■

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 2013

Vertex 107 / Enero - Febrero
**ESCENARIOS EXTRAHOSPITALARIOS
EN SALUD MENTAL
INFANTOJUVENIL: UN PANORAMA
DE EXPERIENCIAS EN EL ÁREA
METROPOLITANA**



Folie à deux: ¿una cuestión nosográfica o solo una locura compartida?

Pamela Fuentes

Médica residente de Psiquiatría, Hospital Neuropsiquiátrico "Dr. Braulio A. Moyano".

Demián Emanuel Rodante

*Médico residente de Psiquiatría, Hospital Neuropsiquiátrico "Dr. Braulio A. Moyano",
Ayudante de 1ª Ad honorem 1ª Cátedra de Farmacología, Hospital Tornú.*

Introducción

La *folie à deux* o psicosis de asociación fue definida como "la transferencia de ideas delirantes y/o conductas anormales de una persona a uno o más individuos que han estado en íntima relación con la persona primeramente afectada" (14). Al menos tres condiciones han sido propuestas como requisitos para este diagnóstico: (i) evidencia de que ambos individuos hayan estado íntimamente asociados; (ii) alto grado de similitud en el

patrón general del contenido delirante; y (iii) la presencia inequívoca de que ambos aceptan, sustentan y comparten las ideas delirantes del otro (10).

La rareza del cuadro no evitó que a lo largo de la historia de la clínica psiquiátrica, el concepto de locura compartida haya sido revisado y descrito por numerosos autores. El término «*folie à deux* o locura comunicada» fue acuñado por primera vez por Charles Lasègue y Jules

Resumen

La *folie à deux* fue descrita por Lasègue y Falret en 1877. El concepto fue evolucionando surgiendo, de esta manera, distintas variantes del mismo fenómeno a partir del reporte de la experiencia psiquiátrica. A partir de un caso clínico se realizó una revisión nosológica de la definición del actual trastorno psicótico compartido. En los criterios diagnósticos se encontraron limitaciones a la hora de describir minuciosamente los subtipos de este singular cuadro clínico. En el presente trabajo se evalúa si su discusión tiene real implicancia a los fines de establecer un diagnóstico y llevar a cabo una conducta terapéutica definida.

Palabras clave: *Folie à deux* - Trastorno de ideas delirantes inducidas - Trastorno psicótico compartido - Folie communiquée - Folie simultanée.

FOLIE À DEUX: ¿A NOSOGRAPHIC QUESTION OR JUST A SHARED MADNESS?

Summary

Folie à deux was described by Lasègue and Falret in 1877. The concept evolved thus giving rise to different variants of the same reported phenomenon. Taking a clinical case as an example, a review of the nosological definition of shared psychotic disorder was performed. Limitations were found in its descriptions of the subtypes of this unique clinical picture. In this paper we evaluate if its argument has real implications for the purpose of establishing a diagnosis and performing a definite therapeutic approach.

Key words: *Folie à deux* - Induced delusional disorder - Shared psychotic disorder - Folie communiqué - Folie simultanée.

Falret en 1877 (21), quienes establecieron las condiciones para el mismo (ver Tabla 1). Sin embargo, años antes, tanto Baillarger (14) como Legrand du Saulle (23) habían descrito el fenómeno. Régis (33), en su tesis de 1880, define el concepto de «*folie simultanée*», incluyendo así la patología psiquiátrica primaria en ambos componentes de la diáda, por lo que existiría una predisposición genética a la psicosis en el segundo, en contraposición al concepto de psicosis reactiva propuesto por Lasègue y Falret (21), y al cual también adhirió De Clérambault (6). Cinco años más tarde, en Alemania, Lehman describe lo que denomina «*Induziertes Irresein*» (14). Posteriormente, Marandon de Montyel redefine el concepto de Lasègue y Falret como «*folie imposée*» y reserva el nombre de «*folie communiquée*» para la resistencia al delirio por parte del receptor por un largo tiempo antes de aceptarlo, manteniendo ambos la idea delirante incluso luego de la separación (14). De Clérambault introduce la hipótesis de «*induction réciproque*» y «*division du travail*»: el inductor desarrolla una idea delirante y el receptor acepta, e incluso elabora el delirio influenciando a su vez al primero, siendo este fenómeno posible gracias a las facultades distintas de ambos delirantes (6).

Es importante destacar que, si bien el término *folie à deux* fue descrito por Lasègue y Falret, previamente, autores como Ideler y Hoffbauer mencionaron la “capacidad de infección de la locura” o “infección psíquica”. A su vez, distintos términos como “locura contagiosa”, “locura doble” y “locura de reciprocidad” entre otros, hacían pensar en el fenómeno en cuestión (14).

Benjamin Ball, en 1885, describe la «locura gemelar», mencionando como características sobresalientes: (i) la simultaneidad; (ii) el paralelismo de las concepciones delirantes, inclusive estando ambos hermanos separados; y (iii) la espontaneidad del delirio en cada uno de los individuos, lo cual lo atribuye a la similitud en la organización cerebral de los involucrados (4).

En 1942, Gralnick (14), basándose en las descripciones europeas del fenómeno, distingue cuatro tipos de locura compartida (ver Tabla 2), aceptando las características generales del cuadro propuestas por los autores franceses y sumando a las mismas la personalidad prepsicótica; es decir, individuos con algún defecto en su personalidad: “raras”, “nerviosas”, “introvertidas” e “irritables” (14).

Tabla 1. Condiciones para el desarrollo de la *folie à deux* (21).

Uno de los individuos es el elemento activo; más inteligente que el otro, crea el delirio y lo impone progresivamente al segundo, quien constituye el elemento pasivo.
Es menester que ambos individuos vivan juntos durante largo tiempo, en el mismo medio, compartiendo el mismo modo de existencia, los mismos sentimientos, los mismos intereses, los mismos temores y las mismas esperanzas, y fuera de toda otra influencia exterior.
El delirio debe mantenerse dentro de los límites de lo posible; debe descansar sobre hechos sucedidos en el pasado, o sobre temores y esperanzas concebidos respecto del futuro. Esta condición de verosimilitud es la única que lo hace comunicable.
Más frecuente en la mujer.
Herencia como causa de predisposición.
La indicación terapéutica principal consiste en separar a ambos enfermos. Entonces, sucede que uno de los dos puede curarse, sobre todo el segundo, cuando se ve privado del punto de apoyo de quien le comunicó el delirio.
El segundo enfermo se ve menos afectado.
La presión moral ejercida por un alienado sobre un individuo más débil puede extenderse a una tercera persona.

Tabla 2. Subtipos de *folie à deux* (14).

Folie imposée (tipo Lasègue y Falret): el delirio de una persona psicótica es transferido a otra mentalmente sana. Ambos asociados íntimamente. La separación produce la desaparición de la idea delirante en el receptor.
Folie simultanée (tipo Régis): la aparición simultánea de la idea delirante se produce en dos personas íntimamente asociadas, ambas predispuestas a una enfermedad psicótica.
Folie communiquée (tipo Marandon de Montyel): el receptor desarrolla la ideación delirante luego de un largo periodo de resistirla, manteniendo los síntomas incluso luego de la separación.
Folie induite (tipo Lehman): nuevas ideas delirantes son adoptadas por un individuo psicótico bajo la influencia de otro individuo psicótico.

Los sistemas de clasificación actual como el DSM IV-TR (1) y la CIE-10 (47) contemplan a la locura compartida bajo la denominación de «trastorno psicótico compartido» (ver Tabla 3) y «trastorno de ideas delirantes inducidas» (ver Tabla 4), respectivamente.

En el presente trabajo se evalúa, a partir de un caso clínico, si existen limitaciones en dichos criterios, y si su discusión tiene real implicancia clínica a los fines de establecer un diagnóstico y llevar a cabo una conducta terapéutica definida.

Tabla 3. Trastorno psicótico compartido (297.3, (1)).

A. Se desarrolla una idea delirante en un sujeto en el contexto de una relación estrecha con otra/s persona/s que ya tiene/n una idea delirante establecida.
B. La idea delirante es parecida en su contenido a la de la persona que ya tenía la idea delirante.
C. La alteración no se explica mejor por la presencia de otro trastorno psicótico (p. ej., esquizofrenia) o de un trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos, y no es debida a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o a una enfermedad médica.

Tabla 4. Trastorno de ideas delirantes inducidas (F.24, (47)).

A. Dos o más personas comparten el mismo tema o sistema de ideas delirantes y se apoyan mutuamente en sus creencias.
B. Ambas comparten una relación extraordinariamente estrecha.
C. Hay evidencia temporal y circunstancial de que las ideas delirantes están inducidas en la persona pasiva (dominada) de la pareja por el contacto con la persona activa (dominante).
Incluye: <i>folie à deux</i> , trastorno paranoide inducido, psicosis simbiótica.
Excluye: <i>folie simultanée</i> .

Materiales y métodos

Se presenta el reporte de un caso de nuestro hospital. Se realizó una revisión bibliográfica utilizando textos clásicos de psiquiatría y artículos obtenidos de una base de datos electrónica (*Medline*). Se emplearon como palabras clave: *folie à deux*, *induced delusional disorder*, *shared psychotic disorder*, *folie communiquée*, *folie simultanée*.

Caso clínico

A y Z, hermanas gemelas univitelinas de 28 años, ingresan a nuestra institución con orden judicial de internación, provenientes ambas de una clínica donde Z se encontraba acompañando a su hermana debido

a un presunto aborto. Las dos refieren que luego de la cesárea realizada le extrajeron a sus bebés. Cuentan que eran trillizos, ya que escucharon el llanto de tres bebés distintos luego de la intervención. Acusaron al equipo de salud tratante de secuestro y tráfico de bebés, de querer drogarlas para hacerlas pasar como adictas, y que así su relato no sea creído. Al rehusarse a esto y al tener conductas heteroagresivas hacia el personal de esa institución, son derivadas con el diagnóstico de “síndrome delirante con ideas de persecución y perjuicio”. Z fue internada en un servicio, y A en otro. Las hermanas explican que el motivo de la internación se debe a que la familia materna quiere hacerlas pasar por insanas para quedarse con una herencia que les corresponde, proveniente de su abuelo paterno, involucrando en el complot a políticos de este país y a la mafia

italiana. Ambas poseen antecedentes de alucinaciones acústico verbales y visuales en forma simultánea.

Refieren en varias oportunidades que, desde hace mucho tiempo, el esposo de Z y las anteriores parejas de A practican la pedofilia con las hijas de ambas. “*Se siente perseguido porque es pedófilo; practica el sexo con mis dos hijas, para luego filmarlas y hacer pornografía infantil. Me dí cuenta gracias a A*”. Manifiestan que en los últimos años han denunciado legalmente a todas estas personas, no pudiendo mencionar a quiénes puntualmente ya que en los distintos lugares del hospital hay cámaras vigilándolas. Durante la internación, han ingresado visitas masculinas de otras pacientes, los cuales fueron reconocidos por ellas dos como espías que venían a ver en qué andaban las dos hermanas. Ellas están en juicio por el dinero de su abuelo, el cual fue decapitado y tirado por una montaña en la época de la dictadura.

Como antecedente, dos años antes, ambas estuvieron internadas juntas en el mismo hospital. En aquella oportunidad se encontraban en el cine, interpretando que la película relataba la historia de vida de ambas. Al asustarse, pidieron a un guardia que las acompañe a su departamento, acusándolo luego de querer drogarlas. Ante esta situación, A indujo a Z a que se arroje por el balcón para escaparse, sufriendo múltiples fracturas que provocaron una breve internación en una clínica. Posteriormente fueron trasladadas a nuestro servicio.

El esposo de Z, actualmente viviendo en Noruega con sus dos hijas, confirmó que el comienzo de las ideas y conductas “raras” de su esposa se produjo inmediatamente luego de que A se fue a vivir con ellos, previo a la primera internación de las hermanas.

Z presenta como antecedente otra internación psiquiátrica en Noruega, donde vivía en esa oportunidad con su esposo y sus dos hijas, sin su hermana.

Como antecedentes familiares, fueron abandonadas por sus padres, viviendo institucionalizadas juntas gran parte de su infancia y adolescencia, y desarrollando una relación muy estrecha. Poseen antecedentes de abuso sexual y maltrato por parte de la familia materna. Ambas vivieron en situación de calle ejerciendo la prostitución durante varios años.

Z es una mujer atractiva, llamativa tanto para hombres como para mujeres, aunque con expresión hipomímica en su rostro. Siempre se encuentra arreglada, aseada, correctamente vestida, con el cabello recogido el cual tiñe de rubio, y sin maquillaje. Su deambulación es característica de una mujer segura de su imagen, con la cabeza en alto, la mirada al frente, imponente, transmitiendo cierta soberbia para con las demás mujeres. Presenta marcada indiferencia afectiva al hablar de sus hijas y de la causa de su internación.

A, de similares características físicas, siempre se encuentra maquillada; de mirada más profunda e intensa, bien arreglada, denota un carácter más irritable al momento de referirse a las causas de su internación. Su discurso está plagado de insultos y lenguaje vulgar. Gesticula posiciones sexuales que tiene que ver con su relato (pedofilia, prostitución, violación). El embotamiento afectivo es, en ella, menos marcado. En varias

oportunidades refiere no ser tan atractiva como Z debido a que, al ser las únicas gemelas en la familia, y su madre pertenecer a una secta satánica, ella fue “elegida” para el sacrificio y su hermana para ejercer la prostitución.

En la entrevista con ambas pacientes, A domina el relato de la persecución de la que son objeto; la mayor parte del tiempo dirige su mirada hacia el médico que la entrevista, mientras Z colabora y aporta datos al relato. La mirada de Z se encuentra pendiente del discurso de su hermana; algunas veces con la mirada baja, hacia el piso. A medida que toma impulso el discurso delirante de A, el tono afectivo va creciendo en la mirada de Z; esta es la única situación donde ambas se encuentran mirando atentamente al médico que las entrevista. Las pocas veces que Z toma protagonismo en el relato, A aporta en forma casi constante, y realiza innumerables interrupciones al relato de la hermana.

Ambas dicen que el haber estado juntas las ayudó a comprender todos los sucesos de sus vidas. Una completa las partes que la otra no recuerda en forma precisa, o bien se cuentan las vivencias que tuvieron cuando una de ellas no estaba presente. Así refieren poder reconstruir totalmente sus vidas.

Actualmente se encuentran en distintos servicios, aunque se visitan a diario; luego de cada encuentro Z aumenta ligeramente el tono afectivo sobre la ideación delirante. Esto resume la notoria sugestionabilidad que presenta Z frente a las palabras y acciones de A.

Para ambas hermanas, se estableció el diagnóstico de esquizofrenia hebefrénica según las pautas diagnósticas de la CIE-10, en el contexto de una *folie à deux*, subtipo *Folie simultanée*, donde A constituye la parte activa dominante y Z la parte pasiva. Ambas pacientes se encuentran en tratamiento psicofarmacológico y psicoterapéutico.

En cuanto al tratamiento farmacológico de Z, inicialmente fue medicada con risperidona 3 mg/día. Al desarrollar hiperprolactinemia secundaria al antipsicótico, se reemplazó este último por olanzapina 10 mg/día con buena tolerancia, detectándose una marcada mejoría de los síntomas negativos. A recibió desde un inicio Risperidona, desarrollando el mismo efecto adverso que su hermana, por lo que se rotó a olanzapina, llegando a 20 mg/día luego de la titulación. Actualmente, A se encuentra con haloperidol 10 mg/día, luego de haber presentado respuesta parcial a los fármacos previamente utilizados.

Al comienzo de la internación, se mantuvieron entrevistas conjuntas con ambas hermanas, para luego delimitar los espacios terapéuticos de cada una de ellas. Posteriormente, se plantearon entrevistas psicoterapéuticas individuales 2 veces por semana. Actualmente, a diferencia de lo que sucede con A, en los encuentros con Z comenzó a cobrar importancia la relación con su hermana, pudiendo expresarle a su médico lo invasivo y molesto que le resulta el comportamiento de A.

Discusión

La *folie à deux* constituye un concepto más amplio que el vertido en la definición del «trastorno psicótico compartido» (1) del DSM IV-TR y del «trastorno de ideas

delirantes inducido» (47) de la CIE-10 (2, 31, 39, 43). Estos criterios limitan el diagnóstico de varios casos clínicos reportados a lo largo de la historia de la psiquiatría, como así también el que anteriormente describiéramos. Es de relevancia considerar que tanto en el presente trabajo, como en la bibliografía revisada, la comorbilidad psiquiátrica en el inducido está presente (2, 31, 39, 43, 45) y que la separación del inductor en muchas oportunidades resulta insuficiente e inadecuada como parte del tratamiento (2, 11, 35). Es importante remarcar, en este contexto, la resistencia a recibir tratamiento (5, 27), o incluso a realizar la consulta psiquiátrica (5, 28), por parte de muchos de los involucrados.

La incidencia real del cuadro es desconocida (13, 37). En la mayoría de los casos, afecta únicamente a dos individuos (34); sin embargo, se han reportado casos que involucran familias enteras (5).

En la literatura existen varios reportes de *folie à deux* en gemelas monocigotas (20, 22, 34, 40) en donde el diagnóstico más frecuente en ambas fue el de trastorno delirante (40). Sin embargo, existen hipótesis que sostienen que una posible predisposición genética para la esquizofrenia jugaría un rol importante en el desarrollo de la *folie à deux*, especialmente en hermanos gemelos (40), como es nuestro caso.

Al hablar del mecanismo mental que subyace al cuadro, algunos autores plantean como hipótesis que diversas situaciones estresantes predisponen a las personas a caer en una seria regresión, siempre que haya habido alguna dificultad en el proceso de separación-individuación durante la niñez. Esta regresión resulta en la identificación psicótica con el inductor (25).

La separación de ambas partes de la díada, como parte de la terapéutica sugerida por varios autores (25, 45), en muchas ocasiones, puede ser de alto impacto traumático, sobre todo en hermanas gemelas (11, 35). No obstante, el subtipo *folie imposée*, descrito como el de mejor pronóstico, podría evolucionar en forma favorable (12, 41). Esto resulta de extrema importancia al momento de tomar una decisión terapéutica (5, 28).

El aislamiento social premórbido y los factores genéticos y ambientales parecen ser relevantes en la etiología del trastorno, sobre todo en el paciente secundario (30, 40, 41, 42). Sería adecuado tratar de reducir este aislamiento en ambas partes y reintroducirlas en la realidad (28), teniendo presente que un apoyo psicológico y social forma una parte importante del plan terapéutico global (18).

Toda clase de contenidos delirantes pueden ser transmitidos en el contexto de la *folie à deux*, como por ejemplo, los síndromes de Cotard (17, 46), Capgras (3, 16), Frégoli (8), Koro (24), Clérambault (32), Ekblom (9, 13, 29, 44) e incluso, pactos suicidas (38) u homicidas (15). Si bien existe poca evidencia, hay autores que sostienen el desarrollo de este cuadro en trastornos no psicóticos (7, 19, 28, 35).

La mayor susceptibilidad de la mujer a desarrollar el cuadro es probablemente debido a un rol más restrictivo y sumiso impuesto socialmente (36). Condiciones como la sugestionabilidad aumentarían la probabilidad

de desarrollarlo (30). Si bien es de marcada importancia identificar el caso primario (18), en muchos casos es difícil determinar cuál de los dos involucrados es el dominante (27, 28, 36).

Conclusiones

Consideramos que para una adecuada terapéutica es fundamental establecer un diagnóstico certero, teniendo en cuenta aspectos sociales como así también la dinámica familiar de los pacientes.

Como se plantea en estudios anteriores (45), creemos de importancia tener en cuenta las características individuales de cada persona involucrada en el cuadro, sobre todo al momento de planificar el abordaje tanto psicoterapéutico como psicofarmacológico.

Si bien el componente más llamativo y vistoso de este cuadro es el contagio de ideas delirantes y/o alucinaciones, planteamos la necesidad de que los psiquiatras clínicos estén alertas no sólo a la inducción de los anteriores, sino también a la adquisición de conductas anormales entre ambos componentes de la díada.

En el caso clínico de este trabajo, se estableció el diagnóstico de esquizofrenia hebefrénica en ambos componentes de la díada, desarrollando fenomenológicamente el subtipo *folie simultanée* de psicosis compartida. Al utilizarlo como herramienta diagnóstica, el tercer criterio de DSM IV-TR para trastorno psicótico compartido excluye la patología psiquiátrica en el segundo componente de nuestra díada. Por otro lado, las pautas diagnósticas de la CIE-10 para trastorno de ideas delirantes inducidas poseen como criterio de exclusión a la *folie simultanée*.

Si bien se trata del reporte de un solo caso, es evidente que la transferencia de los síntomas psicóticos de un individuo a otro puede ocurrir en diversas situaciones, quedando al margen de los actuales sistemas de clasificación. Consideramos que la posibilidad de diferenciar los distintos subtipos entre sí puede comportar un cambio en la estrategia terapéutica en cada uno de ellos. También creemos pertinente la necesidad de realizar seguimientos y mayores estudios para poder establecer pronósticos en cada subtipo en particular.

Por lo tanto, se plantea realizar una revisión de los criterios clasificatorios aceptados en la actualidad, con la posibilidad de ampliar o subclasificar el cuadro, y así incluir una gama más amplia de condiciones psiquiátricas no tenidas en cuenta hasta el momento.

Agradecimientos: al Dr. Federico Rebok por la atenta lectura y crítica del manuscrito ■

Referencias bibliográficas

- American Psychiatric Association Task Force on DSM-IV. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th edition revised (DSM-IV TR). Washington DC: American Psychiatric Pub, Inc; 1994.
- Arnone D, Patel A, Tan GM. The nosological significance of folie à deux: a review of the literature. *Ann Gen Psychiatry* 2006; 5: 11.
- Ananth J, Kaur A, Djenderedjian AH. Simultaneous folie à deux and Capgras syndrome. In Reif A, Pfulmann B. Folie à deux versus genetically driven delusional disorder: case reports and nosological considerations. *Compr Psychiatry* 2004; 45 (2): 155-60.
- Ball B. La morphinomanie. Les frontieres de la folie. Le dualisme cérébral. Les rêves prolongés. La folie gemellaire, ou alienation mentale chez les meaux. Paris; 1885.
- Berbara C, Almeida S, Cermelli Reber M, Cortez S, Gonzales, M. "Folie à Famille", an interdisciplinary experience from a clinical and therapeutic stance. *Vertex* 2010 Mar-Apr; 21(90): 105-13.
- Clérambault G. La cuestión de los delirios colectivos está estrechamente ligada a la de los mecanismos generadores de la psicosis (1924). En Bercherie P, (comp.) Automatismo mental: paranoia. Buenos Aires: Polemos; 2004. p. 157-163.
- Chapman AH, Vieira e Silva D. Folie á deux dissociative disorder in prepubertal children. Report of two cases with EEGs. *Arq Neuropsiquiatr* 1998; 56 (3B): 646-9.
- Christodoulou GN, Margariti MM, Malliaras de, Alevizou S. Shared delusions of doubles. In Reif A, Pfulmann B. Folie à deux versus genetically driven delusional disorder: case reports and nosological considerations. *Compr Psychiatry* 2004; 45 (2): 155-60.
- Cordeiro Jr Q, Corbett CEP. Delírio de festação parasitária e Folie á deux: relato de caso. *Arq Neuropsiquiatr* 2003; 61 (3B): 872-5.
- Dewhurst K, Todd J. The psychosis of association - folie à deux. *J Nerv Ment Dis* 1956; 124: 451-9.
- Ducker MD, Shapiro S. Issues of separation related to psychosis in twins. In Lazarus A. Folie à Deux in Identical Twins: Interaction of Nature and Nurture. *Br J Psychiatry* 1986; 148: 324-6.
- Goldney RD. Letter: Socio-clinical substrates of folie à deux. *Br J Psychiatry* 1975; 126: 203.
- Gönül M, Kiliç A, Soyly S, Gül U, Aydemir C, Koçak O. Folie à deux, diagnosed by delusional parasitosis. *Eur J Dermatol* 2008. Jan-Feb; 18 (1): 95-6.
- Gralnick A. Folie à deux - the psychosis of association. A review of 103 cases and entire English literature: with case presentations. *Psych Quart* 1942; 16: 230-63.
- Greenberg HP. Crime and Folie à deux: review and case history. *J Ment Sci* 1956; 102 (429): 772-9.
- Hart J, McClure GM. Capgras' syndrome and folie à deux involving moder and child. In Reif A, Pfulmann B. Folie à deux versus genetically driven delusional disorder: case reports and nosological considerations. *Compr psychiatry* 2004; 45 (2): 155-60.
- Hintzen AK, Wilhelm-Göbling C, Garlipp P. Combined delusional syndromes in a patient with schizophrenia: erotomania, delusional misidentification syndrome, folie à deux and nihilistic delusion. *German J Psychiatry* 2010; 13 (2): 96-9.
- Kelly BD. Folie à plusieurs: forensic cases from nineteenth-century Ireland. *Hist Psychiatry* 2009; 20 (1): 47-60.
- Kerbeshian J, Burd L. Familial trichotillomania. *Am J Psychiatry* 1991; 148 (5): 684-5.
- Krelling R, Cordeiro Q, Vallada H. Implications of etiopathogenic aspects in the treatment of folie à deux. *Rev Assoc Med Bras* 2007; Jul-Aug; 53 (4): 291.
- Lasègue C, Falret J. La folie à deux ou folie communiquée. En: Stagnaro JC, comp. Alucinar y delirar. Tomo 1. Buenos Aires: Polemos; 1998. p. 43-78.
- Lazarus A. Folie à Deux in Identical Twins: interaction of Nature and Nurture. *Br J Psychiatry* 1986; 148: 324-6.
- Legrand du Saulle H. Ideés de Persécution Communiquées ou Délire à Deux et à Trois personnes. In Shimizu M, Kubota Y, Toichi M, Baba H. Folie a deux and shared psychotic disorder. *Curr Psychiatry Rep* 2007; 9 (3): 200-5.
- Menezes SB. A case of Koro and folie à deux in a Shona family. In Reif A, Pfulmann B. Folie à deux versus genetically driven delusional disorder: case reports and nosological considerations. *Compr psychiatry* 2004; 45 (2): 155-60.
- Mentjox R, van Houten CAG, Kooiman CG. Induced psychotic disorder: clinical aspects, theoretical considerations, and some guidelines for treatment. *Compr Psychiatry* 1993; 34: 120-6.
- Mergui J, Jaworowski S, Greenberg D, Lerner V. Shared obsessive-compulsive disorder: broadening the concept of shared psychotic disorder. *Aust NZ J Psychiatry* 2010; 44: 859-62.
- Morán SI, Concepcion SA. Locura familiar: revisión clínica y a propósito de un caso. *Rev Chil Neuro-Psiquiat* 2008; 46 (2): 129-33.
- Munro A. Delusional Disorder. Paranoia and related illnesses. Chapter 10. Cambridge, Cambridge University Press; 1999. p. 186-91.
- Ozkan AT, Mumcuo'lu KY. Entomophobia and delusional parasitosis. *Turkiye Parazitol Derg* 2008; 32 (4): 366-70.
- Pande NR, Gulabani DM. Folie à deux: a socio-psychiatric study. *Br J Psychiatry* 1990; 156: 440-2.
- Patel AS, Arnone D, Ryan W. Folie à deux in bipolar affective disorder: a case report. *Bipolar disord* 2004; 6: 162-5.
- Pearce A. De Clerambault's syndrome associated with folie à deux. En: Reif A, Pfulmann B. Folie à deux versus genetically driven delusional disorder: case reports and nosological considerations. *Compr psychiatry* 2004; 45 (2): 155-60.
- Régis E. La folie à deux ou folie simultanée. Paris, Thèse. 1880.
- Reif A, Pfulmann B. Folie à deux versus genetically driven delusional disorder: case reports and nosological considerations. *Compr psychiatry* 2004; 45 (2): 155-60.
- Rioux B. A review of folie à deux: The psychosis of association. In Sacks MH. Folie à deux. *Compr Psychiatry* 1988; 29 (3): 270-7.
- Sacks MH. Folie à deux. *Compr Psychiatry* 1988; 29 (3): 270-7.
- Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan & Sadock Sinopsis de psiquiatría Ciencias de la conducta /Psiquiatría Clínica. 10ma ed. Editorial Lippincott Williams & Wilkins; 2009.
- Salih MA. Suicide pact in a setting of Folie à Deux. *Br J Psychiatry* 1981; 139: 62-7.
- Shimizu M, Kubota Y, Toichi M, Baba H. Folie à deux and shared psychotic disorder. *Curr Psychiatry Rep* 2007; 9 (3): 200-5.
- Shiwach RS, Sobin PB. Monozygotic twins, folie à deux and heritability: a case report and critical review. *Med hypotheses* 1998; 50 (5): 369-74.
- Soni SD, Rockley GJ. Socio-clinical substrates of folie à deux. *Br J Psychiatry* 1974; 125: 230-5.
- Tényi T, Somogyi A, Hamvas E, Herold R, Vörös V, Trixler M. Coexistence of folie communiqué and folie simultanée. *Int Psych Clin Pract* 2006; 10 (3): 220-2.
- Toledo da Cunha F, Ladeira RB, Salgado JV, Nicolato R. Folie induite: relato de um caso à margem das classificações atuais. *J Bras Psiquiatr*. 2008; 57 (2): 142-4.
- Trabert W. Shared psychosis disorder in delusional parasitosis. In Reif A, Pfulmann B. Folie à deux versus genetically driven delusional disorder: case reports and nosological considerations. *Compr psychiatry* 2004; 45 (2): 155-60.
- Wehmeier PM, Barth N, Remschmidt H. Induced delusional Disorder. A review of the concept and an unusual case of folie à famille. *Psychopathology* 2003; 36: 37-45.
- Wolff G, McKenzie K. Capgras, Fregoli and Cotard's syndromes and Koro in folie à deux. In Reif A, Pfulmann B. Folie à deux versus genetically driven delusional disorder: case reports and nosological considerations. *Compr psychiatry* 2004; 45 (2): 155-60.
- World Health Organization. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Geneva; 1992.

**Asociación entre evento coronario
y factores de riesgo psicosociales: agotamiento
vital, ansiedad e ira
en una población de Argentina.
Estudio de correlación entre factores de riesgo**

José Bonet

*Médico Psiquiatra, Fundación Favalaro;
Profesor Asociado Salud Mental, Facultad Medicina, Universidad Favalaro;
Instituto de Cardiología y Cirugía Cardiovascular,
Fundación Favalaro, Buenos Aires.
E-mail: bonet@favalaro.edu.ar*

Mariana Suárez-Bagnasco

*Mag.; Instituto de Cardiología y Cirugía Cardiovascular,
Fundación Favalaro, Buenos Aires.
E-mail: msuarez@favalaro.org*

Soraya Kerbage

*Médica; Instituto de Cardiología y Cirugía Cardiovascular,
Fundación Favalaro, Buenos Aires.*

María Fernanda Bonet

*Licenciada; Instituto de Cardiología y Cirugía Cardiovascular,
Fundación Favalaro, Buenos Aires.*

Branco Mautner

*Jefe Departamento de Investigación Clínica y Educación Médica, Fundación Favalaro;
Rector Facultad de Medicina, Universidad Favalaro; Instituto de Cardiología y Cirugía Cardiovascular, Fundación Favalaro, Buenos Aires.
E-mail: bmautner@favalaro.org*

Introducción

Existe una fuerte y creciente evidencia que sostiene la asociación entre factores psicosociales con el incremento del riesgo para la Enfermedad Coronaria y/o eventos coronarios (EC) (8, 21). Los Factores de Riesgo Psicosociales (FRPsi) que cuentan con mayor evidencia son tres disposiciones afectivas negativas: la Depresión y el síndrome de Agotamiento Vital (AV), la Ansiedad (A) y el complejo Ira-Hostilidad (I).

El AV es un estado que se caracteriza por fatiga y pérdida de energía, desmoralización e irritabilidad. Fue asociado como premonitorio de Infarto Agudo de Miocardio (IAM) (4, 6). Esta asociación ha sido documentada en estudios prospectivos, de casos y controles, en los cuales se ha constatado, precede al IAM e incrementa el riesgo para nuevos EC en ambos sexos (7, 9). El AV se diagnostica con el Cuestionario de Maastricht (5), que ha sido traducido a 8 idiomas, con lo cual se han ampliado las observaciones en diferentes países, y en dos de habla hispana como Venezuela y Argentina. Ha devenido en uno de los FRPsi más estudiado y promisorio, aunque, por su considerable parecido clínico, ha sido vinculado con la Depresión. Van Diest (35) fue el primero en estudiar la asociación AV/Depresión, concluyendo que el humor depresivo estaba

casi ausente en los sujetos con AV, pero que casi todos los pacientes depresivos se sentían agotados o exhaustos. Recientemente Lindeberg et al. (22) encuentra que el agotamiento se asocia con EC independientemente de la depresión, esto último más en hombres que en mujeres.

Del mismo modo existen modelos animales, evidencias clínicas y epidemiológicas que asocian la I con EC. A partir de estudios iniciales en poblaciones sanas se encontró que las personas con puntuaciones altas de Ira y Hostilidad presentaban mayor riesgo de EC (9, 29). En un reciente metaanálisis (10) de 25 estudios prospectivos en 7,160 personas con un seguimiento promedio mayor que 10 años encuentran que la I incrementa el riesgo de EC en un 19% después de ajustar los factores estándares. La I se asocia, no sólo con el incremento de EC en población sana, sino con peor pronóstico en pacientes con EC preexistente; e indica que ataques frecuentes pueden acelerar la recurrencia de los mismos.

La A también ha sido vinculada. Tres estudios epidemiológicos de gran escala, encontraron una relación significativa entre trastornos de la misma, IAM fatal y muerte súbita. En el Northwick Park Study se observó que la A incrementó cuatro veces el riesgo de EC y reportó la asociación A con EC fatal (17). Kawachi et al. (19) encontraron que las preocupaciones eran un factor de riesgo para

Resumen

Objetivo: Constatar la asociación entre factores de riesgo psicosociales, agotamiento vital, ansiedad e ira con eventos coronarios; segundo, constatar si se encuentran asociados entre sí; y tercer lugar, si la interacción conjunta de dos o más factores incrementa el riesgo para evento coronario.

Método: Se realizó un estudio de casos y controles, con 165 pacientes de ambos sexos, entre los 35 y 75 años, 90 pacientes con un evento coronario isquémico agudo y 75 controles internados por un evento agudo de causa cardíaca no-isquémica.

Resultados: Existen diferencias estadísticamente significativas entre el grupo control y el grupo coronario isquémico solamente para la variable agotamiento vital (OR=3.0 (1.6-5.5) $p<0.001$ (χ^2)). Los factores de riesgo psicosocial se encuentran asociados entre sí con $p<0.001$: ansiedad y agotamiento vital (Rho Spearman=0.58), ira y agotamiento vital (Rho Spearman=0.41) y ansiedad e ira (Rho Spearman=0.38). La presencia simultánea de agotamiento vital y ansiedad aumenta la probabilidad de un evento coronario isquémico agudo ($p<0.01$).

Conclusiones: En este estudio encontramos que el agotamiento vital se encuentra asociado estadísticamente al evento coronario isquémico agudo, los factores de riesgo psicosocial se encuentran asociados entre sí, y que la presencia simultánea de agotamiento vital y ansiedad aumentan la probabilidad de un evento coronario isquémico agudo.

Palabras clave: Agotamiento vital - Ansiedad - Ira - Eventos coronarios.

ASSOCIATION BETWEEN ACUTE CORONARY EVENTS AND PSYCHOSOCIAL RISK FACTORS: VITAL EXHAUSTION, ANXIETY AND ANGER IN AN ARGENTINIAN POPULATION. A CORRELATION STUDY BETWEEN RISKS FACTORS

Summary

Objective: To study the association between vital exhaustion, anxiety and anger with acute coronary event; second, determine whether they are associated with each other, and third, if the joint interaction of two or more factors increases the risk for coronary event.

Method: We conducted a case-control study with 165 patients, both sexes, between 35 and 75 years, 90 patients with acute ischemic coronary event and 75 controls hospitalized with an acute event of non-ischemic cardiac causes.

Results: Statistically significant differences between the control group and the ischemic coronary group for vital exhaustion was found (OR=3.0 (1.6-5.5) $p<0.001$ (χ^2)). Psychosocial risk factors are associated each with $p<0.001$: anxiety and vital exhaustion (Spearman Rho = 0.58), anger and vital exhaustion (Spearman Rho = 0.41) and anxiety and anger (Spearman Rho = 0.38). The simultaneous presence of vital exhaustion and anxiety increases the probability of an acute ischemic coronary event ($p<0.01$).

Conclusions: In this study we found a significative association between vital exhaustion and acute ischemic coronary event, psychosocial risk factors are associated with each other and simultaneous presence of vital exhaustion and anxiety increases the probability of an acute ischemic coronary event.

Key words: Vital exhaustion - Anxiety - Anger - Acute coronary events.

EC en un grupo muy extenso de hombres. En el Nurse's Health Study (1) examinaron prospectivamente la relación entre A y EC en 72.359 mujeres durante 12 años. Encontraron que las personas con niveles más altos de A, tenían un riesgo incrementado de muerte súbita, IAM fatal, pero no de IAM no fatal. Recientemente un meta-análisis (26) de 20 estudios prospectivos que incluyeron 249.846 personas con un seguimiento promedio de 11,2 años, encontraron que la presencia de A incrementa el riesgo de EC en un 26% y el riesgo de muerte cardíaca en un 48%. En resumen, existe una serie muy extensa de estudios clínicos y epidemiológicos de los que surge una muy fuerte evidencia de la asociación A/EC, sobre todo con EC fatales y muerte súbita.

Habitualmente los FRP*si* se estudian por separado, pero es muy frecuente observar la coexistencia de varios en la misma persona, esto sugiere que no ocurrirían independientemente uno del otro, sino que por el contrario, podría estar indicando una disposición general a la afectividad negativa (33). En un estudio en pacientes post-IAM, los altos niveles de estrés y aislamiento social incrementaron dos veces el riesgo de eventos subsecuentes; pero cuando los dos factores ocurrían juntos, el riesgo creció a 4 veces más (13, 14). Los pacientes con Trastorno de Pánico tienen un incremento de aproximadamente dos veces del riesgo para IAM y, cuando se agrega Depresión tienen casi tres veces más riesgo de EC (16).

Estos datos indican que cuando los FRP*si* ocurren en combinación, el riesgo crece sustancialmente, y es mayor que cada uno tomado en forma individual. Esto es comparable con lo que ocurre con la asociación de hipercolesterolemia, hipertensión, tabaquismo, diabetes, etc. Más aún, los FRP*si* podrían actuar sinérgicamente con estos factores reforzando el riesgo para EC.

El objetivo de este trabajo es constatar, en primer lugar, la asociación entre FRP*si*, AV, A, e I y EC; en segundo, constatar si los FRP*si* se encuentran asociados entre sí; y en tercero, que la interacción conjunta de dos o más FRP*si*, incrementa el riesgo para EC.

Método

Se realizó un estudio de casos y controles. La muestra se formó con 165 pacientes, consecutivos, de ambos sexos entre los 35 y los 75 años, internados la sala de telemetría del Instituto de Cardiología y Cirugía Cardiovascular de la Fundación Favaloro. Una vez estabilizados clínicamente, dentro de la primera semana de internación, se les hacía firmar el consentimiento informado, se les entregaban los formularios con las escalas, y los pacientes llenaban las mismas en presencia de personal entrenado por si surgían dificultades. Los casos fueron 90 pacientes con un evento coronario agudo, entendiéndose por evento coronario agudo, el diagnóstico de IAM o Angina Inestable. Los controles fueron 75 pacientes internados por causa de un evento cardíaco agudo no-ischémico (en su mayoría pacientes con arritmias descompensadas, lipotimias, etc.). Fueron invitados a participar 180 personas, de las cuales 15 (casos) se negaron a participar por causas personales, desgano, desconfianza y otros.

Los criterios de inclusión eran pacientes que hubieran ingresado por un evento coronario agudo como IAM o Angina Inestable, siguiendo los criterios diagnósticos internacionales y de la Institución y que se encontraran en condiciones de completar las escalas psicológicas. Los controles, que hubieran sido internados por un síntoma o un evento agudo no coronario no isquémico.

Las tres variables psicológicas se midieron utilizando tests psicológicos. El AV, fue evaluado mediante el CM, que consta de 21 ítems, es autoadministrado, con un puntaje mínimo de 0 y máximo de 42 (6, 9).

Para evaluar la A se usó la escala Magallanes de Ansiedad. Está constituida por 15 frases, las mismas fueron elaboradas a partir de los criterios que el ICD-10, el DSM-III-R y DSM-IV, establecen como indicadores fisiológicos la respuesta de ansiedad (15).

Para la I se utilizó una subescala de Ira del MMPI-II, que evalúa la existencia de problemas para controlarla, y ya fue utilizada en otros trabajos con pacientes cardíacos (18). Son 16 ítems, con una respuesta falsa o verdadera ante preguntas acerca de la expresión o control de la Ira. Niveles altos sugieren problemas control de la misma, si son irritables, impacientes, exaltados o tercos, y actúan de forma agresiva con otras personas u objetos. Los elementos individuales de la escala son muy similares a los de otras escalas, como el Inventario de Expresión de la Ira de Spielberger (31).

Se calcularon estadísticas descriptivas de las variables demográficas (edad, sexo, nivel educativo, estado civil) para el grupo caso y para el grupo control. Se realizó una prueba de comparación de valores medios entre los pacientes coronarios y no coronarios para ver si las diferencias entre ambos grupos eran o no significativas.

Para las variables psicológicas (AV, A, I) se calcularon estadísticas descriptivas en el grupo general y en cada subgrupo coronario/no coronario. Se utilizó una doble forma de calcular cada variable, como categórica, con un punto de corte; o continua, utilizando el puntaje bruto de las escalas. Se pensó esta doble determinación como una manera de ratificación en la medición de las variables, y evitar el sesgo posible al utilizar puntos de corte. En el caso del AV se estableció como punto de corte 19, que es la mediana, y además es una medida ya utilizada en otros trabajos con pacientes cardíacos. Categorizamos como agotados a los pacientes que puntuaban igual o superior a 19 (4, 9). Para categorizar la variable A, utilizamos como valor de corte la mediana poblacional, resultando ansiosos si puntuaban igual o superior a 10. Para la variable I, consideramos también como punto de corte a la mediana, reflejando con ira si el score era igual o superior a 7.

Posteriormente se ensayaron asociaciones entre las variables psicológicas como continuas y categóricas, para estudiar la asociación estadística entre los pares de variables en el grupo general y en cada uno de los subgrupos.

Resultados

De la muestra de 165 pacientes, 90 (54.55%) eran pacientes coronarios y 75 (45.45%) pacientes no corona-

rios. Dentro de las características sociodemográficas de la muestra, como vemos en la Tabla 1, no se encuentran diferencias significativas entre ambos grupos en cuanto al sexo, la edad, si están en pareja o no, y los años de educación.

Con respecto a los puntajes resultantes del AV tanto como variable continua, como categórica, se encontraron diferencias significativas entre los pacientes coronarios y los no coronarios. Se realizó un Test T de Student en ambos subgrupos, y las diferencias resultaron signifi-

Tabla 1. Características demográficas de la muestra.

	Coronarios (n=90) 54.55%	No coronarios (n=75) 45.45%	p = valor
Masculino	61 (67,77%)	44 (58,66%)	p = 0.56 (χ^2)
Edad	62,5 (10,86)	61 (10,69)	p = 0.14 (Stud)
En pareja	72 (80%)	55 (73.33%)	p = 0.71 (χ^2)
Educación (> 7 años)	59 (65,55%)	50 (66,66%)	p = 0.94 (χ^2)

cativas, con p valor = 0.0114. Como variable categórica, realizamos una prueba de independencia de Chi cuadrado para ver el grado de asociación entre agotados/no agotados y coronarios/no coronarios, y la prueba rechaza la hipótesis de independencia entre las variables, con un p valor de 0.0015; OR = 3.0 (1.6 - 5.5).

No se encontraron diferencias significativas en las puntuaciones de la variable A, considerada como continua, entre los grupos definidos por la variable "coronarios"; el p valor del Test de Wilcoxon resultó de 0.2368. Considerada como categórica, se dividió en dos grupos ansiosos y no-ansiosos, y se aplicó una prueba de Chi cuadrado y no rechaza la hipótesis de independencia (p valor = 0.786), es decir que no tenemos evidencia empírica a favor de la asociación estadística entre A como variable categórica y el grupo "coronario".

Las diferencias en las puntuaciones de I, medidas como variable continua o como variable categórica, en ambas poblaciones, no resultan significativas. El Test T de Student no rechazó la igualdad de medias con un p valor de 0.2314. Se aplicó una prueba de independen-

cia de Chi cuadrado para estudiar el grado de asociación entre la I y coronarios. Este test no rechaza la independencia de ambas variables, es decir que hasta aquí no puede decirse que estas dos variables se encuentren asociadas; el p valor es de 0.8866.

En síntesis, las diferencias en los scores de A e I, medidos tanto como variable continua como variable categórica, en ambos grupos no resultan significativas. Sólo resulta significativa la diferencia de la variable AV tomado tanto como continua como variable categórica, en ambos subgrupos.

Siguiendo nuestro segundo objetivo, se estableció la presencia de asociación estadística entre los pares de variables en el grupo general y en cada uno de los subgrupos definidos por la variable coronario. En el cuadro siguiente se aprecia una fuerte asociación entre las tres variables, consideradas como variables continuas.

Como se evidencia en la Tabla 2 la asociación estadística más fuerte se encontró entre las variables AV y A. Le sigue AV e I, y por último A e I.

Dada la asociación estadística entre los FRP_{si}, cabe preguntarse la interacción conjunta de ellas sobre la

Tabla 2. Características demográficas de la muestra.

	Ira	Ansiedad	Agotamiento vital
Ira		Rho Spearman=0.38, pvalue<<0.001	Rho Spearman=0.41, pvalue<<0.001
Ansiedad	Rho Spearman=0.38, pvalue<<0.001		Rho Spearman=0.58, pvalue<<0.001
Agotamiento vital	Rho Spearman=0.41, pvalue<<0.001	Rho Spearman=0.58, pvalue<<0.001	

variable "coronario". Se intentó modelar esta asociación, para ello seguramente el modelo incluirá la variable AV, puede que baste con una de las otras dos o la interacción entre AV y alguna de ellas. El modelo que brinda un mejor ajuste es el siguiente:

$$\text{Logit (Probabilidad de Evento coronario)} = \text{LPEC}$$

$$\text{LPEC} = 0.51 + 0.295 * \text{Agotamiento : Ansiedad}$$

Los Tests de Wald relativos a la calidad de los coeficientes del modelo indican buen ajuste (p valor < 0.01).

La presencia de AV y A aumenta la probabilidad de un evento coronario agudo. Los residuos deviance y de Pearson no señalan la presencia de valores extremos que

puedan distorsionar el ajuste. Si bien este ajuste es razonable, no elimina la posibilidad de que nuevas variables explicativas sean incluidas en el modelo mejorando positivamente la predictividad del mismo.

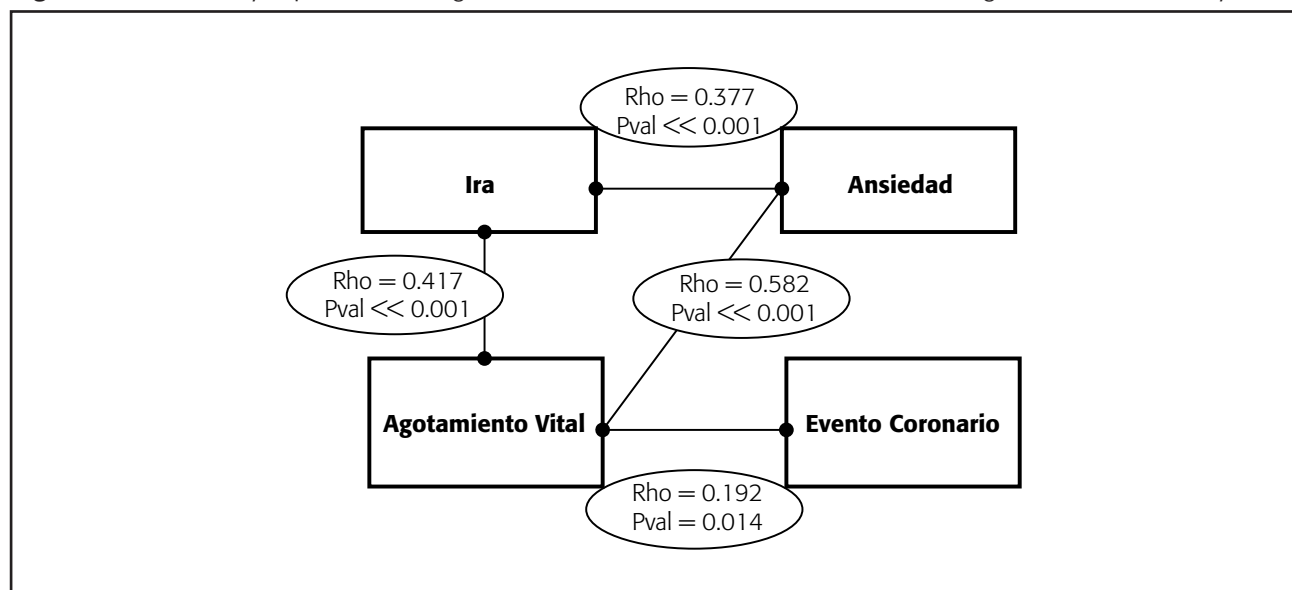
El resumen de los resultados de los cálculos estadísticos del modelo ensayado se observan en la Figura 1.

Discusión

Uno de los hallazgos principales de este estudio es que, el AV se encuentra fuerte y directamente asociado con los EC, hecho que confirma numerosos estudios pre-

	Total (n:165)	Coronario (n=90)	No coronario (n=75)
Agotamiento vital Score continuo Agotados (≥19)	21 (10,60) 85 (51,51%)	1 (8,96) 57 (63%)	p:0.0114 (Stu) 28 (21%) p:<.001 (χ²) OR=3.0 (1.6-5.5)
Ansiedad Score continuo Ansiosos (≥10)	11 91 (55,15%)	10 51 (30,90%)	p:0.2368 (Wilx) 40 (24,24%) p=0.786 (χ²)
Ira Score continuo Con Ira (≥7)	7 89 (53,93)	7 49	p:0.2314 (Stu) 40 p:0.8866 (χ²)

Figura 1. Resumen y representación gráfica de la interacción entre las variables según el modelo ensayado.



vios. No se pudo encontrar una asociación directa entre la A y la I con EC, por lo que podemos decir, que el AV es el que mejor discrimina entre el grupo coronario del no coronario. Estas diferencias se mantienen tanto evaluado como variable continua como categórica, lo que resulta que este se puede evaluar exitosamente utilizando ambos niveles de medición. Queda por estudiar la posible existencia de grados de AV y cómo evolucionan temporalmente.

En el caso de la A, aunque hay estudios previos que encuentran una asociación directa con EC, la mayoría de éstos la vinculan con los casos de muerte súbita o IAM fatales, cosa que no se puede evaluar en este trabajo porque eran casos no fatales. En el caso de la I aportaría nuevos datos a los ya existentes, debido a que las relaciones entre la ira y otras variables psicológicas, han sido menos estudiadas en general.

En línea con el segundo objetivo, podemos observar que los FRP*si* estudiados se encuentran asociados entre sí; si bien con diferentes grados de asociación, interaccionan entre sí. La asociación estadística más fuerte se encontró entre el AV y A. Le sigue AV e I, y por último, A e I.

Estos resultados son acordes con la idea de que las emociones negativas tienden a agruparse en la misma persona, que no serían independientes etiológicamente y que, podrían manifestar una disposición general a la afectividad negativa. Esto podría indicarnos, que la especificidad de los FRP*si* puede ser menos importante que estudiar la presencia de esta disposición crónica a experimentar frecuente e intensamente emociones negativas.

Es necesaria cierta cautela en el análisis de estas fuertes asociaciones, dado que podrían estar indicando la existencia de solapamientos teóricos en los constructos o en su medición. Entre el AV y A podemos encontrar que existen elementos comunes. Implican emociones y cogniciones negativas que pueden generar una cierta confusión teórica, clínica, y subjetiva; entonces consecuentemente, a nivel de instrumentos de medición de las FRP*si*. El solapamiento a nivel de constructos puede crear una ambigüedad para la medición e interpretación de las evidencias existentes, dificultando la identificación de cual o cuales de los FRP*si* contribuyen al riesgo de EC; hay que agregar la necesidad de estudiar muestras poblacionales de mayor tamaño. La I, al estar menos fuertemente asociada, se diferenciaría más claramente de los constructos considerados.

Con respecto al tercer objetivo, podemos decir que cuando las distintas variables psicológicas se asocian, aumenta la probabilidad de EC. En este sentido, se construyó un modelo para conocer el efecto de la interacción de los FRP*si* sobre el EC. Se constató que la presencia simultánea de AV y A aumentó la probabilidad de EC. El hecho de que el AV y la A se encuentren asociadas de manera más fuerte que las demás y la existencia de una fuerte asociación entre el AV y los EC, son coherentes con el resultado del modelo: se produce una sumatoria de efectos, que podría implicar una acción sinérgica. Los FRP*si* podrían no tener efectos diferentes e independientes, pudiendo incrementar el riesgo para EC porque com-

parten y determinan una facilitación a las emociones negativas, que a lo largo del tiempo llevan a alteraciones fisiopatológicas.

Además, éste hecho de sumatoria de efectos podría ser considerado en sentido opuesto a la posibilidad de solapamiento de los constructos, porque si se produce una sumatoria de efectos, se estaría hablando de variables diferentes y no solapadas. Quedaría estudiar la posibilidad de la presencia simultánea y sumatoria de los efectos entre FRP*si* y factores de riesgo biológicos.

Con esta información, trasladada al ámbito clínico, se apoya la necesidad de detectar precozmente la presencia de emociones negativas, dado que son indicadores clínicos de riesgo de evento coronario; más aún, si se encuentran dos o más FRP*si* asociados. Podríamos hablar de pacientes con indicadores de alto riesgo para EC.

En este sentido, sería útil perfeccionar tanto los constructos y descripciones clínicas de los FRP*si*, como la técnicas psicológica para su evaluación.

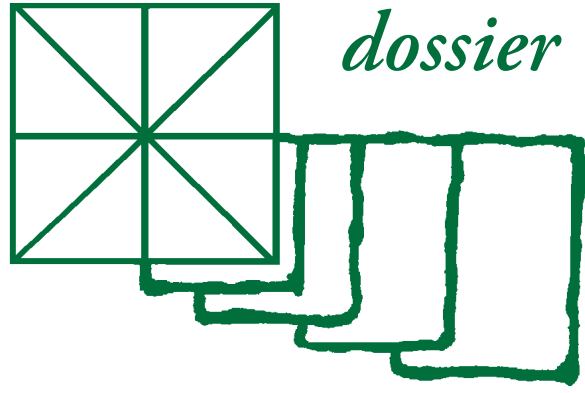
Conclusiones

En este estudio se encontró que existe una fuerte asociación entre FRP*si*, principalmente el AV, con eventos coronarios agudos; que existe diferentes grados de asociación de los FRP*si* entre sí, y que la presencia simultánea de dos variables aumenta el riesgo para EC, a través de una sumatoria de efectos. Sería necesario considerar en futuros estudios la posibilidad de solapamientos teórico-clínicos y, por lo tanto, ajustar las herramientas de medición de las variables.

Estos hallazgos podrían estar indicando una disposición general a las emociones negativas que interaccionan entre sí, suman sus efectos y aumentan la posibilidad de eventos coronarios ■

Referencias bibliográficas

- Albert CM, Chae CU, Rexrode KM, Manson JE, Kawachi I. Phobic anxiety and risk of coronary heart disease and sudden cardiac death among women. *Circulation* 2005; 111 (4): 480-7.
- Appels A. Loss of control, vital exhaustion, and coronary heart disease. In Stress, personal control and health. Step-toe, A, Apples A, editors. Oxford, England; 1989. p. 215-235.
- Appels A, Bar FW, Bar J, Bruggeman C, de Baets M. Inflammation, depressive symptomatology and coronary artery disease. *Psychom Med* 2000; 62 (5): 601-605.
- Appels A, Falger PRJ, Schouten WGW. Vital exhaustion as a risk indicator for myocardial infarction in women. *J Psychosom Res* 1993; 37, 881-890.
- Appels A, Mulder P. A questionnaire to assess premonitory symptoms of myocardial infarction. *Int J Cardiol* 1988b; 17, 15-24.
- Appels A, Mulder P. Excess fatigue as a precursor of myocardial infarction. *Eur Heart J* 1988; 9, 758-764.
- Bages N, Appels A, Falger PR. Vital Exhaustion as a risk factor of myocardial infarction: a case-control study in Venezuela. *Int J Behav Med* 1999; 6, 279-90.
- Barefoot J, Dahlstrom W, Williams R. Hostility, CHD incidence, and total mortality: a 25 year follow-up study of 255 physicians. *Psychosom Med* 1983; 45: 59-63.
- Bonet J, Suárez-Bagnasco M. Revisión breve: diagnóstico clínico de los ataques de ira y la hostilidad en pacientes con enfermedad coronaria. *Revista Argentina de Clínica Psicológica* 2011; XX: 231-237.
- Chida Y, Steptoe A. The association of anger and hostility with future coronary heart disease: a meta-analytic review of prospective evidence. *J Am Coll Cardiol* 2009; 53: 936-946.
- Das S, O'Keefe JH. Behavioral cardiology: recognizing and addressing the profound impact of psychosocial stress on cardiovascular health. *Curr Hypertens Rep* 2008; 10(5): 374-81.
- Davidson K. Emotional predictors and behavioral triggers of acute coronary syndrome. *Cleve Clin J Med* 2008; 75 (Suppl 2): S15-S19.
- Farouk M, Heather A. Social support and its relationship to morbidity and mortality after acute myocardial infarction. *Arch Intern Med* 2004; 164: 1514-1518.
- Follick M, Gorkin L, Capone R, et al. Psychological distress as a predictor of ventricular arrhythmias in a post-myocardial infarction population. *Am Heart J* 1988; 116 (1), 32-36.
- García EM, Magaz A, Campuzano R. Escala Magallanes de Ansiedad. Bilbao/Madrid: Grupo ALBOR-COHS, División Editorial; 1998.
- Gomez-Caminero A, Blumentals WA, Russo LJ, Brown RR, Castilla-Puentes R. Does panic disorder increase the risk of coronary heart disease? A cohort study of a national managed care database. *Psychosom Med* 2005; 67 (5): 688-91.
- Haines AP, Imeson JD, Meade TW. Phobic anxiety and ischaemic heart disease. *Br Med J* 1987, 295: 297-9.
- Kawachi I, Sparrow D, Spiro A, Vokonas P, Weiss S. A prospective study of anger and coronary heart disease the normative aging study. *Circulation* 1996; 2090-2095.
- Kawachi I, Sparrow D, Vokonas PS, Weiss ST. Symptoms of anxiety and risk of coronary heart disease. The Normative Aging Study. *Circulation* 1994; 90: 2225-9.
- Kubzansky LD, Cole SR, Kawachi I, Vokonas P, Sparrow D. Shared and unique contributions of anger, anxiety, and depression to coronary heart disease: a prospective study in the normative aging study. *Ann Behav Med* 2006; 31: 21-29.
- Kuper H, Marmot M, Hemingway H. Systematic review of prospective cohort studies of psychosocial factors in the etiology and prognosis of coronary heart disease. *Semin Vasc Med* 2002; 2 (3): 267-314.
- Lindeberg SI, Rosvall M, Östergren PO. Exhaustion predicts coronary heart disease independently of symptoms of depression and anxiety in men but not in women. *J Psychosom Res* 2012; 72 (1): 17-21.
- Matthews K, Gump B, Harris K, Haney T, Barefoot J. Hostile behaviors predict cardiovascular mortality among men enrolled in the multiple risk factor intervention trial. *Circulation* 2004; 109: 66-70.
- Mautner B, Bonet J, Kerbage S, Bonet MF, Pérez Lloret S. El agotamiento vital se encuentra significativamente asociado con eventos coronarios agudos en una población de Argentina. *Vertex* 2009 Nov-Dec; 20 (88): 421-6.
- Mittleman MA, Maclure M, Sherwood JB, et al. Triggering of acute myocardial infarction onset by episodes of anger. Determinants of myocardial infarction onset investigators. *Circulation* 1995; 92: 1720-1725.
- Roest AM, Martens EJ, de Jonge P, Denollet, J. Anxiety and risk of incident coronary heart disease: a meta-analysis. *J Am Coll Cardiol* 2010; 56: 38-46.
- Rugulies R. Depression as a predictor for coronary heart disease: a review and meta-analysis. *Am J Prev Med* 2002; 23: 51-61.
- Sirois BC, Burg MM. Negative emotion and coronary heart disease. A review. *Behav Modif* 2003; 27 (1): 83-102.
- Smith TW. Concepts and methods in the study of anger, hostility, and health. In Anger, Hostility and the Heart. Siegman AW, Smith TW, editors. Hillsdale, NJ: Erlbaum; 1994. p. 23-42.
- Smith TW, Glazer K, Ruiz JM, Gallo LC. Hostility, anger, aggressiveness, and coronary heart disease: an interpersonal perspective on personality, emotion, and health. *J Pers* 2004; 72 (6): 1217-70.
- Spielberger CD. Manual for the State - Trait Anger Expression Inventory (STAXI) Revised research edition. Odessa, Florida: Psychological Assessment Resources, Inc; 1991.
- Stewart J, Janicki D, Muldoon M, Sutton-Tyrrell K, Kamarck T. Negative emotions and 3-year progression of subclinical atherosclerosis. *Arch Gen Psychiatry* 2007; 64.
- Suls J, Bunde J. Anger, anxiety, and depression as risk factors for cardiovascular disease: the problems and implications of overlapping affective dispositions. *Psycho. Bull* 2005; 131 (2): 260-300.
- Trigo M, Silva D, Rocha E. Psychosocial risk factors in coronary heart disease: beyond type A behavior. *Rev Port Cardiol* 2005; 24 (2): 261-81.
- Van Diest R, Appels A. Vital exhaustion and depression: a conceptual study. *J Psychosom Res* 1991; 35, 535-544.
- Williams J, Paton C, Siegler I, Eigenbrodt M, Nieto J, Tyroler H. Anger proneness predicts coronary heart disease risk prospective analysis from the Atherosclerosis Risk in Communities (ARIC) study. *Circulation* 2000; 101: 2034-2039.
- Williams RB Jr. Basic biological mechanisms. In Anger, hostility, and the heart. Siegman AW, Smith TW, editors. Hillsdale, NJ: Erlbaum; 1994. p. 117-125.



ESCENARIOS EXTRAHOSPITALARIOS EN SALUD MENTAL INFANTOJUVENIL: UN PANORAMA DE EXPERIENCIAS EN EL ÁREA METROPOLITANA

Coordinación

Juan Costa
Ernesto Wahlberg

Al momento de definir un título para el presente dossier nos encontramos, quienes estuvimos a cargo del mismo, y el resto del comité editorial, frente al problema de tener que dar con los términos que delimitaran de la manera más precisa posible el grupo de prácticas que seleccionamos para su presentación. Lo planteamos como problema porque estas no se corresponden con las instituidas mayoritariamente en el sector salud, en donde nos hemos formado y hecho gran parte de nuestra experiencia clínica e institucional.

*El primer número de Vertex del año pasado fue dedicado a la noción de Salud Mental, y allí quedaron expresadas numerosas voces que intervienen en el coro del campo y, a su vez, los matices, tensiones y puntos de encuentro que se suscitan al momento de delinear conceptualmente este ubicuo sintagma. Las complejidades inherentes a la definición de los objetos, métodos e identidades de las disciplinas que actúan en el campo resuenan y se amplifican, precisamente, a la hora de acercarnos a su formalización. El recorrido por los textos que ofrecemos en esta oportunidad conduce a lugares escasamente frecuentados y, así mismo, teorizados; muchas veces pensados como extraños a nuestras áreas de incumbencia y, sin embargo, localizables en el interior del campo de la Salud Mental. Vale recuperar, a la hora de pensar en los distintos aportes disciplinares en estos dispositivos, los conceptos de **núcleo** y **campo de saberes y responsabilidades** del sanitarista brasileño De Sousa Campos.*

Otro de los componentes del título alude a los

*ámbitos donde se desarrollan estas prácticas o al menos donde están ubicados los ejes de las mismas. Los alcances de la idea de **lo comunitario** en Salud en general, y en Salud Mental en particular, son controversiales. Ante el riesgo de profundizar cierta banalización que amenaza a su uso, preferimos situar el marco para presentar los trabajos que componen el dossier en los espacios externos al hospital. Esto sin desconocer que la noción de **comunidad** ocupa un lugar de privilegio entre aquellas que componen las bases conceptuales de las propuestas de transformación de los sistemas de salud, como la Atención Primaria de la Salud o la más reciente del movimiento de la Salud Colectiva en Latinoamérica¹, y en particular las de reforma de la asistencia psiquiátrica.*

*Con la referencia a lo **infantojuvenil** restringimos el término, en este caso, a la alusión a una franja poblacional.*

Los artículos que incluimos en el dossier recorren un terreno de problemáticas abordadas a través de prácticas socio-sanitarias. Aquí encontramos a niños, adolescentes y jóvenes en situaciones signadas por condiciones socioeconómicas desfavorables, presencia de conductas delictivas, maternidades y paternidades en la adolescencia, consumo de sustancias, diversas formas de sufrimiento mental en ellos y/o en otras personas de sus familias o entornos y los consiguientes menoscabos en el desarrollo de su vida social. Sobre ellos confluyen nuevas perspectivas jurídicas y de salud pública que en los últimos treinta años vienen adquiriendo formalidad legal, grados

¹ Almeida Filho, N; Silva Paim, J. La crisis de la salud pública y el movimiento de la salud colectiva en Latinoamérica. Cuadernos Médico Sociales 75: 5-30

de desarrollo programático irregular y, en menor medida, legitimidad y consenso. Estas implican, en algunos aspectos, fuertes niveles de discontinuidad con lógicas históricamente consagradas en estas áreas. Sirve como ejemplo de esta discontinuidad el lugar de responsabilidad que se les asigna y demanda a las familias respecto del cuidado y contención de sus miembros más jóvenes en las complejas situaciones antes enumeradas, a diferencia de la fuerte impronta institucionalizadora que regía las leyes vigentes durante la casi totalidad del siglo pasado.

Estas nuevas perspectivas se articulan dialécticamente con lógicas y prácticas educativas, terapéuticas y de abordaje de lo social, del mismo modo novedosas, cuestionándose y reformulándose en forma recíproca.

El Lic. Gustavo Rossi, psicólogo de la Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia, realiza una puesta al día de las transformaciones en las modalidades de intervención y/o tratamientos de jóvenes adolescentes menores de 18 años, imputados o encontrados responsables de delitos.

El Dr. Ricardo Gorodisch y colaboradores, de la Fundación Kaleidos, dan a conocer los programas del Proyecto Jakairá, que cumple 10 años de desarrollo, dirigido a acompañar a adolescentes en condiciones de vulnerabilidad social, que son madres o padres, así como a sus hijos, durante el embarazo y la primera infancia.

La Dra. Marcela Corin presenta la experiencia de trabajo en un CeSAC de la zona sur de la CABA,

en donde se articulan la prevención, la participación colectiva, la construcción de redes, el arte, en el armado de diversos programas, desarrollando en profundidad un programa de discapacidad que funciona hace casi diez años.

El artículo de la Lic. Aída Perugino aborda el tema de la niñez y adolescencia en situación de desamparo, en donde el compromiso con el consumo de sustancias se presenta en primer plano, haciendo eje en la propuesta de una clínica basada en el vínculo.

El Dr. Costa y el Lic. Mattarucco ofrecen la descripción de un programa de trabajo planteado desde una ONG que se orienta a sostener a jóvenes y familias en procesos de inclusión social buscando romper con el desencuentro entre recursos de diversas naturalezas y las personas a las que están dirigidos.

Las Lic. Barcala y Torricelli desarrollan el balance de un programa de salud mental comunitaria para niños, niñas y adolescentes que llevaron adelante entre los años 2006 y 2012 en la CABA.

Frente a la actual conflictividad resulta ineludible proponer, implementar y evaluar nuevas formas de intervención, así como dar continuidad a aquellas que logren dar cuenta de respuestas social y técnicamente convalidadas, trasmisibles y replicables.

Apuntamos a que este dossier contribuya a visibilizar algunos de los seguramente muchos emprendimientos que en forma poco conocida se desarrollan en todo el país, esperando recibir, para considerar su publicación, los artículos de aquellos a quienes esta propuesta motive ■

Adolescentes y delito: un oscuro día de justicia

Gustavo Pablo Rossi

Prof. Adjunto a cargo de la Práctica Profesional en Acompañamiento Terapéutico, F. de Psicología, UBA; Psicólogo en la Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia (SENNAF); Miembro de la Comisión Directiva del Capítulo de Historia y Epistemología de APSA; Investigador formado UBACYT, F. de Medicina, UBA; Infancia y Salud en Argentina; 1880-1930 / 1930-1955.
E-mail: grossi@sinfomed.org.ar

Introducción: entre el control, la pedagogía y la clínica

Formular la introducción a este artículo abre a numerosos conceptos que merecerían ser estudiados por sí mismos, con un carácter multireferencial que abona a su complejidad, con interlocutores tanto del campo “psi” como del Derecho. Ya de por sí extenso, en este texto se dejarán de lado las divergencias conceptuales que impli-

caría un estudio minucioso tanto de la noción de adolescente como de delito. Partiendo de cierto consenso respecto a su dimensión de construcción histórico-cultural -en Occidente durante el siglo XX-, hablaremos de adolescentes, ubicando un determinado momento de la vida de un sujeto, que sucede al tiempo de la niñez¹.

Resumen

Se analizan las modalidades de *intervención* y/o *tratamiento* de jóvenes/adolescentes, de menos de 18 años de edad, imputados o encontrados responsables de delitos, considerando los *dispositivos multidisciplinares de intervención*, en especial los que incluyen alguna atención ambulatoria “psi”. Estos programas, que suelen desplegarse en el medio social, implican una intersección conflictiva entre el ámbito del Derecho y el de la “Salud Mental”. Será necesario revisar las variantes de respuesta social frente a dichos niños/as y adolescentes y el estado actual de los debates judiciales, para pensar la singular inclusión de lo terapéutico en estos contextos complejos, donde lo “socioeducativo” ha tomado un lugar relevante.

Palabras claves: Delito y sanciones judiciales en menores de edad - Medidas socioeducativas - Atención ambulatoria en Salud Mental - Interdisciplina - Psicoanálisis - Práctica “entre varios”.

TEENAGERS AND CRIME: A DARK DAY OF JUSTICE

Summary

The methods of intervention and/or treatment of children/teenagers under 18 years old who are accused or found guilty of crimes are analyzed taking into consideration multidisciplinary intervention tools, especially those including any kind of ‘psy’ outpatient care. These programs, which are usually deployed in the social milieu, involve a conflictive junction between the fields of Law and Mental Health. It shall be required to review the different social responses to such children and teenagers and the current state of legal discussions in order to reflect upon the singular inclusion of the therapeutic approach to these complex contexts, where the ‘socio-educational’ aspect has occupied a substantial position.

Key words: Crime – Legal punishments – Minors – Socio-educational measures – Outpatient care – Mental health – Inter-discipline - Psychoanalysis – ‘Communal’ practice

¹ Tomando ese consenso, desde el enfoque jurídico se utilizará el término adolescente o joven, en forma operativa, en contraposición con el de niño. Esto va en consonancia con los planteos tendientes a la diferenciación etaria del grupo poblacional al que va dirigido el sistema de justicia penal juvenil (2), considerando niños “sólo a los que están excluidos del sistema penal” (Art. 40 de la CDN). Es habitual que en este tema se denomine adolescente al grupo etario comprendido entre la “edad mínima” de imputabilidad y los 18 años de edad (1). Cabe acotar, no obstante, que el texto oficial en español de la Convención define como “niño” a toda persona de hasta 18 años de edad, y en este sentido en términos del uso popular también utilizamos las expresiones chicos o pibes, que en nuestro país resultan más abarcativas respecto a sus variables etarias.

Sin embargo, en este contexto nos preguntamos: ¿es el “pibe de la calle” un “adolescente”? En cuanto al delito, se puntualizará una posición crítica a los estudios del tema que naturalizan dicha noción, para pensarlo en los menores de edad.

Mi experiencia de 20 años en este campo², es coincidente con los casi veinte años de reformas de sistemas y leyes en América Latina (que fueron incorporando la Convención sobre los Derechos del Niño -CDN- con rango constitucional en Argentina desde 1994, y otros estándares de derechos humanos), por lo cual este texto es también una puesta al día de la cuestión, así como una posibilidad de reflexionar sobre la transformación de prácticas, discursos disciplinares, marcos normativos y sus controversias, considerando los cambios que se han producido en el escenario social y las propuestas formuladas desde el Estado a lo largo de estos años, en especial en esta década post 2001 (1, 2, 4, 8).

Encontrarán a lo largo del texto un tono de interrogación, propio de una investigación en proceso. Centrados en nuestro tema, de manera correlativa a la “sanción” vinculada a la causa judicial, se suele utilizar en forma amplia la idea de “intervención” *socioeducativa o psicosocial*, aunque es complejo otorgarle precisión conceptual en este contexto. En función de esto, ¿cómo ubicar acá los dispositivos ambulatorios?, ¿son sanciones, son *parte de* una sanción dada por la instancia judicial?, ¿cómo pensar esta tendencia actual hacia medidas psico-sociales o socio-educativas? Al hablar de intervenciones ambulatorias, móviles, ¿cómo definir la pertinencia de su uso “pedagógico” en el medio comunitario, en el “territorio”? Por el contrario, ¿resulta válido indicar el tratamiento “psicoterapéutico” del adolescente en estos ámbitos? Hay quienes rechazan toda clínica porque implicaría “psicopatologizar” a estos adolescentes. Al situar la intersección con el ámbito penal, ¿necesariamente deben quedar cuestionados en ese marco los dispositivos terapéuticos y la clínica psicopatológica?, ¿en nombre del *control social*? Un enfoque restringido a la mirada educativo-social no parece dar un horizonte mejor.

Enfocaré este recorrido en esos dispositivos ambulatorios que se han formulado con un sesgo de atención propio del abordaje en Salud Mental³ (muchos sostenidos en estos años por psicólogos, con sus variaciones según las provincias y pertenencias institucionales), que dan lugar a pensar lo terapéutico en una *cierta manera*, tomando como hilván y punto de llegada algunos aportes y nociones básicas que propongo desde una orientación psicoanalítica, para ampliar el campo de lectura y dar un fundamento ético a las intersecciones antes mencionadas.

Derecho para los torcidos

A manera de cuadro sinóptico para el recorrido posterior, destacamos que las políticas en Argentina tuvieron en estos quince años un cambio de abordaje, con un *marco legal* inscripto bajo la denominada Doctrina de la Protección Integral de la niñez y la adolescencia, conformada por: la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño (CDN), de 1989, ratificada en nuestro país en 1994 con rango Constitucional, las Normativas de las Naciones Unidas⁴ y la Ley Nacional de Protección Integral de la Niñez y Adolescencia (N° 26.061, de 2005).

El hito que representa esta nueva Ley implica un sistema de protección de derechos, y apunta a superar el *esquema tutelar* producto de la vigencia de la Ley N° 10903 de Patronato de Menores (Ley Agote, de 1919), que quedó así derogada. El lugar del niño como objeto de asistencia ha llevado a las instancias judiciales y asistenciales a tener bajo su tutela de “oficio” aquellos casos en que se advirtieran situaciones de “abandono moral o material”; idea que no contaría con una definición taxativa, con la consecuente multiplicación de arbitrariedades por parte de la instancia judicial.

Nora Schulman⁵ expresó recientemente que ese instrumento “*es un piso, no un techo*” y opinó que la ley argentina de protección es superior a la Convención. No obstante, asegura que “*en muchas provincias argentinas hay un discurso de Convención y una realidad de patronato*”, es decir de hace un siglo. “*No es a los niños y a las niñas a quienes hay que proteger. Es a sus derechos. Y no sólo el juez debe escucharlos. También la maestra, el médico... Si no, son pequeñas faltas de respeto y de incumplimiento cotidiano de los derechos de los niños que uno hace cotidianamente*”.

Visto desde otra perspectiva, en el proceso de cambios político-sociales que implican estos últimos diez años en Argentina (más allá de los aspectos que podrán cuestionarse), las instituciones estatales y no gubernamentales, en los programas y dispositivos, presentan abordajes desde una gran variedad de marcos teóricos, a veces en pugna, lo cual refleja la favorable búsqueda de respuesta a las *nuevas demandas sociales* (8).

Por su parte, debido al sistema tutelar en general y al *Régimen Penal de la Minoridad*, dentro del mismo, regulado mediante el Decreto-Ley No 22278 y su modificatoria No 22803 dictadas por la última dictadura militar, todavía existe en nuestro país una grave situación de vulneración de derechos respecto de los niños/as y adolescentes sometidos a dicho Régimen, especialmente de aquéllos

² En la Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia, desde el Programa Libertad Asistida la mayoría de estos años (desde 1992, antes Consejo de Minoridad y Familia). También en la función de supervisión y capacitación de “operadores educativos y convivenciales”, y luego como psicólogo del Equipo externo a los Centros de Régimen Cerrado (CRC) y Residencias de la SENNAF.

³ No hace al artículo ahondar en este tema, por lo cual cabe consignar en este punto que utilizamos alternadamente campo de la Salud Mental, “psi” o de la subjetividad, aunque son evidentes las diferencias dentro de lo que genéricamente se llama en Argentina “campo de la Salud Mental”, ya que no se opera desde la misma lógica en el psicoanálisis y sus diversas escuelas, que en las psicoterapias, la terapia cognitiva conductual o las corrientes psiquiátricas (y según la adscripción que estas tengan a su vez al uso metodológico del DSM y a una psiquiatría más biologicista).

⁴ Directrices de Riad, de Prevención de la Delincuencia Juvenil, 1990, Reglas de Beijing, Reglas Mínimas para la Administración de la Justicia de Menores, 1985, Reglas de la Habana, para la Protección de Menores privados de la libertad, 1990.

⁵ Directora de la Comisión Argentina de Seguimiento y Aplicación de la Convención de Derechos del Niño, presidida por Estela de Carlotto. En: Diario Página12, 6/12/12.

privados de su libertad (2). Mediante reiterados fallos, así lo está entendiendo la jurisprudencia que cuestiona la constitucionalidad del sistema vigente (1, 2).

En este contexto, sigue resultando imprescindible avanzar en la *reforma del régimen penal juvenil*, sobre el que hubo numerosos proyectos. Con un fuerte impacto en los medios de comunicación masiva, el tema reaparece cíclicamente en torno a la polémica sobre la baja de la edad de imputabilidad, que suele ser afín a las propuestas de endurecer la respuesta estatal frente al delito juvenil, no solamente en Argentina sino también en América Latina. En tanto se efectivice una reforma para llegar a dicho régimen penal especial, ese sistema debe ser aplicado a partir de una edad mínima antes de la cual se presume (sin que se admita prueba en contrario) que los niños no tienen capacidad para infringir las leyes penales. Esto es, que los Estados deben fijar una edad a partir de la cual las personas menores de 18 años de edad sean punibles, en forma completamente diferenciada de los adultos.

En síntesis, actualmente conviven paradigmas diferentes desde lo jurídico y en lo cultural, tanto en las prácticas como en lo discursivo, haciendo emerger por momentos al supuestamente superado paradigma de la "situación irregular", de la *lógica tutelar*, en una coexistencia con las nuevas normativas y sistemas que regulan la condición jurídica de la infancia y adolescencia, en concordancia con la Convención. Veamos ahora cómo se llega a esta historia.

Historias menores: desviados y anormales en la infancia

Allá lejos pero no hace tanto tiempo, entre el último cuarto del Siglo XIX y el primero del XX, en el cruce entre múltiples disciplinas hubo una proliferación de textos dedicados especialmente al niño adjetivado como "anormal", desde la perspectiva de la "cuestión social" o la inadecuación al sistema escolar, en consonancia con parámetros morales o ajustados a ideales de la época (3, 9, 39, 40).

A su vez, de un tiempo donde el enfoque de la patología mental infantil estaba centrado en el deficiente u oligofrénico casi con exclusividad (gran parte del siglo XIX), irán en aumento las preocupaciones para redefinir el abordaje de estos niños, comenzando a esbozarse propuestas para *diferenciarlo del adulto*, que tendrá mayor relevancia en términos teóricos/discursivos que en las consecuencias para la práctica⁶. Hay una ampliación de las clasificaciones médico-psicopedagógicas que agrupan las formas de la deficiencia mental en un círculo que va hacia su inclusión entre los "abandonados", los desviados, los inadaptados, para luego llegar a la vagancia y la delincuencia infantil y juvenil (35, 39, 47, 50).

También en esas décadas existen movimientos similares en varios países (como ser EEUU, España, Francia, México, Chile), tendientes a realizar una intervención racional, científica (9, 15, 26, 39, 46), para encauzar las posibles "desviaciones", tanto en términos del crecimiento individual como social. Esta llamativa coincidencia se inscribe para distintos historiadores en lo que se llama la construcción de la categoría infancia (o infancias, según su extracción socio-cultural), en tanto hasta el siglo XIX el niño tenía escasa visibilidad o nula, en la cultura y entre los actores que conformaban los escenarios sociales, según el espacio/tiempo que observemos. Las investigaciones sobre el infanticidio, entre otras, dan cuenta de lo sinuoso del camino⁷, resultando necesario para la historiografía ampliar los estudios locales y comparados, que diferencien adecuadamente las situaciones geográficas, sociopolíticas y económicas (26, 39).

Y en ese proceso de categorización que algunos estudiosos han llamado de *patologización* del "menor" en el campo social y del derecho, bajo la inspiración genérica del *positivismo* imperante, el médico ocupaba un rol de diagnosticador de los males sociales, superpuesto de manera elocuente con los discursos morales/pedagógicos. En la construcción paulatina de las "patologías de la infancia", esta cultura positivista irá contando con los "avances modernos" de la pedagogía y la psicología, y se utilizará con éxito en el análisis político y social, en el lenguaje y las prácticas escolares. La educación tiene una "*finalidad preventiva del desorden social*" decía en Buenos Aires el Dr. José M. Ramos Mejía (37). "*La salida definitiva de la escuela es particularmente peligrosa para el niño*", afirmaba en 1916 Roberto Gache, desde su conocido estudio sobre la *delincuencia precoz* (21).

En Argentina, la concepción del niño se condensa en la figura del *futuro ciudadano/adulto*, como meta político-educativa, mientras queda aglutinada la categoría de anormalidad con la infancia desamparada, quedando esa confusión a merced de la instalación de sistemas que permitieran un control, bajo la consigna de la protección de los *desviados*, ya en los primeros años de sus vidas (9, 39, 40, 50). El hijo del inmigrante tenía que ser especialmente atendido (40) -cualquier coincidencia con estribillos actuales de estigmatización es pura casualidad-.

En el plano jurídico, se produjeron en el cambio de siglo una serie de novedades legislativas para la época, calificadas como de *Protección de la infancia*, que aludían a la vigilancia que debían ejercer los padres, y a la responsabilidad e imputabilidad de los menores, como detallara en trabajos anteriores (39, 40). Aparece una fuerte indiferenciación del control penal; no existían establecimientos de detención para menores, destinándose hacia fin de siglo una sección para los mismos dentro del Departamento de Policía. En 1890 se abre la Casa de Corrección de Menores Varones, para judicializados

⁶ Esto se apoya en la investigación que venimos desarrollando desde el Capítulo de Historia y Epistemología de APSA. En esos deslizamientos semánticos, se relegaba la especificidad del abordaje del padecimiento mental severo en la infancia, tanto para el retrasado o deficiente intelectual como para las "locuras" en la infancia (antes de pensarse como psicosis infantiles, ya más avanzado el siglo XX).

⁷ Cf. De Mause, L. y otros. Historia de la infancia. Son también clásicos en el tema los trabajos de P. Aries.

menores de 18 años, donde se suma posteriormente a huérfanos de menos de 10 años (30, 39, 41).

La Ley de Patronato de Menores en 1919, pionera en América Latina, consolidó la intervención del Estado en la vida de cierto sector de la infancia, los niños abandonados moralmente, que era sinónimo de familia pobre. Impulsada por el Dr. Luis Agote, da entidad a la categoría de *menor* y lo hace objeto de investigación, para seleccionar una "anormalidad" que aparece en algunos "indicios" de los cuales el hecho punible es de los más claros. Esos indicios provocan la intervención estatal, de un juez de menores, como autoridad por encima de la familiar, con poderes no controlados⁸ (32). Expansión de educadores-reformadores y reformatorios (15, 25, 34, 41).

La fuerza de esa visión adultomorfa resulta paradójica en la práctica⁹, ya que mientras ve al niño como un adulto -aunque "en potencia"- no le da tampoco en términos de Derecho las garantías que tienen los adultos, al no establecer diferencias acordes a la niñez en su recorte diacrónico -como período de vida-, atándolo al asistencialismo y discrecionalidad de un Mayor (jueces, técnicos, profesionales, personal de vigilancia, entre otros).

Si cotejamos este movimiento, más cerca, entre los juristas se ha planteado hacia finales del siglo XX que durante décadas se abstuvieron de debatir sobre "cuáles eran los problemas legales que tenían las leyes especializadas en menores" y "cuáles deberían ser las características de un mejor derecho para los menores de edad" (6).

Psiquiatría, Psicología, Psicoanálisis: hacete amigo del Juez

¿Y cómo se fue desarrollando en nuestro medio psi aquello que Jacques Donzelot llama el *mercado de la inadaptación*? En distintos países, una lectura histórica lleva a ubicar la psiquiatría infantil, ya entrando en la primera mitad del siglo XX, delineada entre "*los apetitos profilácticos de los psiquiatras y las exigencias disciplinarias de los aparatos sociales*", como lo describe el clásico estudio de Donzelot, "*La policía de las familias*" (17).

La preselección e identificación de aquellos niños que puedan ser de riesgo, ocasionar daño social, con la contribución de la psicología "moderna" y su naciente psicotecnia, tendrá en su táctica la ubicación de dos espacios privilegiados a tener en cuenta, como parte de la tarea: la escuela como laboratorio y como indicador ante las ausencias, y la familia que con sus carencias se convertirá en portadora de enfermedad (39, 40).

Resulta interesante indagar cómo -luego de la segunda guerra mundial-, según infiere Donzelot para Francia, la psiquiatría se transformará *enmendada* por el psicoanálisis, con el efecto de proveer "*al juez el medio para reunir*

en un solo haz y bajo su control jurídico las diferentes categorías de niños delincuentes, asistidos o anormales". Hacia 1943, el psicoanalista D. Lagache, con el psiquiatra G. Heuyer, establecen la clasificación de los niños "*irregulares*", palabra que "*gusta porque no es demasiado médica, si bien conserva la idea de anomalías transpuestas a un plano más bien moral*" (17).

Es central leer este pasaje tanto desde la práctica como desde el cruce conceptual, donde el psiquiatra - con cierto uso del psicoanálisis- se convierte de rival del juez en un aliado indispensable, un relevo para "*controlar por medio de un código homogéneo la infinita deriva de las prácticas en prevención*". ¿Línea de avanzada para la época? La historia nos enseña a apreciar que los acontecimientos tienen distintas lecturas, no tan en blanco y negro como quisiéramos, como a veces se hizo.

Ampliando el relato de Donzelot, para pensarlo también en nuestro país, subrayemos que esa licuación de teorías, entre ciertas corrientes del psicoanálisis y la psicología, junto a la psiquiatría y la criminología, permitían dar entidad en el mismo molde a una codificación superpuesta, entre categorías de niños que eran competencia tanto de lo judicial (niño y joven delincuente), como de lo asistencial (niñez pobre, desdichada, abandonada). Por otra parte, el texto mencionado arriesga que dicho pasaje "*proporciona a la acción educativa una técnica de intervención que limita la imprevisibilidad del voluntariado y los avatares del 'deseo educativo'*" (17, 34). Y, mientras controla la autonomía de los patronatos, supera las "*abruptas barreras entre lo asistencial, lo médico y lo penal*" (itálicas siempre nuestras). Cabe re-preguntarse, ¿se trata de una crítica o una valoración positiva?

Y en relación a esto, ¿cómo pasar entonces de estos "especialistas de lo invisible" (aliados del juez) a una intervención que no quede en el más (*im*)puro deseo educativo? En tal caso, ¿cuál es la intervención que respeta al niño y adolescente-sujeto? No solamente al del Derecho, sino también al *otro* sujeto: el que a veces se filtra en la transgresión, que se muestra en el acto delictivo, se rebela en la agresión, como contracara de su magra respuesta contra quienes -para él y los suyos- lo agreden.

Además, Donzelot afirma que hay una "*desmaterialización del delito, que ubica al menor en un interminable dispositivo de instrucción, de juicio perpetuo*". Y allí coloca la medida educativa hacia el joven, que precisamente radica "*en esa brecha abierta por el carácter suspensivo de la pena*". Lo educativo, al borrar -según el autor- en sus supuestos la distancia entre lo asistencial y lo penal, "*amplía la órbita de lo judicial a todas las medidas de corrección*" (17).

¿Hay un retorno hoy a ese estado de cosas? Los puntos que siguen se abocan a esto.

⁸ Durante décadas, con efectos hasta el presente, ingresó en la situación irregular no sólo aquel de quien se sospecha que ha cometido un hecho punible como menor de edad sino, incluso, aquel que ha sufrido como víctima un hecho punible, siendo también menor de edad.

⁹ No se trata con esto de tener para la historia una visión positivista, progresiva, de cuestionamiento del pasado a partir de la comparación entre un supuesto "progreso" del presente y el salvajismo de nuestros antecesores, en una línea de anacronismos donde el futuro será "lo mejor". Lo cual no implica por nuestra parte impugnar toda forma de plantear la historia como herramienta para pensar el presente, como una historia desde el presente, en cierta manera con algo de un inevitable anacronismo: pero eso es diferente de la cuestionable "evaluación" desde los valores y concepciones actuales de situaciones ocurridas hace uno o varios siglos.

Ajusticiar en sensatas cantidades...

Entre los estudiosos del Derecho, pero también en la población en general, hay acuerdo respecto a que la respuesta que el Estado da a los menores de edad a quienes se imputa la comisión de delitos es inadecuada. Basta ver la repetición de títulos y comentarios de los diarios cuando “denuncian” a algún “pibe chorro” siendo partícipe de hechos criminales. Ante esas demandas todo se complica, como lo formula la reconocida especialista Mary Beloff (en quien apoyaremos algunas precisiones jurídicas), que despliega otras preguntas que reformulamos sintéticamente (7). ¿Qué es lo inadecuado: las leyes o las instituciones judiciales y administrativas?, ¿el problema está en la respuesta estatal al delito, en la falta de acción estatal en otros órdenes o en ambas?, ¿qué significa la justicia penal para un niño/adolescente que comete un crimen?, ¿cómo debería una sociedad justa tratarlos?, ¿cómo se justifica el castigo a un niño o adolescente que comete delitos?, además, ¿qué forma debería adoptar, en estos casos, el castigo?

Hay que modificar las leyes, poner más castigos y empezar desde más pibes, dicen algunos. Pero hay cuestiones previas, que Beloff formula con precisión. *“Dos décadas de transformaciones sustanciales de la respuesta jurídico-penal al delito de los menores de edad en América Latina en general y en México en particular -basadas en estándares internacionales de protección de derechos humanos de los niños y de las víctimas- revelan que para incidir en la reducción de la violencia de y hacia los jóvenes se requiere algo más que modificar el Código Penal. Si los jóvenes, sus derechos y la seguridad de todas las personas son realmente tomadas en serio, debería en primer lugar formularse un acuerdo que guíe la definición de una política criminal juvenil que involucre a todos los actores con responsabilidades institucionales y a todas las jurisdicciones”.*

Se plantea hacer foco en la *prevención*, entendida ésta como el cumplimiento de las responsabilidades de la familia, de la sociedad y del estado hacia la infancia; y en lo que se llama la *especialidad* como respuesta diferenciada a la situación del menor.

E irá a aspectos más puntuales: *“los grandes temas de la seguridad en América Latina requieren la formulación de una política de seguridad concentrada en las cuestiones que sí tienen incidencia en el tema como los delitos relacionados con la producción y el tráfico de drogas, con los desarmaderos de automóviles para la venta de autopartes usadas, con el fácil acceso a armas, etc. En relación con los niños y jóvenes, el énfasis debería ponerse en lograr su permanencia en la escuela, en espacios recreativos, deportivos y culturales así como en el fortalecimiento de la familia (...)”.*

¿El encierro como alternativa o alternativas al encierro? Sanción y/o Protección

Para comenzar por el elemento de la “sanción” como consecuencia jurídica del delito, consigno que en los sistemas de justicia penal juvenil se establecen sanciones diferentes, *“que se extienden desde la advertencia y la amonestación hasta los regímenes de semilibertad o privación de*

libertad en institución especializada”. Pero en estos modelos que se fueron estableciendo en las últimas décadas en América Latina, lo “alternativo” y “excepcional” debiera ser lo cerrado, como última instancia cuando se agotaron todas las demás medidas o intervenciones. *“Es propio de la justicia penal de adultos hablar de penas alternativas”* (5).

La permanencia del adolescente en su medio familiar y en su comunidad es así una prioridad, contrariamente a lo planteado históricamente en las estrategias de control social que aislaban al chico, y actualmente cuando apelan a la *mano dura* ante la *inseguridad*.

Como decíamos, en nuestro país igualmente aún hay que diferenciar entre el *deber ser* y el *ser*: según la región, hay un abanico de realidades fusionadas o superpuestas, que incluyen la inexistencia o inadecuación de programas e instituciones. Lo cual no implica negar que se viene haciendo el valioso esfuerzo de separar el ámbito penal del ámbito asistencial, donde un sistema de justicia juvenil o un marco legal penal para adolescentes no supla un sistema de protección de derechos, esto es, al sistema asistencial o de protección/restitución de derechos (5).

Y aquí citaré otro párrafo de Beloff, con un destacable rigor conceptual: *“el fundamento de la sanción penal juvenil continúa siendo (...) la prevención especial positiva, que en términos criminológicos tiene que ver con la reintegración social del condenado. Este es un punto en común entre el modelo tutelar y el modelo de la protección integral de derechos. Podría decirse que es el único. Por esta razón se debe poner atención en distinguir las consecuencias jurídicas de la comisión de un delito por parte de un adolescente -sanciones- y las medidas de protección porque aún en leyes nuevas, que distinguen entre el sistema de protección y el sistema penal juvenil, se admite cierta superposición entre ambas. Tal el caso, por ejemplo, en el que una sanción penal juvenil o medida socio-educativa tiene como único objetivo reestablecer al adolescente en el ejercicio de un derecho: órdenes de supervisión consistentes en que el adolescente vaya a la escuela o a un programa de rehabilitación para adictos a una sustancia prohibida”.* Sin embargo, en esta lógica *“(...) si como consecuencia de una reacción estatal coactiva, provocada por la comisión de un delito, surge algún beneficio para los derechos del adolescente, esto es un valor agregado de la sanción, pero no su fundamento ni su justificación”* (5).

Atinadamente, Beloff afirma que no se trata de una posición insensible a la protección y restitución de derechos básicos vulnerados. Sino que bajo el atendible intento por “ayudar” al adolescente en situación de marginalidad o vulneración de derechos (con el argumento de que el Sistema de Protección no da respuestas adecuadas), puede filtrarse una justificación para licuar el campo asistencial con el sistema de justicia penal juvenil, que vuelva al *asistencialismo tutelar*. Esto llevaría a confusiones, como ser, si para el mismo adolescente infractor, “a consecuencia” del hecho que causó dolor y violencia con su acto, la “ayuda” que recibe lo lleva a concluir que “cometer un delito no le ocasionó ninguna consecuencia disvaliosa” (5).

Este punto de disyunción tiene sus dificultades, sus controversias no cerradas.

También se reitera desde hace algunos años en el trabajo diario de psicólogos y trabajadores sociales en estas instancias, una discusión con el discurso jurídico, sobre la definición que tendrían las cada vez más presentes “medidas socio-educativas”, y respecto a si la sanción es necesariamente lo mismo que las “medidas socioeducativas”. Bellof escribe que *“cabe preguntarse si las consecuencias jurídicas de la comisión de un delito en estos sistemas son medidas, medidas socio-educativas, penas o sanciones. Los instrumentos internacionales, como ha quedado demostrado, no son precisos en este punto”* (5).

Desde su lectura, el sociólogo Robert Castel aporta una diferenciación que articulamos, cuando analiza el contrapunto entre “protecciones civiles” y “protecciones sociales” en las sociedades occidentales contemporáneas. Dice que *“la problemática de las protecciones civiles y jurídicas (...) remite a la constitución de un Estado de derecho”*, mientras que la “problemática de las protecciones sociales” (de la seguridad-inseguridad social) *“remite a la construcción de un Estado social y a las dificultades que surgen para que pueda asegurar al conjunto de los individuos contra los principales riesgos sociales”* (10). Y plantea los obstáculos existentes para superponer ambas protecciones, sus imposibilidades.

Tomemos en cuenta además que el sistema penal tuvo históricamente un rasgo que es selectivo, -se sabe aunque se trate de ignorar entre “constitucionalistas” renombrados-, que muchas veces excluye a los ya segregados, en los Institutos de Menores (hoy CRC). Es un sistema que *“encuentra en los jóvenes pobres a mejores candidatos para ser criminalizados”*: una población compuesta casi en exclusividad con el perfil del “pibe chorro”, de sectores económicos precarizados (45). Es decir, pibes que tienen vedado el acceso “en igualdad de oportunidades a los servicios” del área de salud, y más aún a la atención de su “padecimiento psíquico” (Salud mental).

Qué Pena lo Asistencial

En continuidad con lo anterior, es válido recordar los desafíos que se articulan con la “otra parte” del ordenamiento legal actual, volviendo a la Ley de Protección Integral. Para interrogar nuevamente sobre el estado de cosas actual, como ser, en principio, ¿cuán tajante puede ser la distinción entre lo judicial/sancionatorio y lo clínico/asistencial?

Para esta Ley de Protección, el Estado debe garantizar *“programas de asistencia integral, rehabilitación e integración”*. Respetando las *“pautas familiares y culturales reconocidas por la familia y la comunidad a la que pertenecen siempre que no constituyan peligro para su vida e integridad”*. Afirma, también, que los niños/adolescentes tienen derecho *“a la educación pública y gratuita, atendiendo a su desarrollo integral, su preparación para el ejercicio de la ciudadanía”*, así como *“a acceder en igualdad de oportunidades a los servicios y acciones de prevención, promoción, información, protección, diagnóstico precoz, tratamiento oportuno y recuperación de la salud”*. Además, el Estado, la familia y la sociedad *“deben asegurarles el*

pleno desarrollo de su personalidad hasta el máximo de sus potencialidades, así como el goce de una vida plena y digna”.

Ahora bien, estas cuestiones provocan más interrogantes, ¿de qué manera hacer efectivo esto? Al hablar de “desarrollo personal”, ¿no es congruente con una intervención clínica, en Salud mental?

Con estos adolescentes, hemos planteado aquí la intervención de diferentes programas y medidas, en Residencias y en estrategias ambulatorias que van desde esquemas de “Libertad Asistida” hasta dispositivos con intervenciones “en territorio” o comunitarias; que al menos en ciertos lineamientos dentro de estas “realidades”, pueden brindar aportes desde lo *terapéutico* (retomo este punto hacia el final). Con sus determinaciones particulares, aludimos a una asistencia que vaya hacia el cumplimiento de esta Ley, tanto en el respeto de los derechos del niño/adolescente como en la restitución de sus derechos básicos vulnerados, entre ellos lo atinente a la Salud Mental, para tender a que no continúe en el recorrido sin salida, o de puertas giratorias, por el circuito penal.

Trayendo el recorrido anterior, se llega a otras polémicas que surgen tanto en congresos como en reuniones y pasillos, entre quienes trabajan en estos “frentes”: ¿Es pertinente plantear un tratamiento “psi” como parte de la obligación o la “sanción” judicial?, ¿o es una práctica que responde a la vieja ideología tutelar?, ¿implica psicopatologizar la cuestión social?, ¿es reemplazable por medidas socio-educativas?, ¿o son diversas modalidades extendidas de un control social más “tolerable” y reticular?

Entre disciplinas no es disciplinar

Para avanzar, coincidimos también con Beloff en que *“continuar con el proceso de transformación de la justicia juvenil no corresponde ya exclusivamente a los abogados o juristas, sino a las disciplinas vinculadas con la intervención social y psicológica, las que deben asumir el liderazgo en este camino de transformaciones”*. Es que *“se trata de encontrar nuevas y eficientes formas de intervención psicosocial y de separarse del matrimonio, casi centenario, que tuvieron con los juristas en el marco del complejo tutelar clásico”* (6).

Aunque interrogamos respecto a la definición posible de “psicosocial”, como si fuera algo predeterminado conceptualmente, cuando se trata de nociones laxas, alejadas de una definición estricta (2). Se habla de la intervención social, en territorio, pero no hay determinaciones sobre lo “psico”. ¿Qué sería lo *psicosocial*?, ¿está en línea con otros dos significantes compuestos, la medida *socioeducativa* y lo *psicoeducativo*?, ¿cómo se diferencian?

Ahora bien, es importante entender entonces que el “orden de ideas” en el que opera el sistema penal es diferente de las ideas atinentes al funcionamiento del sistema de Salud Mental, o respecto a la implementación de políticas en Salud Mental. A esto se agrega el Sistema de Protección o Desarrollo Social. Se trata no obstante de lograr articulaciones necesarias, y posibles,

que no impliquen la impugnación de un sistema por parte de otro, ni la *forclusión* de la singularidad de cada intervención.

Hay aquí otra observación a hacer respecto al abordaje multidisciplinario, en esta misma dirección, cuando Beloff apela a un pertinente análisis crítico, “*dirigido a refundar, al igual que el viejo derecho de menores, la psicología, la psiquiatría, el trabajo social y otras disciplinas de intervención individual y social, sobre nuevas bases inspiradas en el derecho internacional de los derechos humanos*” (6). Modificaríamos los términos de la formulación, en lo planteado como *refundar* la psicología, la psiquiatría y el trabajo social sobre bases “*inspiradas*” en el derecho. Quizá sea solamente una precisión terminológica, pero más que inspiradas, tendería a ubicarlas en diálogo y articulación con el orden de ideas del derecho internacional en este momento histórico, con las diferencias entre cada una de esas disciplinas y prácticas. Ya que así como los debates especializados del Derecho no pueden subsumirse a las disciplinas psi y sociales, tampoco el discurso del Derecho puede subsumir las diferentes prácticas -y marcos conceptuales- que se abocan a la niñez/adolescencia en infracción con la Ley Penal.

Intervenciones en lo social

Enfoquemos las intervenciones sociales con estos chicos, llamadas a veces “en territorio”. Sin eludir lo multi-referencial de esta noción, recortemos que según Michel Foucault “*territorio, es sin duda una noción geográfica, pero es en primer lugar una noción jurídico-política: lo que es controlado por un cierto tipo de poder*” (20). Si lo asociamos a la idea de intervenciones en lo social, cabe comenzar planteando que las mismas han estado relacionadas con el modo en que cada época construye los perfiles de la *transgresión* (8). La histórica “cuestión social” encaminó el ejercicio del poder, en tanto las políticas, conceptos y modalidades con que cada comunidad se propone resolver el problema de la/s *anormalidad/es*, incluida la infancia.

Foucault (19) también analiza cómo en cada cultura existen actos de demarcación, líneas divisorias, que tienen una función doble, “ambigua”: establecer un límite, pero además abrir el espacio a la *transgresión*. Dicho espacio posee su propia configuración y sus leyes, y forma para cada época lo que podría denominarse su *sistema de transgresión*. Que resulta así la condición de posibilidad y de aparición histórica de las desviaciones, los anormales.

En nuestro tema, al hablar de exclusión social pueden traerse imágenes donde queda en el borde ese *otro de la barbarie, un otro radicalmente absoluto*, que incluye al pobre, ese “de la villa”, como también al inmigrante, al loco y a una especie de juventud *descarriada*, que en Argentina hasta se le atribuye ser portadora de una cultura, la de los “pibes chorros”. Esta construcción del excluido quedará también increpada por la imagen estigmatizante, incluso a veces a la manera de una autocontemplación discriminatoria del mismo pobre hacia él y su entorno, desde la mirada de ese ideal normalizador

que también lo atraviesa. La exclusión será un nombre para el “exiliado interior”, ya no solamente el exiliado diferente, exótico (10, 18).

Con Robert Castel ampliamos estas ideas cuando plantea que los excluidos son “colecciones” de individuos (y no colectivos) “*que no tienen nada en común mas que compartir una carencia*”. Pero nadie, ni siquiera el excluido, existe en el “*fuera-de-lo-social*”, y la “*descolectivización en sí misma es una situación colectiva*”, es parte de un proceso histórico (10).

En estas décadas, a su vez ha sido estudiado recurrentemente el fenómeno de la fragmentación social en las economías capitalistas propias de la globalización, descritas por la dispersión generalizada de individuos atomizados, anónimos, donde la interacción parece reducirse al intercambio mercantil. Con la *absolutización del mercado*, el ciudadano queda desplazado a la figura del consumidor, trastocándose en este punto la categoría de sujeto de derecho. ¿Dónde queda aquél que no puede entrar en el universo de los consumidores? (10, 43).

En Argentina y en Latinoamérica, deben situarse las transformaciones que implicó la década de los noventa, años de devastación para la inserción laboral y la distribución del ingreso (43); con la caída del Estado benefactor, en un contexto de empuje a ese orden económico supuestamente unificador, hoy en crisis. Con su incapacidad de producir cohesiones duraderas, redes de solidaridad, amistosas y familiares, incluso para la construcción de fuerzas grupales o pertenencias políticas.

En este contexto, quisiera poner en discusión las ideas de desinserción y reinserción social, en su enlace con la de exclusión, por el largo recorrido que tiene esa serie en las políticas sanitarias y sociales. En “Los náufragos”, Patrick Declerck sostiene que la ideología que sustenta las acciones de Reinserción, supone “*la mayoría de las veces, de manera implícita o explícita, la idea de un regreso del sujeto al seno de la normalidad social y económica*” (14). Desde esas recetas, re-insertado en el lugar correcto, será ciudadano por fin entre otros, en el marco de las obligaciones del funcionamiento social, económico y relacional. “*Curado, autónomo, vivirá el resto de su existencia, colmado de las delicias de la normalidad, es decir, en definitiva, del trabajo*” (14, 18).

Con este autor, vamos a complejizar la cuestión de la banda marginal, del *pibe chorro*, y acordar en que afirmar la existencia de una categoría supuestamente homogénea de excluidos es una *ficción*; es decir, que no es más que una hipótesis. En línea con lo anterior, esta “*reducción ideológica que unifica a los excluidos como población aparte, legítima el hecho de que se preconice cierto número de tratamientos dirigidos a una población concreta*” (18), con lineamientos estandarizados. Desde una concepción ajena a la consideración del sujeto en su singularidad, se suelen elaborar medidas y recursos destinados a favorecer la reinserción, basados en soluciones homologables, universales.

Por otra parte, en relación a esto cabe también plantear que “*la exclusión supone un individuo que no está, o que ya no está, integrado en una red de solidaridad familiar,*

amistosa o de barrio. Semejante definición establece, pues, una línea divisoria entre exclusión y precariedad". Existen barrios marginales a la gran ciudad, villas o conventillos, conglomerados en situación económica precaria, pero en los que se producen sistemas y redes de solidaridad económica, basados en ocasiones en el trueque, por ejemplo, otras veces en economías periféricas o poco legales. "Debido a la existencia de esas redes de solidaridad, no puede hablarse en esos casos de exclusión". (18) Para el adolescente, la identificación en algún sesgo con el "pibe chorro" habla a su manera de una posibilidad de hacer grupo, de formar alguna colectividad, alguna banda o tribu, entre los pibes que en forma aislada quedan a merced del "desbande" social. Aunque esa identificación, en la novela social, facilita a la vez la posibilidad de recetas para quienes buscan la condena social, tanto como para los "salvadores" que buscarán volverlos útiles para la sociedad (12, 36).

Ante este panorama, Alfredo Carballada afirma que con el nuevo siglo, al aparecer fisuras en el neoliberalismo como relato único, se construyen nuevos escenarios, dónde incluimos lo referente al abordaje de la adolescencia y sus crímenes (8). Esa crisis, que es global, "ha puesto otra vez en escena la política, la necesidad de apelar al sentido y a la ideología", frente al giro cultural que implicó el abandono de los sistemas de protección social y "la ostentación obscena de la desigualdad", que en Argentina tuvo como modelo los años noventa, como corolario de procesos que comenzaron en la dictadura del año 76. El retorno, lento y oscilante, de cierta centralidad del Estado con una faceta que representa los derechos de los ciudadanos, va acotando la omnipresencia del mercado como regulador social.

En Argentina, las instituciones estatales, paraestatales y no gubernamentales presentan en sus prácticas una gran variedad de marcos teóricos, a veces en pugna, que reflejan nuevas formas de "politización de la sociedad" (8). Cada lugar de trabajo, cada dispositivo testimonia esa contienda entre paradigmas (8), lo cual permite dar otra lectura a la fragmentación social, donde se proponen alternativas de cohesión en la comunidad, de transformación de estructuras burocráticas y paradigmas culturales cristalizados.

Restitución de Derechos, recursos y cursos: caso por caso

En estas intervenciones, resulta a veces fundamental operar sobre aquello que hace a la *realidad cotidiana* del joven; sus actividades, la búsqueda de trabajo o estudio, la obtención de su DNI, de su partida de nacimiento, o el asesoramiento para hacer determinado trámite, son ejemplos. Parece ingenuo abstraernos a pensar en términos de *subjetividad* con un pibe de 18 años que aún no llegó a tener ni siguiera su partida de nacimiento: como ha pasado con Luis, que le gusta ser llamado por su segundo nombre -aclara- y que pese a infinidad de trámites, no está inscripto aún su nacimiento en La Rioja. Con tres causas judiciales, rearma confusamente su historia: es el único de seis hermanos no reconocido por su padre,

aunque cuatro de ellos, según cuenta, lleven apellidos de distintos padres. En este contexto institucional, gestionar esa inscripción demasiado pendiente, junto a su madre, tuvo sin dudas consecuencias determinantes para sostener luego un tratamiento, posible. En algunos casos, realizar ese acompañamiento favorece también lo referente al vínculo terapéutico a construir, no sólo por la palabra.

Sin embargo muchas veces la inserción en una actividad laboral o de estudios aparece para estos adolescentes como un imperativo, al cual deben hacer frente y se oponen, por distintos motivos (subjetivos, por su connotación familiar, etc.). Como en el caso de J., puede ser su forma de hacerse un lugar. Desde un principio, el planteo en el Equipo fue ¿cómo hacer para no quedar "pegados" a ese lugar de obligación, de mandato que se le impone desde una instancia no legitimada para él? Es que para J. -17 años, que vivía con su madre y tres hermanos menores-, trabajar era *trabajar para* la madre. Con frecuencia, estudiar, trabajar, hacer tal o cual cosa, vienen del lado de imperativos, ideales, *objetivos* puestos por el mundo adulto, padres, maestros, juez, etc. En él, esa disyuntiva, "*trabajar para mi vieja o no hacer nada*", lo llevaba inevitablemente al lugar del vago, en un margen que lo terminaría condenando... Al tener una causa judicial, tanto la madre como la delegada judicial, el Juzgado y la psicóloga de un centro barrial al que lo habían mandado, quedaron para el joven en una serie que lo llevaba a escaparse, a huir hacia "*cualquier lugar*" que le diera "*libertad*", según decía. Y el lugar al que iba en sus repetidas escapadas era la precaria casa de su padre -en la Villa 20-, que en la historia familiar era el "*borracho*", el "*vago*"... Al tiempo, en tanto algún terapeuta no quedaría ubicado en esa serie, aparecen preguntas del adolescente, sobre cuál era su lugar entre tantas huidas, ¿a dónde quería llegar? Lo central fue desligar el espacio terapéutico de aquella demanda enloquecedora de la madre hacia el joven, que aparecía en serie con las demandas de la instancia judicial.

Derechos humanos más Psicoanálisis

Es pertinente hacer ahora algún anudamiento entre lo referente al Derecho, el respeto al sujeto de derecho, y esa búsqueda de modalidades de intervención en niños y adolescentes desde la dimensión de la subjetividad, que planteo en términos psicoanalíticos (en sintonía con los estándares sobre derechos humanos). Es que, hay un nudo básico si sostenemos que el respeto por los derechos humanos son "un previo indispensable" para alguna intervención orientada desde el psicoanálisis (31, 42, 43). Eric Laurent dice que el psicoanálisis aporta al "*registro de la particularidad subjetiva*" del adolescente en este caso, por el cual se piensa cierta restitución de derechos, humanos, básicamente y para empezar a hablar. Con Laurent, convenimos en la apuesta a construir "*nuevos artificios*" que estén "*a la altura actual del sufrimiento subjetivo*", para tender a confluir con los actores del drama social tomando en cuenta cierto "*régimen del no-todo*" (31)¹⁰. Y lo traigo a propósito de la responsabi-

lidad que implica no solamente a los adolescentes sino también a sus entornos (familia, Estado, instituciones), donde incluimos el llamado de Laurent a la “*responsabilidad de las instituciones analíticas*”, para “*afrontar los retos del siglo*”.

Es ahí donde será necesario pensar un conjunto de intervenciones, dispositivos y herramientas (42, 43), para trabajar sobre las circunstancias -objetivas y subjetivas, en un esquemático recorte- que generen las condiciones para que estos derechos humanos, en su singularidad, puedan sostenerse.

Nuevamente integremos el planteo que hace Beloff, desde su mirada: “una sociedad que piensa más en castigar a sus jóvenes que en generar las condiciones para que ellos crezcan y se desarrollen al margen del delito y la violencia revela una miopía severa y compromete seriamente su futuro. Plantear la responsabilidad penal de los adolescentes sin concretar políticas preventivas y de reintegración social seguramente tendrá efectos sobre la inseguridad: aumentarla al reproducir la exclusión, la marginalidad y la violencia que desde siempre han definido a la justicia penal de adultos”.

Instituciones menos crueles: ¿Dónde está el sujeto?

Y Laurent reclama una alianza, en el terreno de la salud pública, “*que está más allá del problema de la técnica médica como tal, para construir estructuras menos crueles*” (31). Desde su posición, el objetivo de participar en estas Instituciones menos crueles “*no es conseguir la cura analítica para todos*”, el analista no persigue esto, se trata más de bien de instalarse en el lugar de un “*uso posible*” para todos. Se necesitan, plantea, instituciones particulares “*para darle lugar al inconsciente*”. Aunque antes de llegar a esa instancia, nos interrogamos, ¿Cómo plantear una propuesta psicoanalítica en un contexto institucional, sin re-plantear aquellas condiciones que hacen que la inclusión del sujeto-adolescente en un establecimiento cerrado, lleve a la privación de los derechos civiles que van más allá de la medida judicial del encierro?¹¹

Así es importante ir hacia la construcción de dispositivos, prácticas e instituciones, donde haya un tratamiento posible para cada sujeto, uno por uno. El psicoanálisis no tiene lugar en todos lados, pero puede sostener una posición que recuerde que el sujeto surge de la palabra, y por lo tanto otorgue valor a la palabra, a la potencia de la palabra, que es la palabra de cada cual, encarnada en relación a una historia personal/familiar/social. Y destaca, además, que es necesario que haya escucha -y no cualquiera- para que haya palabra.

Una breve puntualización para diferenciar el con-

cepto de *sujeto* para el psicoanálisis y para el derecho, resulta a esta altura pertinente. Suele hablarse del sujeto del inconsciente, para plantear su especificidad. ¿Cómo pensarlo? En función de la relación del sujeto a un “*saber que lo supera*” (29). Resulta algo más simple hablar del sujeto para el psicoanálisis, como producto de la división que causa el lenguaje. No está en un lugar, sino en una pulsación significativa. Con este saber no sabido, quedará un sujeto dividido, que no es transparente a la conciencia; es aquel que no sabe lo que dice, o dice más de lo que quiere decir¹². Agreguemos que el sujeto del inconsciente no es sin la experiencia de la transferencia. Simplificando, sin la relación a un otro.

La responsabilidad cuestionada

En términos jurídicos, un debate que se renueva es el de la responsabilidad penal del joven. La noción de responsabilidad, de fuerte historia conceptual en el terreno jurídico, se difumina en significados provenientes de otros campos, como la teología, la filosofía, la moral, la política y el psicoanálisis (44, 51). En este artículo subrayamos la dimensión de interfase entre el discurso del Derecho y el de las disciplinas “psi”, desde una lectura psicoanalítica.

Para la Real Academia Española, *responsable* tiene su origen latino en *responder*, y además de la obligación que se tiene “*a responder de algo o por alguien*”, remite a la “*deuda, obligación de reparar y satisfacer, por sí o por otra persona, a consecuencia de un delito, de una culpa o de otra causa legal*”. En Derecho, es la capacidad existente en todo sujeto activo de derecho para reconocer y aceptar las consecuencias de un hecho realizado libremente. Sin embargo, la asociación entre responsabilidad y culpa no es natural en el ámbito de la Justicia, para quienes han estudiado su perspectiva histórica (44, 51).

Partíamos de la ampliación del modelo de Protección integral frente al Tutelar, que en estas décadas se propone pasar del *menor* al niño/a y adolescente sujeto de derecho, cambiando la relación a la responsabilidad. No más irresponsabilidad generalizada. Pese a que en el esquema tutelar se toleraba incluso la incapacidad del Estado y su irresponsabilidad para implementar políticas adecuadas, al mismo tiempo era el encargado de reaccionar represivamente frente a los que estaban en situación irregular. En el contexto legal actual, se tratará en cambio de precisar dimensiones de responsabilidad específicas: en este caso, del niño/a y adolescente pero también del Estado y de la familia.

Si vamos al adolescente, ¿a qué nos referimos ahora? Cuando se plantea como objetivo de una medida judicial o sanción lograr la responsabilización del infrac-

¹⁰ En su libro “Psicoanálisis y Salud Mental”, también convoca a los analistas a ser participantes de una red, que ubica a manera de una “conversación”, en la cual no tienen que “obnubilarse sobre la identidad del psicoanalista -el problema no es su identidad, son sus usos...” (31). p. 58.

¹¹ En Rossi, G. (2007) ubicamos esta problemática en relación a lo que sucede cuando la internación asilar psiquiátrica se vuelve manicomial, y a la necesidad de considerar recursos como el acompañamiento terapéutico en ese contexto, en una red de continuidad de instancias terapéuticas alternativas al encierro, o a posteriori del mismo cuando este resulta imprescindible.

¹² La freudiana compulsión a la repetición puede articularse aquí, en los casos donde toda sanción o empuje educativo se topa con la frustración. No se cura más, diría algún desprevenido.

tor, se alude “a los efectos educativos de la responsabilidad asumida por el adolescente. Pero esta responsabilidad no se entiende aquí principalmente en su aspecto jurídico, como culpabilidad, sino como la facultad del adolescente de dar cuenta de sí mismo y mantener una cierta imagen ante la sociedad. La responsabilidad es entendida aquí como una esfera de gobierno de sí mismo, un esquema regulador de las interacciones con los demás”. Pese a las discusiones sobre si son posibles los logros al respecto, se evalúa que “los adolescentes se encuentran en pleno aprendizaje de esa facultad” (48). M. Beloff dirá “La condición de sujeto de responsabilidad específica en función de la edad es central desde la perspectiva de la integración social, porque difícilmente alguien pueda constituirse como ciudadano si no logra vincularse de alguna manera con sus actos y comprender el significado que los delitos que comete tienen para la comunidad en la que vive” (7). El ingreso al sistema penal de un menor de edad “debe -además de garantizar la estricta observancia del debido proceso (...)- convertirse en una paradójica oportunidad: lograr que los adolescentes comprendan el sentido dañino de sus conductas, adviertan que forman parte de una comunidad y de sus valores, desarrollen el sentido de la responsabilidad y se relacionen de forma no conflictiva con su medio en el futuro” (7).

Seríamos cautelosos para despejar los aspectos de confusión que pueden deslizarse cuando quedan depositadas distintas nociones sobre la idea de responsabilidad, que implican desde la ligazón natural con la culpa, hasta la yuxtaposición con términos *psicologistas*, articulados a la pedagogía y a cuestiones sociales, sin dar cuenta del marco referencial de algunos conceptos (desde la idea de la *autovinculación* con sus actos, a la comprensión de estos, el aprendizaje de la responsabilidad, y el gobierno de sí mismo). Así se llega hasta la idea de lazo social, pero se vuelve a generar una discordancia al desprender desde el campo jurídico consecuencias que provienen de una utilización ambigua de términos cuya lógica los torna (cuando menos) polémicos, cuando no inadecuados, en línea con lo antes referido sobre el borramiento de toda pertinencia disciplinar.

Otro ejemplo sería la idea de “comprensión de significados de los delitos para una comunidad”, si no se debate cuál es esa comprensión ni qué es esa comunidad, para un joven que viene de varias generaciones en la marginalidad, que aparece en sistemas familiares casi irreconciliables con la cultura ciudadana considerada normal cuando se legisla. Cabe preguntarse, entonces, cuáles son esos significados delictivos, ya no solamente desde el punto de vista individual, sino en tanto aquellos relatos y emblemas de los cuales un sujeto se sirve para hacer lazo social, para no quedar excluido de todo, en un momento como la adolescencia, que en ciertas sociedades tiene un sello crítico. A esto agrego la dimensión de construcción social de las nociones de delito, que retomamos a continuación.

Tomando en cuenta que para el adolescente en esta situación las directrices legales van a estar atravesadas y fusionadas por esa otra cultura cotidiana, en que su vida también transcurre, cuando no es directamente su vida. Podrá decirse, de eso se trata, que se adapte a esas normas

de una sociedad en la que vive, a esa legalidad sin la cual no tendrá un proyecto en comunidad. ¿Tendrá entonces que salir de esa ecología para trasplantarse a la comunidad-normal? Mínimamente, parece difícil de comprender para un adolescente en estas condiciones, aunque, es cierto, hay muchos que sí lo logran. Y además, ¿se trata de *comprender?*, ¿es esto *aprender* racionalmente? Si esa fuera la vía, ¿es igual comprender que aprender? Y en todo caso, ¿cuál es el aprendizaje del que se habla?

Planteando el tema desde el psicoanálisis, no se trata de fomentar un remiendo pedagógico, ni de quedarnos en una apelación a la conciencia del sujeto para comprender sobre su vida en comunidad. Si en ciertos casos puede ser válido, estamos advertidos de los efectos de repetición, de impulsividad, que suelen darse en los adolescentes “reincidentes eternos” pese a que habían aprendido “la lección” según dirán, en alguno de los largos encierros previos... Aunque no es solo subjetivo, claro, también en esos hechos delictivos consideraremos esas condiciones sociales/materiales.

Entre los analistas, es usual sostener de “nuestra posición de sujeto siempre somos responsables”. Esto es, que ante las determinaciones a las que adviene el sujeto, las marcas que vienen de ese lugar de deseos y fatalidades en el cual cada uno se hace sujeto, su responsabilidad (en esta lectura) tendrá que ver con el tener que responder a eso que lo interpela. Se constituye como respuesta a esas determinaciones, ahí está su responsabilidad. Habrá, en tal caso con los más chicos, que trabajar tomando en cuenta esto. El problema aparece cuando bajo el *cliché* de la responsabilidad subjetiva, se sacan consecuencias que encierran al sujeto bajo una especie de imperativo categórico, de cierto ideal, de aceptación de la culpa, en fin, de una corrección adaptativa en sus relaciones.

Sobre delitos y extranjeros

En consonancia con lo que afirmaba sobre las “desviaciones”, tampoco es pertinente naturalizar la noción de *delito*, del cual consensuemos mínimamente que tiene un significado que se va a situar en el conjunto de relaciones sociales que le dan sentido, en una sociedad determinada (4, 11, 47). Para el criminólogo noruego Nils Christie, “el concepto de delito es fácilmente adaptable a cualquier tipo de propósito de control”. Como una esponja, “puede absorber muchos actos -y personas- cuando circunstancias externas lo conviertan en útil” (11). Pero también será utilizado para “reducir su contenido siempre que sea conveniente”, en términos del control social.

Ante la disminución del poder de los Estados Nacionales en las últimas décadas en el mundo, en beneficio del Gran Capital, “la necesidad de controlar las consecuencias de una economía desregulada se vuelve una presión constante”. La incertidumbre generada trata de silenciarse mediante promesas de “severas medidas a ser tomadas contra los delincuentes, un término que gradualmente ha devenido en eufemismo para referirse a lo más bajo de las clases bajas”, afirma Christie, a “las clases peligrosas o en algunos países la gente de color equivocado” (11). Extranje-

ro, pero no cualquiera: basta oír algunas hinchadas del fútbol argentino cuando quieren agredir al otro, o discriminar por ser *límitrofe*.

En su libro "Una sensata cantidad de delito" analiza como los mismos "actos" pueden encontrarse "dentro de varios sistemas paralelos como el judicial, el psiquiátrico, el pedagógico y el teológico". No se integra al abolicionismo en Derecho, es decir, no niega la existencia de ciertos actos inaceptables, ni que puedan ser vistos como delitos¹³. Pero se focaliza en analizar "bajo qué condiciones materiales, sociales, culturales y políticas aparecerán el delito y los delincuentes como las metáforas dominantes", la forma dominante de ver los actos y actores "inaceptables".

Si "nuestro destino en una sociedad moderna es vivir entre extraños", esa situación va a ser muy apropiada para otorgar a los actos indeseados o inaceptables el significado de delitos, escribe. Y rescata la importancia de la proximidad/distancia en la creación de significados en distintas áreas de la vida. Esa distancia resulta "particularmente importante en tiempos de guerra: es más fácil ver las acciones de los enemigos como criminales que ver las propias acciones de esa manera" (11). Y analiza su relación en el juzgamiento de los crímenes del nazismo, incluso en Noruega. Lo ilustra con el caso de un hombre sentenciado a muerte, que llegó a la Corte Suprema. Aunque "no es usual que el acusado se muestre en persona", el hombre insistió en concurrir, día tras día... "cansado, pálido, triste, vestido con un gastado traje de esos que sus jueces solían usar otrora, con voz y vocabulario correcto". En síntesis: la Corte cambió la sentencia de muerte por prisión perpetua. Según un participante del proceso, fue "la aparición diaria en el tribunal lo que le salvó la vida". No había duda que sus actos eran delitos graves, pero -dice Christie- "se acercó demasiado a los jueces, tanto que no pudieron verlo como un criminal que mereciera morir" (11).

Sostiene además que "una amplia red social con lazos en todas direcciones crea por lo menos incerteza sobre qué es delito y también sobre quiénes son delincuentes" (11).

Cuál extranjero: miedos encontrados

Esto nos remite a puntualizar algunos elementos alrededor de la noción de *extranjero*, en la perspectiva de Jacques Derrida, en el texto de la *Hospitalidad*, donde remite a un análisis de textos de Platón (16). El extranjero es pensado como alguien que habla una lengua extravagante, distinta a la del lugareño, distinto al común. Eso afecta sus posibilidades de relación. Igualmente, en la Atenas clásica este autor señala que a diferencia de otras civilizaciones el extranjero tenía derechos, en principio un derecho de hospitalidad. Para esto es necesario que ese extranjero, el *xenos*, no sea simplemente el otro absoluto, el bárbaro, el salvaje absolutamente excluido y heterogéneo. Esa hospitalidad implicará la posibilidad de ser llamado por su nombre, de tener un nombre, de

ser sujeto de derecho, interpelado y responsable, dotado de una identidad *nombrable*. De un *nombre propio*, que nunca es puramente individual, subrayo, con Derrida.

Ese derecho a la hospitalidad es a la vez lo que hace posible la relación de hospitalidad con el extranjero y al mismo tiempo el límite y la prohibición¹⁴. Porque no se aloja, en estas condiciones, a un recién llegado anónimo y a alguien que no tiene nombre, ni algún linaje, ni estatus social, y que en consecuencia es tratado no como un extranjero sino como otro bárbaro. La diferencia entre el extranjero y el otro absoluto es que este último "puede no tener nombre y apellido" (16).

Nos preguntamos nuevamente, en el abordaje del *pibe* -chorro o no-: ¿quién es el extranjero?, ¿aquél que se rechaza?, ¿aquél que representa algún riesgo, que nos amenaza?. Podrá serlo ese adolescente visto como marginal para el hombre común, el adulto que reclama mayor seguridad, pero también muchas veces para el sistema judicial. Alguien extraño, difícil de entender, que no se alecciona pese a tanta repetición y encierro...

Pero visto desde el otro lado, en este *pibe* que vivió junto a varias generaciones en su ecosistema, el encuentro con el *otro mundo*, con las luces de la ciudad, genera esa sensación de extranjería. De estar con extranjeros, que no lo reconocen y a quienes escasamente conoce.

Y en esa relación con ese otro mundo, el de los mayores, en algunos de estos chicos resulta llamativo que al hablar sobre la situación que generó la causa judicial (de robo con arma), expresan que tuvieron "mucho miedo" de aquel ubicado como víctima del robo, y que el usar el arma aparece como una especie de reacción "instintiva", de defensa, ante ese otro que se le vuelve al mismo joven como un bárbaro, como una amenaza para su vida. "Era yo o él, me asusté. ¡Y estaba borracho!" me dijo alguna vez un *pibe* condenado por homicidio, su segunda causa. - ¿Quién estaba borracho?- "¡El tipo éste!, se me venía encima y era un salvaje, y encima yo vivía empastillado".

Adolescentes, en conflicto con la ley

Hace años comenzó a hablarse recurrentemente de "jóvenes en conflicto con la ley", para aludir al mediático *pibe chorro*, con la idea de superar la etiqueta del *menor tutelado*. Luego se fue especificando que el conflicto es con la *ley penal* en estos casos, y se los denominó "infractores a la ley penal". En otros términos, en esta etapa del *adolecer* es descripto algo de ese *conflicto*, de una confrontación, el cual obviamente no siempre es un conflicto con la Ley Penal. Un conflicto que puede remitir a la delimitación de una ley familiar, pero que a veces aparece por fuera del ámbito familiar, y genera problemas. Es cuando necesita *hacer más ruido*, en un escenario por fuera del hogareño. Es la crisis que no puede ser contenida en el marco de la familia, o en el ámbito escolar, trasciende estos espacios y se inscribe

¹³ Aunque tiene posturas parcialmente abolicionistas, se define como minimalista.

¹⁴ Hay una estrecha relación entre cierta vertiente del extranjero y el fuera-de-ley, como dice Derrida.

como ilícita, como delito, pasando a ser objeto de intervención judicial.

Esto remite a un debate teórico que se ha prolongado por distintos ámbitos disciplinares, desde la antropología al psicoanálisis (muy acalorado en los años sesenta): ¿cuál es el lugar de la Familia en la construcción de la subjetividad?, ¿es una institución cultural?, propia de la familia burguesa, etc. ¿Es necesaria? Desde nuestra lectura, la familia (como función) es aquello que permite la transmisión de un deseo que no es anónimo (27). Esa transmisión nos hace sujetos humanos, nos marca, permite empezar a caminar, en distintos sentidos. Un deseo hacia un hijo en particular, que le da un nombre, que le da un horizonte (bueno, malo, rígido o no...), que proviene de alguien en particular, los padres como función. Esto no es sin consecuencias, y algo de aquello se reaviva también en la adolescencia. A veces aparece en relación a un ¿qué soy para los otros?, ¿quién soy?

D. Winnicott formuló un concepto que resulta muy interesante para nuestro campo: habla de las “*tendencias antisociales*” en la adolescencia. ¿Qué es esto?, se trata de una actuación que compele al ambiente a adquirir importancia; con determinadas conductas, los adolescentes llaman al medio ambiente a intervenir (52). Suele decirse, en el adolescente hay un llamado de atención. Al ambiente, a los otros significativos, sin saberlo. Llamado en acto, muchas veces sin palabras, lo cual no quiere decir por fuera del lenguaje. Hay un lenguaje, a veces resulta difícil leerlo, escucharlo, darle un lugar¹⁵.

Y si además de las variables familiares conflictivas consideramos las variables sociales/materiales, del acontecer cotidiano del chico, se podrá pensar de otra manera qué sucede cuando esa actuación no encuentra un tope, ni accede a una escucha sobre su padecer. Una viñeta es de otro chico que atendí hace años, en lugar de *robarle* el auto al padre (es que el padre estaba lejos de acceder a un auto...), dirá que salía a *hacer un auto por ahí*. O, en otros casos, en vez de romper un vidrio o *hacerse la rata*, ese pibe podrá conseguir fácilmente un revólver (que está a su alcance, casi en su “cultura” cotidiana) y unas pastillas con alcohol, y todo se va a convertir en algo *penalmente* mucho más complicado.

Aquello que aparecía como una polémica teórica, llega a la práctica cuando se plantea cual es el lugar de los padres/familia/entorno/ frente a esta problemática de la adolescencia. Y también qué lugar darle a ese entorno en nuestra intervención; cuanto trabajar con ellos y cuanto con el chico, por ejemplo. Un poco más amplio, qué hacer con la familia, los grupos de pares, las instituciones. ¿Trabajar en alianza? Es otro punto donde resulta necesario examinar la articulación entre distintas disciplinas e instancias de abordaje.

Territorialidades psi y acción social

Así, una intervención que preferimos llamar “entre varios” -más que *interdisciplinaria*- no tendría que perder la dimensión de la singularidad subjetiva, por oposición a una dimensión habitual con lo que se encuentran estas familias y estos chicos, que describimos como el anonimato de lo institucional. Dicho anonimato se ilustra cuando el adolescente percibe esas instituciones, y sus caras visibles, como instancias en gran parte burocráticas, sin personas determinadas y ubicables -aunque los visiten en sus casas-, donde los nombres y sus caras son rápidamente olvidados en tanto cambian para ellos, al entrar en una serie de anónimos que no participan en algún sesgo de esa red que a su manera se entrama en sus vidas. En esa mirada son extranjeros, desconocidos que desconocen los problemas del chico y de su familia. Los que hablan otro idioma. Técnicos, abogados, psicólogos, asistentes, usan un idioma que con el tiempo en algunos casos resultará colonizador (cuando no utilizado para lograr cierto reclamo); más de una vez escuché en entrevistas iniciales que el chico, en plan de “*hacer las cosas bien*”, diga que él tiene un problema por “*ausencia de figura paterna*” o algo similar.

Y el adolescente queda por su parte en ese lugar de un número de legajo, de un beneficiario anónimo, sin que puedan percibir algún interés particularizado hacia ellos y su historia, o lo que harán en los próximos meses.

Ahora bien, esas redes que pueden buscarse en la comunidad, esa ayuda o asistencia, irán en una perspectiva de restitución de Derechos, de construcción de ciudadanía y de integración social si resulta accesible para cada adolescente en particular, en relación al momento que atraviesa, a su marco social y familiar, a su marco simbólico, si es algo de lo cual puede *apropiarse subjetivamente*. Sino es como un cartel de publicidad escrito en otro idioma, y sin atractivo gráfico. Porque por otro lado vemos en nuestra práctica que muchas veces el joven o su familia consiguen tal subsidio, o tal recurso (estudios, trabajo cooperativo), pero al no existir esas condiciones subjetivas esto no puede ser tomado por el mismo adolescente (en tanto no puede poner algo de sí mismo ahí, o más en jerga: algo de su *deseo* allí).

Traigo aquí, entonces, otra idea que suma a un desarrollo sobre el tema, que es la de *acción social*, en el sentido en que la toma E. Goffman. En su particular concepción, se refiere a lo que llama acción social, para decir que la misma está “*ubicada*”, *encarnada*, con lo cual el sustrato de la acción social está en el cuerpo. Hay para él un campo de análisis, de microanálisis, en la presencia cara a cara. En su crítica a la sociología clásica, reivindica la autonomía de esas relaciones próximas, y su constitución ordenada y compleja (23, 24). Ese mundo también se rige por un sistema articulado de reglas, por un lenguaje.

¹⁵ Según Winnicott, es un “*un momento de esperanza*” (52).

También afirma que esta acción que tiene una faceta comunicativa ubicable como “*presentación de sí mismo*” (23, 24). Es presentación para otro. Ese otro es tanto el sujeto como sus redes, sus vínculos familiares. Quien realiza esa acción, se ofrece, y también, a veces, hace un cierto llamado. Se ofrece a escuchar, a hablar, a hacer algo en conjunto, desde su presencia hace ese llamado, apela a un sujeto.

Hemos hablado de la presencia cercana, y de su valor como terapéutica, cuando se apela a las intervenciones en territorio, en la comunidad, diremos que más acá de los logros en términos de restituciones de derecho, de la asistencia social, hay un elemento central en la presencia, en el día a día, presencia encarnada, cara a cara, cercana, de alguien *no-anónimo*, que se ofrece en la cotidianidad. Así, las respuestas o acciones en una Red no serán de *alguien anónimo a otro anónimo*.

Como contrapunto, cierto planteo desde el discurso jurídico arrastra la dificultad para considerar al sujeto en su particularidad, lo que puede tener como efecto una estandarización, en las prácticas subsidiarias de esa lógica, del “*todos iguales*” de la Ley. Con la indiferenciación de la singularidad de niños, adolescentes y familias, o en el peor de los casos, con su diferenciación estigmatizante, como miembros de un grupo, de una clase: los *desviados* o potenciales delincuentes.

Qué educación en las Medidas Socioeducativas: maestros ignorantes

Ante el ascenso de propuestas de intervenciones socioeducativas, resultaría válido ampliar el análisis sobre cuál es la idea de pedagogía que sustentan dichas medidas *socio*. Para aportar una perspectiva interesante, en pocas líneas, traemos en ayuda un intelectual como Jacques Rancière, con su libro “*El maestro ignorante*”. Analizando algunos ideales generados por el clima de la Revolución francesa, habla de la sociedad “*pedagogizada*” que, al ubicar la “*igualdad como un fin*”, como un resultado a alcanzar, hacen de la desigualdad un postulado indiscutible. Su iniciativa provocadora es, en términos del saber, tomar como punto de partida la igualdad entre maestro y alumno, en el punto en que ambos no saben, o tienen una cierta base de saber sobre el cual se construirá algún aprendizaje (38). Según Rancière la pedagogía tradicional, que los “*progresistas*” también adoptarían en la época que investiga, tiene con la “*lógica de la explicación*” un principio de regresión al infinito. “*La reproducción de las razones no tiene por qué parar nunca*”. La “*incapacidad de comprensión*” supuesta en el alumno, “*estructura la concepción explicadora del mundo*”, y sostendrá el “*principio del atontamiento*” (38).

Contrasta esto con el ejemplo del niño cuando aprende de la lengua materna. Las palabras que el niño aprende mejor son las que no tienen un maestro explicador. Lo que los niños aprenden mejor es lo que ningún maestro puede explicarles, la lengua materna. “*Se les habla y se habla alrededor de ellos. Ellos oyen y retienen, imitan y repiten, se equivocan y corrigen, tienen éxito por suerte y vuelven a empezar (...)*”.

Y a una edad “*demasiado temprana para que los explicadores puedan empezar sus instrucciones*”, son capaces de comprender y hablar la lengua de sus padres. En base a la experiencia del pedagogo Joseph Jacotot, de principios de 1800, sostiene que los estudiantes aprenden cuando reconocen una “*palabra de alguien*”, que les ha sido dirigida y a la cual quieren responder; “*no como alumnos o como sabios sino como hombres; como se responde a alguien que os habla y no a alguien que os examina*”. Con lo que retomamos la apelación a ese punto de simetría. Ahora bien, remarca que “*los alumnos aprenden sin maestro explicador, pero no por ello sin maestro*” (38). Puede necesitar no de la inteligencia, dice, sino de la voluntad del maestro cuando su voluntad no es lo bastante fuerte “*para mantenerlo en su trayecto*”. Si cambiamos esa voluntad por deseo, o sumamos, no estaremos demasiado lejos de lo que veníamos planteando. Entonces, como “*no era el conocimiento del maestro lo que instruía al alumno, nada impedía al maestro enseñar otra cosa que su saber, enseñar lo que ignoraba*” (38).

Saliendo de este atractivo libro, podemos ponderar en esta línea la propuesta de intervenciones que permitan confrontar al joven con sus saberes previos, en algunos casos, o generar una interlocución a partir de esos saberes. En otros términos, no es sino en la vía de una adaptación normativizante que se apela a una resocialización, por la comprensión del joven de lo erróneo de su acto delictivo, en tanto su conducta debería restringirse sin cuestionamientos a los ideales sociales.

Si desde el adolescente se tiende en muchas ocasiones a actuar ese rol de peligroso, se trata de no convocar al *acting*, y de no contornear esas identificaciones con los discursos y prácticas de los adultos. Por el contrario, si alguna estrategia puede plantearse como válida ante esos estereotipos y el estigma, será la apuesta a la inscripción de cierta duda, de una interrogación ignorante sobre aquello cristalizado o que funciona repetitivamente en la vertiente de la impulsividad.

¿No demandan?

Ampliando la complejidad del sujeto en cuestión, vamos a otra recurrencia: en estos casos, donde interviene una instancia Judicial, quedaría *a priori* concebido que no hay demanda. Y no es lo habitual, al menos para plantearlo en términos de condiciones necesarias para cierto tratamiento en términos de la subjetividad y sus responsabilidades.

Pero quizá no sea ni más ni menos complejo este tema en los dispositivos institucionales que en casos donde la demanda (de tratamiento de un adolescente) viene de los padres, con una mayor o menor oposición del chico. Ante esto, no se trata de estar demasiado pendientes de generar una demanda, ni de acentuar desde nosotros una *demanda hacia* el adolescente. Para no *volverlo más loco* insistiendo con pedidos que lo asfixian. Aunque es claro que el trabajo a partir de una demanda del sujeto tiene otra dimensión. Que busque ayuda, que interroge, que se pregunte y que pida respuesta, dan otras posibilidades de abordaje.

Como hemos planteado (42), nos encontramos a veces con adolescentes que no pueden articular una demanda, al menos todavía, utilizando una expresión cuya temporalidad remite a la necesidad de una presencia y una escucha, que no es cualquiera. Durante años hubo teorizaciones que nos resguardaban de trabajar sobre esto.

Se trata, y es otra manera de pensar muchos de estos casos, de sujetos (o momentos en la historia subjetiva) donde aparece ese rasgo de falta de confianza en que alguien pueda escucharlos, entenderlos, y por lo tanto no pueden depositar un saber y confiar en un terapeuta/analista/operador/interviniente.

Precisamente, una dificultad que encontramos en las distintas épocas, más allá de Dispositivos, Establecimientos y Programas, es que se comienza generalmente con una desconfianza inicial del adolescente hacia instituciones y personas, desde autoridades a guardianes, por el lugar que para ellos ocupan.

Nos topamos allí con una ausencia de esa especie de acto de fe que implica la vida social, lo cual tiene consecuencias en el devenir subjetivo. Algunas propuestas del psicoanálisis han sido degradadas con una rigidez que lleva al silencio y a la *no-respuesta* muda, en forma tan estereotipada como aquello que se criticaba (43). Ante los dispositivos terapéuticos que no logran alojar al sujeto, o son rechazados por el mismo, se requiere ubicar una oferta, una invención artesanal acorde a la situación, ahí donde suponemos un sujeto.

Aparecen acá las impulsiones, las actuaciones, que en términos de la subjetividad serán formas de evitar la angustia, defensas contra la angustia, como un intento de “arrancar a la angustia su certeza” (J. Lacan: Seminario 10). Habrá que pensarlo en cada caso.

Qué barbaridad los pibes

¿Y entonces?, se trata de superar esa dimensión del bárbaro, para que los diferentes dispositivos *entre varios* (y quienes sostienen cada intervención) no vayan a la ruptura. Será fundamental abordar esa instancia de la singularidad del vínculo, del nombre, en una vía que ubicamos como transferencial. Ante estas situaciones, hacemos un paralelo con la clínica psicoanalítica cuando sostenemos que es el propio analista quien tiene que trabajar sobre sus resistencias, que pondrían acá al adolescente *penalizado* como un bárbaro. Como un otro radical con quien no se generará otra cosa que el rechazo y -nuevamente- la expulsión. Aunque en estos casos complejos, para quien interviene tampoco se trata de identificarse o abordarlos desde los ideales, la lástima o la beneficencia, sino de la búsqueda de una distancia óptima, que es singular. Tomando la figura de Rancière: más bien tender al maestro ignorante, tanto como al terapeuta ignorante, esto es, que no va a imponer su saber.

Pensar así un dispositivo implica también darle entidad a la cuestión de la presencia cercana, que a veces es *estar nomás*, desde adentro, para lograr ese puente que vaya del uno al dos, y de allí al tres y a la continuidad de la serie signifiante (12). Pero esto no es sin la presencia de alguien que se ubica en cierta simetría, que construirá algo de un semejante¹⁶, aquel *no-anónimo*.

La construcción de un vínculo singular, que en ciertos trayectos no necesariamente es encarnado por un psicólogo, es lo que potencia la inserción de un joven en las Redes sociales: para ser incluido, necesita un sostén, ya que la precariedad de las condiciones sociales y culturales del joven y su familia muchas veces impiden que pueda hacer propio ese recurso que desde distintas instancias gubernamentales u ONGs se le ofrece, y termina por anular aquello que en algún momento fue de su interés, o podría formar parte de su proyecto futuro¹⁷.

Que pueda establecer un vínculo de cierta confianza con alguien a quien considere un interlocutor válido (sea profesional, operador convivencial o educador), resulta central en tanto estrategia que ubica un otro ajeno al grupo familiar y de amigos. Que a su vez opere como puente en la particularidad de sus lazos en el medio social, cuya apuesta también implica un diálogo, esto es, una Política entre varios.

Como *contracara* de las urgencias, podrá empezar así a mediar alguien significativo, que trata de ubicarse en otro lugar para sostener cierta confrontación; con el conflicto familiar, y con representantes de una Ley (del Juzgado de menores) cuyo anonimato la vuelve en extremo abstracta. Esto implica a la vez dar tiempo, desde alguna presencia que no se sume a la aceleración y la tendencia a la actuación, que puede venir tanto del adolescente como de su familia y su entorno social. Con Winnicott, diría que el problema para estos (llamados) adolescentes somos muchas veces los (llamados) adultos, lo cual implica que, también, “*lo que cura al adolescente es el tiempo (...)*”

En un marco de *práctica entre varios*, en lo particular de los lazos institucionales cruzados, un vínculo resulta terapéutico en la medida en que implica para el joven tener ese espacio de conversación y confrontación, que le da oportunidades de salir de opciones cristalizadas, de posiciones que lo llevan a la impulsión, al acto agresivo, etc.

Y así, en relación a cada proceso podrá resultar necesaria la delimitación de un ámbito específico de tratamiento psi, de un espacio clínico, por dentro o por fuera de la institución (del establecimiento cerrado, de restricción parcial, o en las modalidades de Libertad Asistida o acompañamiento en el medio socio-comunitario, según cada organigrama estatal). Para los más juristas que los juristas: apelar a un dispositivo terapéutico (especializado: esta es la apelación del especialista), no es plantear

¹⁶ En Rossi G. (42) trabajamos sobre esa figura del semejante en que se constituye el Acompañante Terapéutico (cuando algo se logra), aplicable a esta instancia. Se compara así el espacio de acompañamiento con ese espacio transicional del que habló Winnicott. En la polaridad interior-exterior, el AT sería favorecedor de ese pasaje a la “extimidad” (28), a manera de “exterioridad íntima”.

¹⁷ Se ha considerado acá el concepto de ambiente facilitador. Puede ser algo a lo cual se llega eventualmente luego de un largo recorrido.

un psicoanálisis/psicoterapia en un *encuadre o dispositivo clásico*, como no es *psicopatologizar* la problemática social del joven, ni encerrarlo en una burbuja individualista. En estos contextos será una posibilidad para dar lugar al despliegue de la realidad psíquica de cada chico, en relación a las circunstancias en las que se encuentra al intervenir la instancia judicial, lo cual llevará al no tan simple despliegue de la palabra, que requiere de alguien que la escuche.

Para resumir, hoy el riesgo de las propuestas jurídico-pedagógicas aparece en un posible retorno velado a los postulados *ochentistas* (por la mencionada Generación del 1880 en Argentina), para llegar a que se anule el límite entre lo asistencial y lo penal, pero a costa de una ampliación de la órbita judicial (17). No como retorno al *Patronato* sino en la perspectiva de intentar cubrir bajo la premisa educativa tanto la medida correctiva como las

intervenciones provenientes de otros campos, como el de la clínica/salud mental.

Apelando a Nils Christie en su abordaje de las atrocidades -puede extenderse-, coincidimos que *"no hay respuestas fáciles para los casos individuales, y tal vez ninguna buena respuesta en general"*. Y esto sólo se aprende entre fracaso y fracaso, pedagógico o clínico, sin ser maestros ignorantes.

Finalmente, para quienes desde la intervención social, desde la clínica o la pedagogía, interactúan con adolescentes con estas problemáticas, una lección principal consiste en estar advertidos sobre los peligros del *furor curandis* -como solemos hacerlo en nuestra práctica- tanto como de los callejones sin salida del *furor pedagógico*, el asistencialismo y el voluntarismo, que van de la mano de una lógica que aplasta o degrada la singularidad ■

Referencias bibliográficas

1. AAVV. Adolescentes en el sistema penal. Buenos Aires: Publicación conjunta de UNICEF y SENNAF. Buenos Aires; 2008.
2. AAVV. Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes. Seguimiento de la aplicación de la CDN. Buenos Aires: Publicación conjunta de la Secretaría de DDHH del Ministerio de Justicia y DDHH de la Nación, UNICEF y SENNAF; 2007.
3. AAVV. Sociedad de Beneficencia de la Capital, su origen y desenvolvimiento 1823-1923. Buenos Aires: Tall. Gráficos del Asilo de Huérfanos; 1923.
4. Alvarado J, et al. Fundamentación del Programa Libertad Asistida de Neuquén, trabajadores del Ministerio de Desarrollo Social. Prov. del Neuquén. Ficha, 2008.
5. Beloff M. Los adolescentes y el sistema penal. Elementos para una discusión necesaria en la Argentina actual, en *Revista Jurídica de la Universidad de Palermo* 2005; (1): 97-121.
6. Beloff M. ¿Son posibles mejores prácticas en justicia juvenil? En Cuadernillo Derechos de niños, niñas y adolescentes, edición compartida por: UNICEF, Secretaría nacional de Niñez, Adolescencia y Familia, y Secretaría de Derechos Humanos de la Argentina. Buenos Aires, 2007.
7. Beloff M. "¿Represión o prevención? La justicia juvenil en la encrucijada". [Accesado: 16 de noviembre de 2012]. Disponible en: www.tribunaloaxaca.gob.mx.
8. Carballada A. La intervención en lo social. Buenos Aires: Paidós; 2012.
9. Carli S. Niñez, pedagogía y política, 1880-1955. Buenos

- Aires: Miño y Dávila; 2002.
10. Castel R. La inseguridad social ¿Qué es estar protegido? Buenos Aires: Manantial; 2004.
 11. Christie N. Una sensata cantidad de delito. Buenos Aires: Editorial Del Puerto; 2008.
 12. Corea C, Lewkowicz I. Pedagogía del aburrido. Buenos Aires: Paidós Educador; 2004.
 13. De Mause L, et al. Historia de la infancia. Madrid: Alianza; 1982.
 14. Declerck P. Los naufragos. Madrid: AEN; 2006.
 15. Del Cura M. Los niños anormales en la España del primer tercio del S. XX: la construcción psico-pedagógica de una nueva categoría infantil. En: Perdiguero E, comp. *Salvad al niño, Estudios sobre la protección de la infancia en la Europa mediterránea*. Valencia: Seminari d'Estudis sobre la ciencia; 2004. p. 273-299.
 16. Derrida J. La hospitalidad. Buenos Aires: Editorial de la flor; 2008.
 17. Donzelot J. La policía de las familias. Buenos Aires: Nueva Visión; 2008.
 18. Douville O. Sobre Los Naufragos de Patrick Declerck. *Revista AEN* 2006; (98).
 19. Foucault M. La vida de los hombres infames. Madrid: Ediciones de la Piqueta; 1990.
 20. Foucault M. Microfísica del poder. Madrid: Ediciones de la Piqueta; 1979.
 21. Gaché R. La delincuencia precoz: niñez y adolescencia. Buenos Aires: E. J. Lajouanne; 1916.
 22. Goffman E. Internados. Buenos Aires: Amorrortu; 2001.
 23. Goffman E. La presentación de la persona en la vida cotidiana. Buenos Aires: Amorrortu; 2009.
 24. Herrera Gomez M, Soriano Mira, R. La teoría de la acción social en Erving Goffman. *Papers* 2004; (73): 59-79.
 25. Huertas R. Clasificar y educar, historia natural y social de la deficiencia mental. Madrid: CSIC; 1998.
 26. Huertas R. Los laboratorios de la norma. Barcelona: Octaedro-CSIC; 2008.
 27. Lacan J. Dos notas sobre el niño. En: *Intervenciones y textos 2*. Buenos Aires: Manantial; 1988.
 28. Lacan J. Seminario 7 (1959-60), La ética del psicoanálisis. Buenos Aires: Paidós; 1991.
 29. Lacan J, et al. La equivocación del sujeto supuesto saber. En: *Momentos cruciales de la experiencia analítica*. Buenos Aires: Manantial; 1991.
 30. Larrandart L. Prehistoria e historia del control socio-penal de la infancia. Buenos Aires: UNICRI. (42); 1990.
 31. Laurent E. Psicoanálisis y Salud Mental. Buenos Aires: Tres Haches; 2000.
 32. Maier J B. Los niños como titulares del derecho al debido proceso. En: *Justicia y derechos del niño*. UNICEF 2000. (2).
 33. Miguez L. Amigo es ese extranjero con el que tomo café. Página12. Jueves 8 de Mayo de 2008.
 34. Minniceli M. Infancias públicas. No hay Derecho. Buenos Aires: Noveduc; 2004.
 35. Patronato de la Infancia. Cien años, 1893-1993. Buenos Aires: Patronato de la Infancia; 1993.
 36. Platt A. Los "salvadores del niño". Buenos Aires: Siglo XXI; 1982.
 37. Ramos Mejía JM. Las multitudes argentinas. Rosario: Biblioteka; 1974.
 38. Rancière J. El maestro ignorante. Buenos Aires: Laertes; 2003.
 39. Rossi G. El clima de época en la anormalidad infantil: deficientes-abandonados-vagos-delinquentes, 1880-1930. *Temas de Historia de la Psiquiatría Argentina* 2009; (28).
 40. Rossi G. El niño anormal en Buenos Aires de finales del Siglo XIX: de la beneficencia a la asistencia médico-psico-pedagógica. En: *Memorias de las XI Jornadas de Investigación en Psicología UBA*. Buenos Aires; 2004.
 41. Rossi G. La locura en los niños, hacia finales del Siglo XIX en Bs. As. *Temas de Historia de la Psiquiatría Argentina* 2003; (17).
 42. Rossi G. Acompañamiento Terapéutico. Lo cotidiano, las redes y sus interlocutores. Buenos Aires: Polemos; 2007.
 43. Rossi G. Avatares de la Cronicidad: políticas, instituciones, dispositivos y terapeutas. *Vertex* 2009; (87): 359-370.
 44. Smigdalek, S. Del ideal de responsabilidad a la responsabilidad del sujeto. *Imago Agenda* 2009; (129).
 45. Silva Balerio D. La acción educativa liberadora en contextos de control social. En: *Lecciones de Paulo Freire, cruzando fronteras*. Buenos Aires: Clacso; 2003.
 46. Sosenski S. Un remedio contra la delincuencia: el trabajo infantil en las instituciones de encierro de la ciudad de México durante la posrevolución. *Asclepio* 2008; 60 (2): 95-118.
 47. Suriano J. Niños trabajadores. Una aproximación al trabajo infantil en la industria porteña de principios de siglo. En: *Armus D, comp. Mundo urbano y cultura popular*, Buenos Aires: Sudamericana; 1990.
 48. Tsukame Sáez A. Mediación y responsabilidad penal del adolescente. III Encuentro de las Américas para la Resolución Pacífica de Conflictos. Viña del Mar; 2004.
 49. Vaschetto E. Los descarriados. Clínica del extravío mental: entre la errancia y el yerro. Buenos Aires: Grama; 2010.
 50. Vidal A, García Torres B. Asilo de Reforma de menores varones. *Archivos de Criminología, Psiquiatría y Ciencias afines* Nov-Dic 1904; Año III: 723.
 51. Villey M. Esbozo histórico acerca del término responsable. [Accesado: 14 de diciembre de 2012]. Disponible en: www.elpsicoanalistalector.com.
 52. Winnicot D. Deprivación y delincuencia. Buenos Aires: Paidós; 1996.

Proyecto Jakairá: adolescentes madres y padres como autores y actores de su propio devenir

Ricardo Gorodisch

*Médico psiquiatra y psicoanalista; Presidente de Fundación Kaleidos; Director de Jakairá.
E-mail: rgorodisch@fundacionkaleidos.org*

Sandra Nofal

Médica psiquiatra y psicoanalista; Miembro del Consejo de Fundación Kaleidos; Directora de Jakairá.

María Gabriela Böhmer

Médica psiquiatra y psicoanalista; Coordinadora de Jakairá Traslasierra.

Valeria Canale

Lic. en Psicología; Coordinadora de Jakairá Chacarita.

Gabriela Elizondo

Lic. en Trabajo Social; Coordinadora de Jakairá Chacarita.

Resumen

El siguiente trabajo tiene como propósito dar a conocer un proyecto desarrollado en el marco de un acuerdo de colaboración entre dos fundaciones, Fundación Kaleidos (Argentina) y *Children Action* (Suiza). El proyecto pretende llevar a cabo diversos programas para acompañar a adolescentes que son madres y padres, así como a sus hijos. Estos adolescentes, cuyos derechos se ven muchas veces vulnerados, frecuentemente se encuentran solos frente a la mirada negativa de muchos de los adultos que los rodean con respecto a la maternidad y/o paternidad que tienen que asumir. Los objetivos de los programas son: la promoción del bienestar de los adolescentes y el armado de un proyecto personal, ya sea escolar o laboral; la promoción de un buen desarrollo de sus bebés; el abordaje de las problemáticas de inequidad en temáticas de género; y la promoción de un trabajo intersectorial y de articulación entre los distintos sectores de la sociedad (público, privado y sociedad civil). A través de un programa integral, pretendemos atender a los diversos aspectos de la vida de los adolescentes y sus hijos, sus derechos y sus entornos, como elementos clave para alcanzar el máximo potencial de cada individuo y su familia.

Palabras claves: Adolescencia - Maternidad - Paternidad - Primera infancia.

JAKAIRÁ PROJECT: THE ADOLESCENT PARENTS AS AUTHORS AND ACTORS OF THEIR OWN FUTURE

Summary

The purpose of the following paper is to present a project developed within the framework of collaboration between two foundations, Fundación Kaleidos (Argentina) and *Children Action* (Switzerland). The aim of this project is to developed diverse programs to support and empower adolescent mothers and fathers as well as their children. Adolescents whose rights are very often not respected and who find themselves alone having to confront the negative prejudices of the adults around them regarding the parenthood, which they now face. The objectives of the programs are as follows: the promotion of the well-being of the adolescents and the development of a personal project around education or work, the promotion of early child development of their infants, to address the problems around gender inequality and the promotion of an intersectional network between distinct sectors of society (public, private and NGO). By means of an integral program, we aim to tackle the diverse aspects of the lives of the adolescents in question and their children. Their rights and their environment are key to developing the maximum potential of each individual and their families.

Key words: Adolescence - Motherhood - Fatherhood - Infancy.

Introducción

Este artículo presenta la experiencia realizada a partir del proyecto Jakairá, centro especializado en adolescencia, primera infancia y maternidad/paternidad. Este proyecto, iniciado en octubre de 2003, se desarrolla en el marco de un acuerdo de colaboración entre la Fundación Kaleidos (www.fundacionkaleidos.org), de la Argentina, y *Children Action* (www.childrenaction.org), de Suiza.

Cuando se inició el proyecto Jakairá aún estaba vigente la llamada "Ley de Patronato de Menores" (Ley Nacional 10903/19), que ubicaba al niño como objeto de cuidado y de tutela, y confería poderes discrecionales a los jueces de menores, por lo cual era frecuente ver vulnerados los derechos de muchas madres adolescentes, a las que se cuestionaba su capacidad para criar a sus hijos. Muchas de ellas eran separadas de sus grupos familiares y sociales, y derivadas a hogares convivenciales, instituciones con reglas rígidas, en las que primaba una mirada negativa sobre la maternidad en la adolescencia, y en las cuales la mayoría de las veces los derechos de estas madres y de sus hijos eran ignorados.

A partir de esa situación, Jakairá se propuso como primer objetivo el desarrollo de un programa amparado en la Convención Internacional sobre los Derechos de los Niños (CIDN), que ofreciera una estrategia de acompañamiento integral e interdisciplinaria, una propuesta diferente y alternativa a la institucionalización de las adolescentes, que respetara a los niños, niñas y adolescentes como sujetos de derecho y que defendiera e hiciera respetar el derecho a la convivencia familiar (10, 23, 27).

Teniendo esto en cuenta, Jakairá se propuso abarcar las dos etapas del desarrollo: primera infancia y adolescencia. Es evidente que cuidar de un niño, implica cuidar de quien cuida a ese niño, y toda política de promoción de la primera infancia debe tomar en cuenta el espacio familiar. Los adolescentes se merecen ser acompañados en el armado de un proyecto propio tanto para desarrollarse en su calidad de ciudadanos plenos como para ejercer sus funciones parentales.

A pesar de los avances en temas de políticas públicas y la sanción de leyes clave¹, todavía las brechas de inequidad en temas de primera infancia y de género son muy significativas. Los programas que abordan algunos aspectos de estas problemáticas ofrecen estrategias parciales y, muchas veces, es precisamente la falta de un abordaje integral el principal obstáculo para terminar con la inequidad. Por ejemplo, un programa que promueva la inclusión escolar velando por el respeto de las garantías de toda mujer durante el puerperio y la lactancia, y brindando un acompañamiento de la adolescente, pero que no cuente con alguna opción para

cuidar de los niños durante la asistencia de la adolescente a la escuela, no tendrá un gran impacto en la disminución de los grandes índices de deserción escolar. Por otro lado, los programas dirigidos a los bebés que no contemplan las particularidades de los adolescentes se encontrarán con obstáculos propios del trabajo con esta franja etaria.

Es indispensable que la maternidad sea entendida como un proceso, como un constructo cultural, y no como un instinto. En Jakairá el lema es la frase enunciada por Nelson Mandela y tomada por Salvador Celia, supervisor del programa desde el inicio del mismo: "*Se necesita un pueblo (una comunidad) para criar a un niño*" ("*It takes a village to raise a child*") (18). En este sentido, la responsabilidad del cuidado de un niño no recae exclusivamente en las madres y en los padres, sino en toda una comunidad, que tiene que velar por los derechos de todos los niños, promoviendo la equidad desde los primeros años de vida. Las problemáticas más relevantes que afectan a las adolescentes que son madres y a sus hijos, están relacionadas más con la vulneración de sus derechos que con la edad de las madres.

La mayoría de los profesionales del sector de salud entrevistados por el equipo del Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES) acerca del embarazo adolescente, coincide en que se le da al mismo una connotación negativa, ya sea en términos biomédicos o en sus aspectos personales, familiares y sociales: "*Generalmente entendido desde sus consideraciones más negativas, en tanto 'accidental', no buscado ni planeado, el embarazo en la adolescencia aparece relacionado con una serie de carencias sociales que imponen obstáculos al acceso a la prevención y, especialmente, a la educación y al trabajo. (...) Si bien algunos de los entrevistados reconocen la existencia del embarazo buscado en la adolescencia, es la idea del embarazo no planificado como resultado de un accidente o un descuido la que subyace a la mayoría de las opiniones*" (16).

Estas consideraciones negativas se manifiestan al momento de analizar las consecuencias: "Desde la pérdida de la escolaridad hasta el aumento de la violencia, se destaca una serie de efectos adversos del embarazo en la adolescencia que incluye también el impacto económico en las familias y la interrupción de otros proyectos de vida. Las consecuencias psicológicas se vinculan con la falta de pareja estable, la ausencia del padre del bebé y la inmadurez de las adolescentes para asumir la maternidad, que en algunos casos se asocia con la inversión de los roles 'clásicos' dentro de las familias. (...) En las opiniones más drásticas, se mencionan las dificultades en la constitución del vínculo con el recién nacido y la conformación de familias 'disfuncionales', estigmatizando incluso las vidas de estas jóvenes" (16).

Los programas de las organizaciones de la sociedad civil, como lo son las fundaciones que desarrollan Jakai-

¹ Ley de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes (Ley 26061), Ley de Educación Nacional (Ley 26206), Programa Nacional de Educación Sexual Integral (Ley 26150), Ley de Protección Integral a las Mujeres (Ley 26485), Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (Ley 25673).

rá, pueden aportar otro modelo de intervención posible, promover proyectos de investigación que den cuenta del impacto del mismo, participar en la capacitación de profesionales y trabajadores, así como abogar por la inclusión de nuevas propuestas en temas de políticas públicas (17); siempre respetando y reconociendo al Estado y los gobiernos como los responsables y actores fundamentales de los cambios en el rumbo de las políticas públicas que promuevan la equidad y el desarrollo de nuestras comunidades.

Contextualización

Marco legal (14)

La Convención Internacional sobre los Derechos de los Niños, aprobada por las Naciones Unidas el 20 de noviembre de 1989, marcó un hito en la orientación de las políticas de infancia, al constituirse como marco ético-político para que todos los países del mundo se ocupen del tema. Desde una nueva perspectiva define a los niños y niñas como individuos menores de 18 años de edad y como sujetos activos de derechos, es decir, como personas con derechos exigibles tanto por los Estados como por sus familias.

En la Argentina, dicha Convención Internacional fue ratificada por el Congreso de la Nación en 1990 (mediante la Ley 23849/90) e incorporada a la Constitución Nacional en 1994. Posteriormente, la Ley Nacional N° 26061, sancionada en 2005, postula la conformación de un “Sistema de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes” (Art.32) basado, entre otros ejes, en la obligatoriedad de los órganos administrativos del Estado respecto de garantizar el pleno ejercicio de los derechos de la niñez. Con esas premisas, esta ley puso fin al sistema de patronato, que con la Ley de Patronato de Menores, ponía al niño como objeto de tutela en poder de los jueces. La nueva ley determina a la familia como el ámbito preferente de desarrollo de todo niño o adolescente, considerándolos a estos sujetos de derecho.

Al marco antes mencionado, se suma en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) la Ley N° 114/98, de Protección Integral de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes de la Ciudad de Buenos Aires, que a su vez mantiene puntos de contacto y continuidad con las normativas de salud (Ley N° 153 de Salud -1999- y Ley N° 448 de Salud Mental -2000-), al garantizar la atención integral de la salud y el acceso gratuito, universal e igualitario (Art. 22).

La Constitución de la Ciudad de Buenos Aires asume ciertas responsabilidades relativas a los contenidos y las modalidades de las políticas en materia de Protección de los Derechos de la Niñez. Y a la vez, da lugar a la creación de un organismo executor de estas políticas: el Consejo de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes, que interviene con niños hasta los 18 años de edad (con autonomía técnica y administrativa y bajo dependencia de la Jefatura de Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires del año 2000).

Situación y perfil de la adolescente embarazada y madre (15)

A pesar que hay una disminución de la fecundidad adolescente en la Argentina en los últimos años, así como también se ha evidenciado una leve pero sostenida disminución en los últimos cinco años del porcentaje de nacidos vivos de madres menores de 20 años en el país (15,2% o 103891 en 2001), es conocido que estos datos esconden profundas desigualdades regionales. En el año 2001 la cifra fue de 2734 (11). Los resultados de distintos estudios en los últimos años han destacado que los riesgos obstétricos, neonatales e infantiles estarían relacionados en mayor medida con las condiciones del medio ambiente en el que vive la adolescente, que con la edad de la madre (20, 28). En otras palabras, este mayor riesgo podría relacionarse con la pobreza, la nutrición deficiente, el hábito de fumar, la mala salud antes del embarazo y con un control prenatal insuficiente y/o inadecuado (8, 22, 25, 31).

Según los últimos datos recabados en el 2009, el número de nacidos vivos de madres adolescentes de todo el país es de 116824 (15,8% del total de nacidos vivos). La tasa de fecundidad adolescente por 1.000 habitantes a nivel nacional es de 34,6 (26). Respecto de la actividad de las madres adolescentes al momento del embarazo de su primer hijo nacido vivo se constató, en un estudio realizado por el CEDES (5), que casi la mitad de las encuestadas (un 46,3%) ya no estudiaban al momento de embarazarse. Estos datos vuelven a confirmar los hallazgos obtenidos desde distintas investigaciones donde se constata que el abandono escolar es previo al embarazo (24).

Más de la mitad de las adolescentes puérperas que sí estudiaban al momento de quedar embarazadas abandonaron la escuela antes del séptimo mes de embarazo. Solo cuatro de cada diez continuaron estudiando hasta el final del embarazo o hasta por lo menos pasado el séptimo mes. Estos datos indican que durante el embarazo el desgranamiento escolar es significativo.

En cuanto a la implementación de políticas del subsector público ligadas con esta temática, a partir del informe elaborado por la Asesoría General Tutelar de la Ciudad de Buenos Aires (9), se concluye que son las dificultades del acceso a los servicios de salud y del acceso a métodos anticonceptivos así como las dificultades para el desarrollo de un proyecto personal, las bases de la problemática de la multiparidad y los cortos períodos intergenésicos. Se señala además, que los programas ligados a la juventud y adolescencia se caracterizan por su bajo nivel de cobertura e impacto, por la falta de recursos, fragmentación intrainstitucional e imposibilidad de sostener articulaciones interinstitucionales e intersectoriales, así como la falta de continuidad en las acciones. La posibilidad de superar la fragmentación está vinculada -de acuerdo a lo expresado en el informe- con la posibilidad de atender el desarrollo integral de las jóvenes y las comunidades, en lugar de tomarlas de forma aislada. En este sentido, se destaca la necesidad de generar articulaciones programáticas entre las áreas de salud, educación, juventud y desarrollo social.

Con respecto a los padres, en la investigación de referencia se observó que casi la mitad se concentra en el grupo de 20 a 24 años de edad (45%), y algo más de un tercio tiene entre 15 y 19 años (35%). Estos datos indican que los compañeros con quienes las adolescentes tuvieron su primer hijo tienen edades que están dentro de lo esperado para una sociedad donde los varones, o bien tienen la misma edad que su compañera, o bien la superan en pocos años. Sólo un 5% de las encuestadas declaró que el padre de su primer hijo tenía 30 años o más al nacimiento del mismo. Si bien este grupo de edad tiene un peso relativo poco significativo, es importante tener en cuenta que estas situaciones pueden estar relacionadas con posibles violaciones o abuso sexual.

En cuanto al vínculo con el padre del bebé al momento de quedar embarazada, se observa que el 40,6% de las entrevistadas reportó que convivía con él, y un 55,4% declaró que tenía una relación de pareja con él pero que no convivía. Es decir, la casi totalidad de las entrevistadas tenía una relación de pareja con el padre de su primer hijo, conviviera o no. Cabe notar que el 10% de las encuestadas habían terminado su relación con el padre de su primer hijo al momento de la encuesta.

Primera infancia

Como se dijo, Jakairá se propone abordar tanto la problemática de la adolescente como la del niño en la primera infancia. Se considera como "primera infancia" la etapa que se extiende desde el embarazo hasta los 5 años de vida, etapa clave para el desarrollo integral de toda persona (12, 29).

"Las experiencias tempranas negativas, como la ausencia de cuidados adecuados, tienen efectos serios y permanentes en la organización y el funcionamiento del cerebro y la psiquis a lo largo de toda la vida y repercuten directamente sobre la capacidad de aprendizaje y el desarrollo de aptitudes sociales y emocionales del niño o niña. Hay estudios que indican que en los países de bajos y medianos ingresos los niños y niñas menores de 5 años no logran su mayor potencial para el desarrollo debido a tres factores: pobreza, deficiencias nutricionales y oportunidades de aprendizaje inadecuadas" (10).

El desarrollo emocional del niño es posible siempre y cuando haya alguien que responda a sus necesidades, con el que se establezca un vínculo a partir del cual pueda regular sus estados afectivos. Estas experiencias afectivas compartidas con sus cuidadores primarios, sean quiénes sean, influyen positivamente en su desarrollo cognitivo, social y emocional (3, 6).

Brechas sociales en el cuidado de los niños

Para concluir este apartado es importante destacar que las lógicas del cuidado responden a patrones sociales y culturales de relaciones entre géneros y clases sociales. Existen varios trabajos que dan cuenta de este análisis. La manera en que lo encaremos como sociedad, tendrá implicaciones significativas para promover equidad entre hombres y mujeres (13). Compartimos el análisis desarrollado por la Lic. Gisell Cogliandro: *"Actualmen-*

te en la Argentina, la escasa oferta de servicios de cuidado infantil de menores de cinco años por parte del Estado, junto con la baja cooperación del hombre en las tareas del hogar y de cuidado, han contribuido a considerar a las madres que trabajan fuera del hogar como responsables 'exclusivas' de los cuidados. Esta coyuntura genera importantes tensiones que ellas deben resolver por cuenta propia. Ahora bien, la situación es más compleja para las madres que se encuentran en condiciones de vulnerabilidad social, es decir, las madres pobres y con bajo nivel educativo. Esto se debe a que son las que tienen mayor cantidad de hijos y a edades más tempranas, en muchos casos deben afrontar solas la crianza, y se insertan en trabajos de baja calidad que no les permiten generar ingresos suficientes. (...) Las madres pobres no pueden pagar servicios de atención de sus hijos, ya sea de jardines o de una persona que los cuide. Por lo tanto, la mayoría de los casos deben dejar a los niños al cuidado de hermanos mayores o instituciones barriales o comunales". Agrega: *"Por todo ello, es indispensable considerar el trabajo de cuidado como una responsabilidad compartida entre la familia, el Estado, el mercado y la sociedad. Esto implica, hacia el interior del hogar, un mayor compromiso del varón y una distribución más equitativa de las tareas. Y, fuera del hogar, la necesidad de ser comprendido como una corresponsabilidad entre el Estado y la sociedad. El desafío social es contribuir para que las mujeres-madres puedan ejercer plenamente su derecho a vivir una maternidad saludable y al mismo tiempo les esté facilitado desarrollar su carrera profesional y laboral con igualdad de oportunidades, independientemente de su condición social"* (7).

Proyecto

Luego de la crisis política y social que atravesó la Argentina en el año 2001, la fundación suiza *Children Action* se contactó con la Fundación Kaleidos para proponerle el desarrollo de un proyecto que brindara una estrategia nueva, que respondiera a una necesidad clave, y que constituyera un aporte que permitiera un cambio real en la vida de los niños, niñas y adolescentes. Así, surgió y fue tomando forma el proyecto Jakairá.

El nombre *Jakairá* proviene de la mitología del norte argentino, *Jakairá Ru Eté* es el dios de la cultura *mbyá*. Nos pareció apropiado este nombre para nuestro proyecto porque simboliza dos cosas. Por un lado, *Jakairá* es llamado el "Dios de la Neblina Vivificante", en relación con la neblina de fin del invierno que anuncia la llegada de la primavera; reconoce que hay dificultades, simbolizadas por el invierno, pero brinda la esperanza de que vendrán tiempos mejores, como la primavera. Por otro lado, el mensaje del dios *Jakairá* llega a través de los médicos agoreros, para que las personas con dificultades desarrollen sabiduría y poder con el objetivo de conjurar los maleficios; no es el sabio ni el poderoso, sino el que favorece que sean las personas las que desarrollen estas capacidades.

Como fue señalado en la introducción, este proyecto se propuso desde el inicio trabajar de manera interdisciplinaria (integrando disciplinas como salud, desarrollo social, educación), respetando y conside-

rando las dos etapas del desarrollo: primera infancia y adolescencia.

En la actualidad, existen en el marco del proyecto tres dispositivos diferenciados: Jakairá Chacarita, Jakairá CeSAC N° 24 y Jakairá Traslasierra.

A pesar de las diferencias existentes entre los dispositivos de cada programa, de que las poblaciones beneficiarias están insertas en distintos territorios y que cuentan con determinaciones socioeconómicas y culturales particulares, se han armado ejes comunes para poder dar coherencia y unificar los diferentes programas. Se puede decir que existen cuatro ejes comunes, atravesados por la perspectiva de derechos como eje transversal:

1. Primera infancia: se incluyen en este eje los aspectos ligados al crecimiento, crianza, desarrollo integral y maduración del niño en los tres primeros años de vida.
2. Adolescencia: promoción de un proyecto personal que atiende a los aspectos educativos y laborales, así como a la esfera subjetiva, y cuida de la integridad afectiva/emocional y vincular.
3. Perspectiva de género: se incluye aquí todo lo ligado con el desarrollo de la parentalidad (maternidad/paternidad), así como con la situación de inequidad de género.
4. Articulación con la red pública: tanto con el sector estatal, como con las organizaciones de la sociedad civil.

Jakairá Chacarita

Este centro, situado en el barrio de Chacarita (17) de la CABA, está organizado según dos grandes programas. El primero, ofrece un abordaje integral e interdisciplinario que se desarrolla en el centro mismo, en el cual un equipo trabaja en la atención de los cuatro ejes y en donde funciona también un jardín maternal. El segundo programa, es una propuesta de trabajo en red en la cual Jakairá se suma a otras instituciones para promover entre todas ellas un abordaje integral.

El programa, que lleva ya nueve años de implementación, es encarado a partir de múltiples miradas que se entrecruzan y cuestionan, ofreciendo un espacio para los que intentan definir líneas de intervención, así como para las adolescentes y sus hijos e hijas, y para las familias. Todo esto nos permitió entender y contextualizar la importancia del trabajo interdisciplinario e intersectorial, en continua articulación. Actualmente hay tres disciplinas que definen la intervención de Jakairá: psicología/salud, trabajo social y educación inicial. En el centro de Chacarita proponemos abordajes grupales como dinámica fundamental (psicoterapia grupal semanal, un taller de crianza y un taller de proyectos), y al mismo tiempo cada adolescente cuenta con una psicóloga y una trabajadora social como referentes singulares.

Por el primer programa, en el que se abordan todos los ejes y se acompaña cotidianamente a cada adolescente, pasaron 80 adolescentes con sus hijos e hijas, así como 41 padres de estos bebés. Permanecieron en el programa de uno a cuatro años, según la edad del niño al momento de ingresar. A partir del trabajo de articulación con otras instituciones, en los últimos tres años se ha acompañado a alrededor de 130 adolescen-

tes madres y 15 adolescentes padres, abordando puntualmente algunos de los ejes centrales en un tiempo no mayor a un año.

Los marcos teóricos están definidos por el respeto hacia la singularidad y hacia la defensa de los derechos de todos los niños, niñas y adolescentes. Se apuesta a la creación de espacios en los cuales cada individuo pueda, junto a otros, preguntarse sobre sí mismo, entender las dificultades que se le presentan a partir de la complejidad vincular, social y cultural, y de esta manera brindarle al destino nuevamente su condición de incertidumbre. En Jakairá existe la vocación de acompañar a las adolescentes que devienen madres, esperando que el futuro pueda ser radicalmente diferente del pasado, y que se abra un espacio para el surgimiento de algo nuevo. Un acompañamiento cotidiano, a partir de encuentros con profesionales de diferentes funciones y sensibilidades, que están atentos a los distintos niveles de sufrimiento y padecer así como a todo el potencial de cada una de las adolescentes. A esto se suma la posibilidad de reflexionar sobre aquello a lo que sus bebés (desde antes del nacimiento, si es que llegan durante el embarazo) las confrontan: sus representaciones maternas en un momento en una edad en las que están recién emergiendo las representaciones de mujer. Una sexualidad incipiente, pujante, omnipotente, que acompaña el inicio del trabajo subjetivo sobre las representaciones femeninas, enfrentando la pregunta sobre el tipo de mujer que quiere ser cada una pero que rápidamente es atravesada por una maternidad que se impone, deseada o no, fantaseada o no, que las catapulta a otro laberinto.

Como dice François Ansermet, miembro de Children Action y supervisor de nuestro proyecto: *“Es sobre la página que falta sobre el origen que el sujeto puede construirse. Es sobre un origen que falta que paradójicamente este adviene. A cada cual su respuesta, a cada cual su invención, a cada cual su solución, a cada cual su devenir, transformando la inaccesibilidad del origen en una fuente de libertad. Es el origen en tanto presente sobre su condición ausente que permite inventar su vida, de devenir el autor y actor de su propio devenir. El devenir está así abierto porque el origen es inventado. Cada cual deviene en el intérprete de esta parte inaccesible. Cada cual se encuentra así en el comienzo de lo que va a devenir”* (2).

Desde el equipo de trabajadores sociales se las acompaña en el desarrollo de un proyecto de vida personal y singular, apostando a que se produzca la reinserción escolar, formal o no formal, y teniendo en consideración la futura proyección laboral. En este eje, más del 60% de las adolescentes que participaron del programa con jardín maternal han podido mantener su escolaridad o reinsertarse en los casos en que la habían perdido.

Para garantizar el acceso a los servicios de salud se encara también un trabajo cotidiano y personalizado, que muchas veces se ve amenazado por temas propios de la adolescencia, por el hecho de que están solas, o porque los servicios ofrecen obstáculos insalvables para ellas. Uno de los objetivos clave es promover una buena alianza de las adolescentes con los servicios públicos que atienden los cuidados clínicos y ginecológicos. Como

resultado, casi todas las adolescentes han podido preservar o recuperar sus controles de salud así como los de sus niños.

Frente al problema social habitacional que existe especialmente en la CABA, el equipo de Jakairá trabaja fuertemente en el establecimiento de alianzas con otros actores para la defensa del derecho a una vivienda digna, y en caso de emergencia habitacional, para encontrar soluciones o promover mejoras si están en situación de calle o en condiciones muy precarias.

En cuanto a la primera infancia, para Jakairá es crucial promover y favorecer un buen desarrollo integral de los niños y niñas en sus primeros tres años de vida. Con este objetivo, desde el inicio de Jakairá Chacarita se creó un jardín maternal, y desde 2011 se invitó al equipo de Diálogos Jardines Maternales (www.dialogoseduccion.com.ar) para coordinar y supervisar la propuesta educativa del mismo. Ésta última, es una organización especializada en proyectos de educación formal y no formal con cuarenta años de experiencia en la organización y puesta en marcha de proyectos y servicios que vinculan niños, trabajo, empresa, familia, educación y utilización creativa del tiempo libre. Las características fundamentales de su trabajo son: favorecer un clima de confianza y afecto a fin de que los niños adquieran seguridad en sus propias capacidades cognitivas, motrices, afectivas, sociales y expresivas en relación con los otros y con el conocimiento; ofrecer oportunidades de desarrollo de su capacidad creativa y de placer para el conocimiento; propiciar actitudes democráticas y promover el desarrollo de valores; fomentar el placer de jugar; e integrar a la familia en la tarea educativa.

El equipo de psicólogas infantiles tiene a cargo la evaluación y el seguimiento del desarrollo de los niños, así como de los aspectos vinculares y familiares. Todo miembro familiar está invitado a participar, muchas veces las madres y hermanos de las adolescentes son referentes importantes, como lo es también cualquier persona que ocupe un lugar importante en la vida afectiva de esta familia. En el programa que incluye el jardín maternal han participado junto a los adolescentes otras 94 personas integrantes de la red familiar.

La familia cumple la función de asegurar la supervivencia del niño y el crecimiento y desarrollo adecuados para luego facilitar la salida del núcleo primario armando nuevos vínculos. El buen desarrollo depende también del ejercicio por parte de los cuidadores primarios de las funciones maternas y paternas y de cómo estos se complementan (3). A estos conceptos sobre funciones parentales se les suma la noción de "función familia", que hace referencia a la red de subjetividades que sostiene al niño, en el marco de un espacio ramificado de vínculos que no están representados únicamente por la familia nuclear convencional (1).

Entendemos que la parentalidad (maternidad/paternidad) es un proceso, y existen múltiples factores que promueven su desarrollo favorable, fundamentalmente a partir de los trabajos de inclusión comunitaria. En Jakairá se brinda especial atención a los aspectos vinculares maternos y a promover la paternidad en el caso de

que el hombre esté presente, respetando la diversidad y las múltiples configuraciones familiares. Al trabajo educativo y psicológico se le suma el acompañamiento del equipo de trabajadores sociales para garantizar el acceso a los servicios pediátricos y para trabajar en la promoción de su futura escolarización.

En Jakairá 80 niños se beneficiaron de este programa, de los cuales el 90% se desarrolló sin ningún problema. Algunos niños y niñas presentaron algunas dificultades y luego de un tiempo de inclusión en este programa han mejorado significativamente. En varios de estos casos los niños tenían más de un año, y muchos de sus derechos se encontraban profundamente vulnerados.

Desde el inicio, Jakairá trabaja integrándose a la red de atención de adolescentes y niños (hogares de tránsito, hospitales, escuelas, etc.) y desarrolla diversos modelos de intervención con otras instituciones para promover el armado de un programa integral para un número mayor de adolescentes y/o niños. Estos últimos dos años Jakairá reforzó su trabajo y su posición en la red a partir del "Programa en Red". Se ha establecido una muy buena articulación con el programa "Retención Escolar de alumnas madres y embarazadas y alumnos padres", dependiente del Ministerio de Educación de la Ciudad de Buenos Aires. Integrantes del equipo, en grupos de dos, desarrollan talleres en las escuelas una vez por mes, para trabajar y acompañar a adolescentes que son madres o están embarazadas, así como a adolescentes padres.

Jakairá Traslasierra

A principios de 2008, luego de una etapa de conocimiento y diagnóstico de la zona, tomamos el desafío de armar un proyecto en Córdoba, en la región de Traslasierra, en el municipio de La Paz, que cuenta con 6000 habitantes. En el inicio del proyecto hubo un interés activo por nuestra tarea, por parte de quien era en ese momento director del hospital de La Paz, que veía el trabajo comunitario y en red como un pilar esencial en la salud pública y que reconocía las falencias en cuanto a un abordaje integral de la maternidad y paternidad adolescente. La mayor parte de la población habita en zonas alejadas del pueblo. El transporte público es escaso, lo cual acentúa el aislamiento de la población. Las adolescentes generalmente llegan al centro derivadas por las escuelas de la zona y por el hospital. Algunas de ellas viven con sus parejas, otras con sus familias de origen, pero casi siempre se encuentran carentes de redes sociales y sometidas a relaciones de dominación (por parte de las parejas y a veces de los padres).

En general las jóvenes que acompañamos tienen poco que ver con los estereotipos de la adolescencia: suelen ser muy tímidas, temerosas, con mucha dificultad para comunicarse a través de la palabra. Casi ninguna vislumbra un proyecto propio y la maternidad aparece como un destino casi ineludible, que además viene a llenar un vacío profundo. Las jóvenes que no están escolarizadas generalmente han perdido su grupo de amigas y su transcurrir diario tiene que ver exclusivamente con las tareas domésticas.

En el centro se trabaja con las adolescentes en grupo de reflexión una vez por semana, abordando las temáticas que ellas van trayendo y que versan fundamentalmente sobre las problemáticas vinculares (con sus familias de origen, sus parejas, sus niños) y sobre las vicisitudes de la crianza de los niños. Acompañamos los procesos individuales, poniendo especial énfasis en la continuidad de la escolaridad o la reinserción escolar y estimulando el surgimiento y/o fortalecimiento de un proyecto personal posible. Abordamos activamente con las jóvenes el cuidado de su salud sexual y reproductiva, reflexionando sobre los motivos que les obstaculizan la utilización de métodos de anticoncepción y estimulando a que se esto sea un tema del cual se hagan cargo. En estos primeros cuatro años hemos acompañado a alrededor de 36 adolescentes con sus hijos, de los cuales el 80% ha podido desarrollar algún proyecto propio, ya sea mantener o retomar la escolaridad.

El denominador común en casi todas las jóvenes es el aislamiento en el que se encuentran, la ausencia de familia que funcione como sostén, las historias de violencia y abuso sexual en muchos casos (43%); y en la actualidad, y casi sin excepción, relaciones de pareja atravesadas fuertemente por la cultura machista (muy arraigada en esta zona) que se traduce en vínculos violentos. La dependencia y el sometimiento al hombre se refuerzan en la violencia económica y psicológica. Las jóvenes no se sienten con derecho a preguntar cuánto ganan ni cuánto gastan los hombres y sufren muchas veces el abuso del poder por parte de sus parejas manifestado a través del dinero.

Esta cultura tan arraigada genera también una invisibilización muy importante de la violencia de género, cuyas manifestaciones son tomadas como cuestiones “naturales” y como un destino que ciertas mujeres “se buscan y merecen”, con consecuencias devastadoras en su subjetividad. La desnaturalización de esta problemática es uno de los principales ejes de nuestro trabajo, que busca dar a la palabra un lugar que lentamente vaya desplazando a la violencia como modo cotidiano de expresión y resolución de conflictos.

Desde una propuesta de trabajo comunitario realizado durante 2011 y 2012, el equipo de Jakairá Traslasierra desarrolló un programa que se denominó “Ni Príncipes Azules ni Princesas Rosas”, que consiste en talleres de prevención de noviazgos violentos para adolescentes y docentes con producción de material radiofónico. Cada taller concluyó con la producción de spots radiales que fueron difundidos en muchas radios locales, de cual transcribimos un ejemplo:

“Budín de amorío sano: Ingredientes: 1 cucharada de amor, 1/2 cucharada de confianza, 3 cucharadas de respeto, 1 pizca de intensidad. Preparación: agregamos la cucharada de amor y confianza al tazón del tiempo, lo glaseamos con las 3 cucharadas de respeto. Llevamos al horno durante 20 minutos a fuego lento para que el budín se mantenga sano y no se llene de egoísmo ni de indiferencia. Secreto: Nunca olvidar la pizca de intensidad”.

Jakairá CeSAC N° 24 y PAC

Durante 2010 y 2011 Jakairá se alió con el Programa de Atención Comunitaria a niños, niñas y adolescentes con trastornos mentales severos, dependiente de la Dirección de Salud Mental de Gran Ciudad de Buenos Aires (GCBA) (4), para llevar a cabo un proyecto denominado “JakaPAC”. A través de este programa, se ofreció una estrategia de acompañamiento a adolescentes que son madres y que se encontraban institucionalizadas o con riesgo de serlo. Este acuerdo estuvo sostenido en la convicción de que la complejidad de esta problemática requiere de una respuesta, a su vez, múltiple y compleja, diseñada a partir de la conjunción de esfuerzos, experiencias, conocimientos y herramientas provenientes de diferentes campos disciplinarios y sectores. Se trató de un proyecto de intervención temprana cuya finalidad fue la de fortalecer la relación afectiva de las madres adolescentes institucionalizadas o con riesgo de serlo, con sus hijos, promoviendo un adecuado desarrollo evolutivo de los niños y un vínculo saludable, además de intervenciones tanto con madres adolescentes en situación de vulnerabilidad que no hayan requerido de institucionalización, como en procesos de desinstitucionalización asistida. Durante el 2011 participaron de este programa 19 adolescentes.

En septiembre del 2011, se inició un programa en alianza con el Centro de Salud y Atención Comunitaria No 24 (CeSAC 24), dependiente del GCBA, en Villa Soldati, Bajo Flores. La particularidad de este centro de salud es que trabaja bajo el paradigma de la complejidad, tejiendo hacia el afuera redes con universidades, organizaciones no gubernamentales, fundaciones y asociaciones civiles. Además de los servicios de atención de todo CeSAC, funcionan en el mismo varios programas puertas adentro y puertas afuera. Con el objetivo de sumar a lo que los distintos programas ya ofrecían, se creó una unidad de trabajo pequeña para el acompañamiento de las y los adolescentes que son madres y padres. Como en todos sus programas, la propuesta metodológica de trabajo del CeSAC es que sea una conjunción de investigación, acción y participación, descentralizada, integral, dialogada, que reconozca la diversidad, respete la diferencia, parta de condiciones concretas y particulares y entienda a los actores sociales como sujetos partícipes activos del desarrollo. De manera fundamental, se apunta a generar procesos de cambio y transformación social desde la base junto a los sujetos que adhieran a la propuesta.

El trabajo con adolescentes se constituye en el norte y el motor que mueve al equipo a desarrollar sus intervenciones. No existe *a priori* una estrategia única y adecuada, sino que debe irse construyendo mediante el contacto y el intercambio que pueda establecerse con la población adolescente. Desde su apertura fueron captadas alrededor de 70 adolescentes, de las cuales 34 participaron del programa de acompañamiento.

Viñeta clínica: una foto lo dice todo

A continuación les proponemos fotografiar la siguiente imagen en sus mentes: en el centro de la foto, María, de 50 años, sostiene junto a ella a Florencia, de 2 años. María inclina su cabeza hacia su izquierda, apoyándose

en una de sus hijas, que la abraza. A la derecha de la imagen se ve solo la mitad del cuerpo de otra de sus hijas, Camila, de 19 años, madre de Florencia.

Camila y Florencia fueron derivadas a Jakairá por una psicóloga del Hospital Ramos Mejía que atendió a Camila en psicoterapia durante 2009. La derivación se realizó por la preocupación que despertaba el bajo peso y el estado general desvitalizado de Florencia. Cuando Camila llegó al centro tenía la mirada perdida, sin expresión. Su actitud era pasiva, apenas hablaba, respondía con monosílabos. Su hija Florencia, que en ese entonces tenía 9 meses, era una beba con una expresión triste.

La etapa de inicio en el jardín de Jakairá fue dificultosa, madre e hija no podían separarse. Paulatinamente, Florencia se fue quedando hasta incluirse en el horario completo. Camila se fue instalando en los espacios grupales y paralelamente sostenía entrevistas psicológicas individuales.

Camila vive con sus padres y hermanos en una casa tomada. Cursa el cuarto año en la escuela secundaria. La relación con su madre ha sido siempre difícil, el trato de su madre hacia ella resulta diferente que el que tiene con sus otros hijos. Según lo referido por Camila, y de lo que se desprende de las entrevistas mantenidas con su madre, siempre se la ha considerado como la *"tonta"* de la familia: *"Es infantil, no sabe hacer las cosas, es la mayor y no da el ejemplo a sus hermanos"*. En oportunidades en que Camila ha intentado tomar decisiones por su cuenta, o bien poner en juego su iniciativa para algo, su madre ha encontrado todo *"mal hecho"*, y considerado a Camila como alguien incapaz de realizar algo por sí misma. La madre se entromete en todos sus espacios y la anula, la invalida, la detiene y le indica qué y cómo debe hacer las cosas, ya que *"no tiene aptitudes para manejarse por sí misma"*. Su padre reproduce el discurso materno, o bien se mantiene al margen de los conflictos, fuera de su casa. En ocasiones, cuando se alcoholiza, es agresivo verbal y físicamente con Camila. En varias oportunidades Camila se escapó de su casa, tomó psicofármacos que eran de su madre, manifestó deseos de no seguir viviendo.

La tormenta familiar se desató cuando Camila quedó embarazada. A partir de allí los insultos, los maltratos y la violencia se incrementaron. La madre comenzó con una escalada agresiva centrada en su embarazo, tomándolo como el hecho que confirmaba todos los supuestos acerca de su ineptitud para hacer bien las cosas. No permitió que el novio de Camila y padre de Florencia le diera su apellido ni que asumiera su paternidad, acusado constantemente de tener malas intenciones.

Camila manifestó en reiteradas oportunidades las dificultades para vincularse con su madre.

En Jakairá, a partir de entrevistas con Camila y su participación en los diversos espacios grupales, se visualizó que atravesaba situaciones de maltrato físico y psíquico que generaban, a su vez, dificultades en el ejercicio de su maternidad debidas al impedimento y la desvalorización constantes por parte de su madre. Esto se manifestaba en el sistemático control de María hacia Camila, quien no podía circular sola por la calle o dirigirse a algún lugar si no era acompañada de algún familiar que la vigilara,

argumentando que todo lugar era peligroso para ella por la posible persecución de su ex novio o amenazas de una vecina. A su vez, no podía tomar ninguna decisión en relación a su propia persona y tampoco con respecto a su hija sin la intervención de su madre.

A través del discurso de su madre en las entrevistas, se observó su intención preponderante de correr a Camila de su rol de madre. Por ejemplo, argumentaba que Florencia quería a su madre solamente por la lactancia y que llegado el momento del destete no la querría más, y que ella, María, era su verdadera madre, palabras que también se las dijo a Camila.

Frente a estos impedimentos de vinculación entre la niña y la adolescente, se delinearón diversas estrategias que fortalecieran la subjetividad de Camila, no solo para vincularse con su hija, sino también para que pudiera pensar en su capacidad de lograr, delinear y concretar sus propios proyectos, y empezar a tomar por sí misma decisiones de su cotidianidad. Se implementó un acompañamiento más individualizado con respecto a la crianza, mediante encuentros semanales de trabajo entre ambas, supervisados por una de las psicólogas especializadas en crianza y articulados con los maestros del jardín. Asimismo, se llevaron a cabo encuentros con la psicóloga y trabajadoras sociales, que apuntaron al sostenimiento por parte de la escuela y la posible incorporación de Camila en una capacitación laboral. Camila pudo comenzar a construir sus propios espacios: la escuela y el trabajo. Rodeada de tantas desvalorizaciones, discriminaciones, exclusiones, tal como refleja la foto del inicio, logró mostrar a su familia y, sobre todo, a ella misma que *"puede"*.

Volviendo a la imagen inicial y focalizando en la niña, el hecho de que ella sea sostenida por su abuela, reproduce el acaparamiento de Florencia por parte de su abuela y el consiguiente corrimiento de Camila en su cuidado. La abuela percibía y describía a la nieta como una nena frágil, que se enfermaba todo el tiempo, que requeriría siempre de tratamientos y hospitalizaciones. A lo largo del primer año y medio hemos observado que el desarrollo emocional y cognitivo de Florencia fue evolucionando más lentamente de lo esperable. Era una niña muy retraída, que requirió un largo tiempo de aclimatación frente a cada cambio de ambiente hasta que lograba conectarse y expresarse o unirse a los intercambios que se le proponían (desde los adultos o desde los niños). Su rostro solía expresar emociones como miedo, susto, tristeza. Raramente se sorprendía y más raramente aún sonreía o mostraba alegría. Era muy reticente a los intercambios; cuando se le acercaba un juguete, una mano, una palabra, ella se retiraba, retrocediendo físicamente, acercándose al adulto que funcionaba como referente para ella o incluso a un rincón o pared, bajando la cabeza y esquivando la mirada.

Nos llama la atención la fuerza en que en el contexto de una familia se designa de modo implícito y explícito un lugar de déficit y enfermedad para una de las hijas, lugar que es a la vez heredado por la nieta. Como testigos de esta dinámica, incluidos o expulsados cual cerco de goma (30), los profesionales acompañamos este proceso de crianza. Como equipo, en Jakairá sentíamos que

los logros obtenidos se diluían. Veíamos cómo Florencia volvía a retraerse, desconectarse, y su desarrollo psíquico entraba en verdadero riesgo. Cuanto más nos acercábamos a la posibilidad un cambio o una salida, más claramente éramos testigos de la capacidad de transformación del sistema que generaba nuevamente el encierro y la designación de los miembros “inútiles” (Camila) o “frágiles” (Florencia) en este grupo familiar. Esto nos llevó a replanteos, estrategias, inclusión de nuevos actores en el campo interdisciplinar.

Si bien Florencia, luego de dos años de inclusión en nuestro jardín maternal, ya podía pasar a un jardín de infantes, se evaluó que era necesario ofrecerle la posibilidad de permanecer un tiempo más con nosotros. Todo lo reflexionado llena de contenido la foto inicial. Esa foto fue tomada y traída a Jakairá especialmente para ser expuesta en una cartelera por el “Mes de la familia”. Una foto que habla, que expresa, que nos interpela.

En el transcurso del último año algunos cambios notorios y alentadores comenzaron a aflorar. Cuando llegó al centro Camila no trabajaba, lo cual favorecía su participación en los distintos espacios grupales y la posibilidad de entrevistas y encuentros vinculares con la niña. En el espacio de crianza, nos llamó la atención la percepción, registro y preocupación de Camila por los estados afectivos de su hija; la notaba triste y se preguntaba que le pasaría. Por otro lado, en ese mismo espacio, Florencia, si bien tenía momentos de aislamiento con respecto a las coordinadoras y niños, establecía con la mamá una especie de burbuja, en la cual intercambiaban; ella se enojaba, la mamá le ofrecía intercambios, trataba de entenderla o satisfacer lo que pedía, siempre en un espacio de mucha cercanía física. Ambas podían mirarse, y sostener la mirada entre ellas y con los otros.

Ante la reflexión conjunta con Camila en relación a cómo se sentía y pensaba con respecto a diferentes temas o situaciones ligados a la crianza, empezó a diferenciar su postura de la de su madre. Incluso llegó a cuestionar actitudes de su madre, a pensar cómo le gustaría ser a ella más allá de lo que su madre pensara. Se comenzó a visualizar un cierto movimiento en simultáneo tanto de Camila como de Florencia, en donde la adolescente lograba pensarse a sí misma separada de su mamá, y a su hija con su mundo interior, con interrogantes hacia ella.

Paralelamente, a Florencia se la empezó a ver más participativa y conectada en el jardín, ya no en exclusividad con el maestro referente, con el cual la niña había adoptado un lazo afectivo significativo a pesar de que fue pensado como estrategia institucional.

Finalmente, Camila logró conseguir un puesto de trabajo, incorporarse a él y sostenerlo por sus propios medios. En la actualidad, está próxima a finalizar la secundaria.

Podemos afirmar que la confluencia de diversas miradas que fueron sumándose en este proceso de trabajo fueron contribuyendo a la construcción de una singularidad como sujetos, todo lo cual llevó al fortalecimiento en Camila de su identidad como adolescente, estudiante, madre, mujer, trabajadora, y en Florencia su identidad como niña, hija, ser sociable.

Estas identidades fueron permitiendo que cada una pudiera pensar en la posibilidad de ser autónomas y de animarse a vivir apostando a sus propias capacidades y potencialidades.

Conclusiones

El acompañamiento de las adolescentes desde su primera experiencia de maternidad, brindándoles estrategias integrales que aborden la complejidad de la situación y que rompan con el aislamiento social en el que muchas veces se encuentran, es hoy imperativo y obligatorio para los gobiernos. Los marcos legales de protección de derechos de todos los niños, niñas y adolescentes definen líneas para que tanto el Estado, como las organizaciones de la sociedad civil, trabajemos en forma conjunta de manera de terminar con las brechas de inequidad y con los circuitos perversos de mantenimiento de la pobreza generación tras generación. Estamos convencidos de que toda mujer tiene el derecho de poder pensar en su proyecto de vida y lo merece, sea la maternidad o la no maternidad, tanto como su desarrollo personal. Si los derechos están garantizados, se asegura el estado de su bienestar.

Desde los enfoques de género, es indispensable seguir pensando y desarrollando estrategias para la inclusión de los varones, parejas, padres, para promover este cambio de paradigma familiar y cultural a partir del cual la mujer es la exclusiva responsable de la crianza de los niños y niñas. Todas las familias, estén como estén conformadas, merecen también poder disponer de espacios comunitarios, programas y abordajes a partir de los cuales puedan desarrollar sus funciones parentales, además de contar con otros espacios de cuidado para sus hijos.

De esta manera, estos niños desarrollarán todo su potencial y transitarán de la mejor manera posible sus primeros años, adquiriendo la fuerza necesaria para poder enfrentar las dificultades que la vida les depara. Estarán también en mejores condiciones para su desarrollo escolar, rompiendo de esta manera el circuito de inequidad y exclusión escolar que se repite generación tras generación.

Agradecimientos: María Victoria Zupan, Stella Maris Gallio, Valeria Baquero, Constanza Duhalde, Evangelina Copello, Romina Rodríguez, Lorena Pereyra, Florencia Simonet, Adriana Potel, Marcela Corin, Elías Halperin y Gabriela Gamallo ■

Referencias bibliográficas

- Alizade M. Hacer la vida en el siglo XXI: familias, parejas, soledades. Teoría y clínica de las sexualidades. Espacio para el debate. *Revista SAP* 2012; (15).
- Ansermet F. Clinique de l'origine. Nantes: Editions nouvelles Cécile Defaut; 2012. p. 10-18.
- Armus M, Duhalde C, Oliver M, Woscoboinik N. Desarrollo Emocional. Clave para la primera infancia. Buenos Aires: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), Fundación Kaleidos; 2012.
- Barcala A, Torricelli F, Álvarez Zunino P, Marotta J. Programa de atención comunitaria a niños/as y adolescentes con trastornos mentales severos: una construcción que articula la experiencia clínica, la investigación académica y su transferencia al sistema sanitario. *Vertex* 2009; 20 (86): 282-92.
- Centro de Estudios para el Desarrollo Económico y Social (CEDES). El embarazo en la adolescencia: diagnóstico para reorientar las políticas y programas de salud. Informe final. Ministerio de Salud/CONAPRIS, CEDES. Comisión Nacional de Programas de Investigación Sanitaria. Ministerio de Salud, Argentina; 2004.
- Centro de Estudios Para América Latina (CEPAL). Panorama social de América Latina; 2009. En: Informe Asesoría General Tutelar; 2011.
- Cogliandro G. Escenario local. Las brechas sociales en el cuidado de los niños y niñas de las madres que trabajan en la Argentina. Boletín de la maternidad No 7; c2009. Disponible en: <http://www.o-maternidad.org.ar>.
- Coll A. Embarazo en la adolescencia. *Clínicas perinatológicas argentinas* 1997; 4: 23-55.
- DEyCGBA 2006, UIMyE 2008; Instituto de la Vivienda de la Ciudad (IVC). En: Informe Asesoría General Tutelar; 2011.
- Diálogos Deliberativos. Sobre la Primera Infancia en la Provincia de Buenos Aires. Buenos Aires: UNICEF, Foprin, Fundación Kaleidos; 2012.
- Dirección General de Estadísticas y Censos GCBA 2008, Ministerio de Salud de la Nación, OPS; 2003.
- Engle P, Grantham-McGregor S, Black MM, Walker SP, Wachs T. Child Development 2: Strategies for reducing inequalities and improving developmental outcomes for young children in low-income and middle-income countries. c2011. Disponible en: <http://www.thelancet.com>.
- Esquivel V, Faur E, Jelin E. Las lógicas del cuidado infantil. Entre las familias, el Estado y el Mercado. Buenos Aires: IDES; 2012.
- Finkelstein L, Torricelli F. Documento de circulación interna de la Fundación Kaleidos. Documento para evaluación de Jakairá: contextualización; 2006.
- Finkelstein L, Torricelli F. Documento de circulación interna de la Fundación Kaleidos. Documento para evaluación de Jakairá: fuentes secundarias; 2012.
- Gogna M, compiladora. Embarazo y maternidad en la adolescencia. Estereotipos, evidencias y propuestas para políticas públicas. Buenos Aires: CEDES-UNICEF; 2005. p.170-174.
- Gorodisch R. Exclusión social endémica y desarrollo temprano: "made in Chacarita". *Vertex* 2004; 15 (56): 115-20.
- Gorodisch R. Bordando condiciones de más dignidad. Entrevista a Salvador Celia. *Vertex* 2003;14 (54): 299-304.
- Landers C, Mercer R, Molina H, Young ME. Desarrollo Integral en la Infancia: una prioridad para la salud. Buenos Aires: OPS/OMS; 2006.
- Maddaleno M, editor. La salud del adolescente y del joven. OPS. Publicación Científica N° 552; 1995.
- Makinson C. The health consequences of teenage fertility. *Fam Plann Perspect* 1985; 17: 132-139.
- Olausson P, Cnattingius S. Determinants of poor pregnancy outcomes among teenagers in Sweden. *Obstet Gynecol* 1997; 89: 451-457.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). Informe final de la Comisión sobre determinantes de la salud: Subsanan las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud; 2008.
- Pantelides A. Aspectos sociales del embarazo y la fecundidad adolescente en América Latina, mimeo. Ponencia presentada al Seminario: "La fecundidad en América Latina y el Caribe: ¿transición o revolución?". Santiago de Chile: CELADE, 9-11 de junio de 2003.
- Scholl TO, Miller LK. Prenatal care adequacy and the outcome of adolescent pregnancy: effects on weight gain, preterm delivery, and birth weight. *Obstet Gynecol* 1987; 69: 312-316.
- Secretaría de Políticas, Regulación e Institutos, Dirección de Estadísticas e Información de Salud. Boletín N° 132: Indicadores seleccionados de salud para población de 10 a 19 años en Argentina; 2009.
- Siddiqi A, Irwin LG, Hertzman C, Total Environment Assessment Model for Early Child Development (TEAM). Evidence Report for the World Health Organization's Commission on the Social Determinants of Health; 2007.
- Stern C, El embarazo en la adolescencia como problema público: una visión crítica. *Salud Pública Mex* 1997; 39 (2).
- Walker SP, Wachs TD, Grantham-McGregor S, Black MM, Nelson CA, Huffman SL et al. Child Development 1: Inequality in early childhood: risk and protective factors for early child development. c2011. Disponible en: <http://www.thelancet.com>.
- Wynne L. Pseudomutualidad en las relaciones familiares de los esquizofrénicos. En Interacción familiar. Buenos Aires: Tiempo Contemporáneo; 1971.
- Zuckerman B, Alpert J, Dooling E, et al. Neonatal outcome: is adolescent pregnant a risk factor? *Pediatrics* 1983; 71: 489-493.

Redes y puertas en Salud Mental Comunitaria en un Centro de Salud y Acción Comunitaria (CeSAC N° 24) del sur profundo de la CABA

Marcela Corin

Medica Pediatra; Jefa a cargo del CeSAC N° 24 "María Eva Duarte de Perón"

Miembro Titular de la Sociedad Argentina de Pediatría

Miembro del Comité Nacional de Pediatría General Ambulatoria de la Sociedad Argentina de Pediatría.

E-mail: mavicorin@hotmail.com

Resumen

La historia del Centro de Salud y Acción Comunitaria (CeSAC) N° 24 se inicia hace 21 años en el barrio Ramón Carrillo de Villa Soldati, en una zona marginal urbana del sur profundo de la CABA, con una población con demandas de necesidades urgentes. Se inicia el trabajo con un grupo de profesionales impregnados en las prácticas de atención primaria que continúa hasta la actualidad. El objetivo de nuestro proyecto de Salud Mental Comunitaria es la creación de espacios preventivos y de bienestar atravesados por el arte en todas sus manifestaciones con la participación activa de los vecinos/as en muchas de las coordinaciones de las actividades. A través de la apertura simbólica de puertas y visibilizando redes, abrimos el CeSAC a las universidades, sociedades científicas, fundaciones, ONGs, juntas vecinales, mesas de trabajo barriales, organismos de derechos humanos, centros de educación formal y no formal, centros culturales, iglesia, radios comunitarias, latiendo con los movimientos vitales de la comunidad, siendo nosotros como equipo parte de la misma.

Nuestros espacios, talleres y programas son una construcción colectiva socio-histórica que va atravesando hitos como el pensar, y pensarnos, reunirnos, la participación comunitaria y la capacitación continua para todas/os los que trabajamos y los que viven en Soldati. La tendencia a la descentralización, democratización y conducción heterárquica de nuestra organización favorece la posibilidad de catalizar los deseos, motivaciones, esfuerzos del equipo de salud, de los vecinos/as y de los nodos de la red favoreciendo el trabajo creativo que hace de un sueño una realidad esperanzadora.

Palabras claves: Redes comunitarias - Espacios preventivos y de bienestar - Discapacidad - Participación

COMMUNITY MENTAL HEALTH NETWORKS AND DOORS AT A HEALTH AND COMMUNITY CENTER (CESAC N°24) IN THE SOUTH OF THE AUTONOMOUS CITY OF BUENOS AIRES (CABA)

Summary

The history of the Health and Community Center (CeSAC) N° 24 began 21 years ago in the Ramón Carrillo district, in Villa Soldati neighborhood. This is a marginal urban area in the south of the CABA with a population with urgent needs. The work started with a group of professionals dealing with primary care practices, and it continues up to the present. The goal of our community mental health project is the creation of spaces for prevention and well-being including art in all its expressions, with the active participation of neighbors in the coordination of many activities. Through the symbolic opening of doors and making networks visible, we opened the CeSAC to universities, scientific societies, foundations, NGOs, neighbor committees, neighborhood boards, human rights organizations, formal and informal education centers, cultural centers, churches, community radios, in order to show the vital movements of the community, as we -as a team- are an integral part of it. Our spaces, workshops and programs are a collective socio-historical construction that achieves milestones such as thinking, thinking of us, getting together and achieving the participation from the community and the continuous training for everybody working and living in Soldati. The decentralization and democratization trend, and the heterarchical management of our organization favors the possibility of catalyzing the wishes, motivations and efforts of the healthcare team, neighbors and network nodes, thus benefiting the creative work that turns a dream into a hopeful reality.

Key words: Community networks - Preventive and well-being spaces - Disability - Participation.

Introducción

Este escrito describe nuestra experiencia como equipo interdisciplinario en un Centro de Salud del primer nivel de atención en el sur profundo la Ciudad de Buenos Aires.

La primera parte desarrolla en un recorrido histórico, los contextos políticos y sociales que dieron el marco al nacimiento del centro junto con el barrio Carrillo.

Tratamos de recuperar los antecedentes locales de trabajo inicial, la historia del equipo de salud hasta la actualidad, los procesos de construcción y deconstrucción y los cambios en las estructuras de gestión de poder dentro del CeSAC que a la vez nos fue transformando.

En la segunda parte presentamos el proyecto de salud del CeSAC y focalizamos en el Programa de Discapacidad, presentando algunos lineamientos que a partir de nuestra experiencia pueden orientar a quienes están en el camino, y reflexiones sobre nuestras prácticas sabiendo, como expresa Gilles Deleuze, que no hay método, no hay receta; sólo una larga preparación (4).

Había una vez un barrio y un centro de salud en Soldati...

Una historia como tantas en la Ciudad de Buenos Aires en la década del noventa donde el objetivo era relocalizar poblaciones para usufructuar los terrenos.

El barrio Ramón Carillo fue un emprendimiento de la Municipalidad de Buenos Aires de fines del año 1990, como necesidad de relocalizar a los habitantes del albergue Warnes, el bar Querandí, el Hospital Rawson y algunas familias que vivían bajo la Autopista 25 de Mayo. Se planificó la construcción de un centro de salud, una escuela primaria y años más tarde el jardín de infantes.

En enero de 1991 se conforma el equipo inicial de profesionales de salud destinados a ese centro, y cuyo objetivo originario era trabajar con la población del barrio Carrillo. Este equipo tenía como lugar de trabajo el CeSAC No 6 distante a unas 15 cuadras del barrio, ya que la construcción del CeSAC N° 24 estaba demorada. En agosto de 1992, con una fuerte demanda de los vecinos y de los profesionales, se inaugura finalmente el centro.

La atención de la población de la Villa 3 (Fátima), no planificada en los papeles, fue un hecho desde el comienzo (en ese momento la población aproximada era de 3500 personas). Esta villa tiene sus orígenes aproximadamente en los años cuarenta luego fue arrasada por la dictadura militar en los años setenta y repoblada a partir del año 1982 y 1983 con el retorno de la democracia.

En el año 1994 conforme se iba poblando el asentamiento "Los Piletones" comenzó a aumentar la demanda de atención de la gente.

En el trascurso del año 1995 se organiza otro asentamiento precario sobre la calle Lacarra, que luego dio origen al denominado "Barrio Lacarra".

Los asentamientos "Los Pinos", "La Esperanza" y "La Veredita" son los más recientes, y son atendidos regularmente por el Equipo Comunitario del CeSAC N° 24 (conformado por todas las residencias que se capacitan en el mismo), organizando el trabajo territorial semanal-

mente en detección de patologías, tamizaje nutricional, atención in situ, postas de vacunación y talleres.

En el año 2005 comienza la remodelación del CeSAC, que se prolongó durante dos años, con los profesionales trabajando dentro de la obra. Esta situación potenció la crisis institucional y profesional. En ese entonces, nos percibíamos como fragmentos de un equipo de salud, desfondados, como describiera Ignacio Lewkowicz (3). Sosteníamos para ese entonces un territorio de responsabilidad de 18000 habitantes.

En el año 2007 se incorporan a la planta transitoria del CeSAC N° 11 promotoras de salud, mujeres del barrio a quienes se capacitó a través de un Curso de Promotores de Salud. En el mismo período, creamos un espacio interdisciplinario los días jueves de dos horas de duración. Desde ese espacio reflexivo trabajamos acompañados por el equipo del Área de Trabajo de *Burnout* del Comité Nacional de Pediatría Ambulatoria, de la Sociedad Argentina de Pediatría. Actualmente ese espacio devino en el Curso de Postgrado del CeSAC, y continúa con más ímpetu a través del trabajo intersectorial de quienes participan invitando a referentes comunitarios y de sociedades científicas como Sociedad Argentina de Pediatría (SAP), Sociedad Argentina de Primera Infancia (SAPI) y Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO), con quienes se organizó de manera conjunta el Proyecto "Te escucho" (6). Nuestro curso fue nombrado desde hace 5 años: "Problemáticas complejas en el 1er nivel de atención, abordajes posibles. Creando puentes". Es nuestro espacio de diálogo y encuentro semanal.

Estos vínculos comenzaron a establecerse desde fines del año 2008, y abriendo puertas y generando redes del CeSAC con organizaciones del ámbito privado, ONGs, Fundaciones y Universidades. Además, se regularizaron políticamente los barrios a través de las juntas vecinales, mesas de trabajos y referentes de manzanas.

Este cambio probablemente influyó en la estructura de poder dentro del CeSAC. La organización evolucionó, en los últimos 4 años, de una organización jerárquica vertical hacia otra con tendencia horizontal que requiere de un pensamiento sistémico. Actualmente es una organización que tiende a la descentralización y democratización. La capacidad de acompañar el cambio es un requerimiento indispensable del equipo de gestión. Donde "el jefe" pasa a ser un coordinador heterárquico, diferenciándose de la jefatura por alguien despojado de lo autoritario. Su función es la de catalizar los deseos, motivaciones de los otros, un ordenar con otros. Le otorga un carácter democrático con un propósito motivador de los esfuerzos y la creatividad del equipo.

Actualmente nuestro territorio de responsabilidad compartida está poblado por aproximadamente 25000 ciudadanos/as. Siendo el territorio mucho más que una superficie geofísica: es un escenario de vínculos y conflictos, de intereses diversos en juego, de proyectos de distintos actores, con distintas cuotas de poder (5).

Desde este escenario histórico, desde esta estructura de poder y desde nuestros territorios internos y externos nos zambullimos.

En un viaje grupal

Hace 21 años en el CeSAC N° 24 "María Eva Duarte de Perón" en Soldati, se inicia el trabajo de un grupo de profesionales impregnados en las prácticas de atención primaria, equipo desde el comienzo interdisciplinario, en una zona marginal urbana del sur profundo de la CABA con una población con demandas de necesidades urgentes.

Así es, que desde su etapa iniciática, se van creando espacios saludables, de goce, placer y encuentros para todos/as (vecinos y equipo), con idas y vueltas, con períodos de crisis y desfondamientos institucionales prolongados. Durante todos estos ciclos la comunidad fue un pilar en la planificación de las actividades, es decir que las que se sostenían aún en las crisis, era porque la propia comunidad intervenía.

Actualmente somos 95 profesionales, 35 de planta y 60 residentes (Medicina General y Familiar, Enfermería, Nutrición, Educación para la Salud, Psicología, Veterinaria y Trabajo Social) y con 27 programas que comenzaron a transformarse en "Dispositivos Estratégicos". Entendiéndolos según la perspectiva de Foucault, como una red que vincula un conjunto de elementos heterogéneos en un juego de relaciones de poder y saber con carácter estratégico.

Muchos de estos dispositivos se pensaron grupalmente con referentes de Fundaciones, Asociaciones, Universidades y Sociedades Científicas.

El trabajo actualmente es sinérgico.

Nuestro proyecto de salud

Tiene como objetivo general crear espacios preventivos y de bienestar, co-coordinados por los vecinos/as que lo utilizan atravesados por el arte: la pintura, la música, el baile, los cuentos, el juego, la palabra, el cine, la murga, el *clown*.

Los dispositivos estratégicos del CeSAC son semanales y continuos. El Taller de Embarazo, el Grupo de Crianzas, el Programa Mirar y Prevenir (Programa Central del Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires -GCABA-) cuya finalidad es detectar, a través de la observación, trastornos del vínculo y la comunicación madre/cuidador y su bebé; el Programa *Jakairá*, cuyo objetivo es trabajar con adolescentes embarazadas y madres en su fortalecimiento y acompañamiento (convenio con Fundación Kaleidos); la Juegoteca integrada para niños/as; el Rincón de lectura, convenio en capacitación y entrega de material de lectura a través de Fundación Leer; el Taller de Crecimiento Saludable; el Taller de Lactancia; la Semana Comunitaria de las Crianzas, que durante Diciembre del 2012 se implementó la cuarta edición; el Consultorio de intervención de *Payamédicos*; los *Puentecolown*, una nueva agrupación que se formó con la perspectiva del clown social territorial, para trabajar en centros de salud del primer nivel de atención. En nuestro centro de salud los niños y niñas están jugando, caminando, de pie y no acostados como en el hospital, por lo tanto es un nuevo camino a transitar de los payasos sani-

tarios. El CeSAC se convierte en un espacio para experimentar nuevos dispositivos estratégicos.

La organización de una estrategia comunitaria de atención para niños, niñas y adolescentes con trastornos psicosociales complejos, continuadora del Programa de Atención Comunitaria para niños, niñas y adolescentes con trastornos mentales severos y problemáticas sociales complejas (PAC), es un logro para los equipos de los CeSACs N° 24 y N° 19, territorio sur de la CABA. Incorporándose a la planta permanente un psiquiatra infanto-juvenil, una terapeuta ocupacional y una trabajadora social especializada en discapacidad que continuará la lógica de trabajo del PAC. Con la futura posibilidad de rotaciones periódicas de residentes de las respectivas especialidades potenciando en cascada la capacitación en el trabajo comunitario.

El grupo Juntos para Seguir, del programa de discapacidad, es un espacio para todos los familiares, niños/as, adolescentes y adultos con discapacidad, todos juntos, entramando nuevos vínculos.

Este año incorporamos un nuevo dispositivo estratégico pensando en la vincularidad de las adolescentes con sus bebés y de las madres con sus bebés prematuros creándose conjuntamente con la Asociación Latinoamericana de Estudios Freudianos (ALEF) y el equipo de Salud Mental del CeSAC, el Taller Vínculos desde temprano, con la modalidad de Juegoteca Inicial.

Junto a la Asociación Civil Cine en Movimiento, el Programa del Voluntariado de la UBA hemos trabajado en dos proyectos de cine. Durante el año 2013 iniciaremos el proyecto de producción audiovisual sobre salud e interculturalidad.

Durante el año 2012 incorporamos para todo el equipo de salud y referentes barriales el curso intensivo de herramientas de *clown* sociales en salud que coordinó el equipo de la Agrupación *Puentecolown* y el curso de teatro foro del oprimido junto a la ONG Gestión Sustantiva.

Contamos con un espacio grupal terapéutico para el grupo de promotoras de salud y administrativas rentadas de la comunidad que se incorporaron al sistema hace 4 años con el equipo del Arq. Alfredo Moffat para mejorar las relaciones interpersonales entre ellas.

Al iniciar el año 2012, comenzamos la experiencia de en la creación del Comité de Bioética en un Centro de Salud del primer nivel de atención, acompañados por la Cátedra de Epistemología y Metodología de la Investigación, cuya Profesora Titular es la Filósofa Silvia Rivera de la Facultad de Antropología de la UBA y Coordinadora del Área de Trabajo de Bioética en Ambulatorio del Comité Nacional de Pediatría Ambulatoria de la SAP. Esta instancia fue creada para pensar los conflictos éticos frente a los problemas complejos que nos atraviesan a nosotros como equipo y a la comunidad.

Nosotros, los adultos, sostenemos a nuestra infancia porque hay otros que nos sostienen. Por eso, desde el CeSAC, a partir de estos últimos años, se ha iniciado un cambio fundamental, sostener y acompañar a los adultos.

En el entramado inicial, profundamente materno-infantil, se nos caían a través de los agujeros de las tramas los adultos con patologías crónicas, los adultos mayores y

las mujeres. Entonces fue entramándose a través de redes socio-afectivas, espacios creativos: Grupo de Tejido para mujeres, espacio donde la excusa es tejer siendo un lugar de encuentro y crecimiento. Actualmente son una PyME que organiza ferias de venta de los productos; el Grupo Alegría de adultos mayores, el CeSAC los martes se llena de sonidos, música, baile y cantos de celebración de la vida. Los Talleres de Salud de la mujer que coordina la residencia de Medicina General y las intervenciones en territorio del Equipo Comunitario, equipo conformado por todas las residencias del centro cuya coordinación es rotatoria y las clases de Gimnasia Postural para mujeres coordinados por la kinesióloga.

El Consultorio Intercultural, con el *chamán* del barrio y una de la médicas generalistas, que comenzamos durante el año 2010, siendo un observatorio para las alumnas de la Cátedra de Epistemología y Metodología de la Investigación de la Facultad de Ciencias Antropológicas de la UBA. Es un camino de apertura que, además de real, es simbólico.

Y *reiki* para los profesionales del equipo, a través del equipo de Reiki al Servicio, como terapia complementaria que nos brinda bienestar durante el trabajo.

Hasta aquí, elegimos contarles una historia viva.

Enfocados en discapacidad

¿Cómo comenzamos a pensar en estos espacios, talleres, programas de salud y dispositivos estratégicos?

El proceso tuvo sus tiempos, sus interludios y sus quietamientos.

Nuestra historia no es precisamente un viaje por *Disney*, todos tenemos magullones, dolores y una gran cuota de exploradores, lo que la hace apasionante.

Nos enfocaremos en el momento iniciático de un programa innovador en el primer nivel de atención. Atravesando hitos lo iremos descubriendo. Estos son acontecimientos, sucesos, o personas esenciales en un cierto contexto, que marcan un antes y un después. Provocan saltos cuali y cuantitativos. Simbolizan un momento.

1er Hito: Pensar

¿Cómo comenzamos a pensar en discapacidad?

Nos encontrábamos a fines del año 2003 dos profesionales del CeSAC pensando y preguntándonos sobre lo mismo, *¿dónde están las personas con discapacidad que no las vemos y como hacer visible lo que está oculto?, ¿cómo es esto de preguntarnos por lo que no vemos para verlo?*

El primer obstáculo: el subregistro. Sabíamos que según la Encuesta Nacional de Personas con Discapacidad (ENDI) del año 2001 en la CABA se había registrado un 7% de personas con discapacidad. Nosotros sólo teníamos registrados, según el Sistema Estadístico del CeSAC (SICESAC), un 0,5% de personas con discapacidad en nuestra área de responsabilidad.

En esta etapa del pensar, la trabajadora social había mantenido reuniones de asesoramiento con el área de educación especial y con profesionales del CeSAC N° 18,

pioneros en el Programa de Discapacidad en la ciudad a fin de interiorizarse sobre las experiencias de trabajo.

A partir de un taller en terreno, que debía realizar para el examen del Programa Nacional de Pediatría a Distancia de la Sociedad Argentina de Pediatría (PRONAP), y junto con la trabajadora social del CeSAC decidimos reunir el 26 de marzo del 2004 a los once padres y sus niños/as con discapacidad que desde el CeSAC teníamos registrados.

2do Hito: Reunirnos

En la primer reunión comenzamos con la lectura de un cuento de Elizabeth Kubler-Ross como disparador, provocando un momento de catarsis donde las madres y familiares contaron sus sentimientos y vivencias relacionadas con la experiencia de vivir con hijos con discapacidad, surgieron sentimientos de dolor, impotencia, soledad e historias de vida. Como la de la mamá de un niño con parálisis cerebral que se decía a sí misma que ya iba a caminar, y que en esos 3 años de vida de su hijo, jamás comprendió lo que le sucedía.

A partir de allí, se propuso mantener un encuentro mensual con el objetivo de seguir compartiendo, apoyándose, agrupándose para demandar derechos hasta ese momento no eran reconocidos. Este espacio se mantiene hasta hoy, jamás se interrumpió (ni los días de tormenta), espacio esperado por las familias con un promedio de 40 a 50 participantes.

Esta intervención significó una construcción conjunta que nos ayudó a recuperar la condición de seres sociales, la historia de cada sujeto, a reciclar capacidades y habilidades perdidas no reconocidas, a construir espacios de diálogo (1).

Las reuniones luego de un tiempo se fueron proyectando hacia acciones concretas, a partir de los obstáculos encontrados por las familias en la resolución de problemas de salud, educación y económicos.

Por eso se convocan a diferentes profesionales para asesoramiento, y también se comparte información sobre recursos, trámites y gestiones.

El equipo se fue afianzando con la incorporación de una kinesióloga a través y lo completan la psicóloga, la fonoaudióloga, una pediatra, una psicomotricista *ad honorem*, dos promotoras de salud, familiares como co-coordinadores, y desde hace unos meses, un dispositivo estratégico comunitario de atención a partir de la descentralización del PAC y continuador del mismo.

Y, como todo grupo con identidad, sus integrantes lo nombraron "Juntos para Seguir".

3er Hito: Las redes comunitarias

Éstas se fueron visibilizando desde este núcleo inicial. El pensamiento y las prácticas con enfoque de red, no tienen un sólo modo verdadero de expresarse, un sólo itinerario. A través de ir visualizando redes no nos instalamos en el CeSAC esperando la demanda, sino que fuimos creando un dispositivo novedoso, interdisciplinario e intersectorial.

Cuando en el año 2006, a través del censo planificado por el Área de Educación Especial del GCABA a través de la Lic. Marita Ricci, de profesionales del CeSAC N° 24 y de familiares, es decir de un colectivo, se crea la Escuela de Motores de Lugano, descubrimos que juntos pudimos lograr algo distinto a cuando lo intentamos por separado. Lo conceptualizamos en el Efecto Red (9).

Utilizamos el mapeo de redes como parte del trípede metodológico del abordaje en red junto con la construcción del problema y la recuperación de experiencias.

El mapeo de redes institucionales, personales y comunitarias, permite la visualización de los vínculos actuales y potenciales, generando diversas posibilidades para trabajar sobre los problemas construidos (10).

El CeSAC es una organización de salud, organización con capacidad de transformación, donde entran a jugar las subjetividades, el contexto, el proceso histórico de 21 años en el barrio junto con el crecimiento del mismo. Es una organización con capacidad de transformar el mandato de lo instituido e incorpora la dinámica de un barrio donde hay club de jóvenes, radios, actividades artísticas y biblioteca. La posibilidad de incluirnos en esta dinámica permite la visualización de las redes que laten sinérgicamente.

La incorporación de la herramienta de mapeo permite nuestra inclusión en el contexto que habitamos. Poder pensarnos como organización y no como institución, es poder pensar en movimientos vitales.

Siguiendo a Denise Najmanovich (7) *“la organización es la disposición de relaciones entre componentes o individuos que produce una unidad compleja o sistema, dotado de cualidades desconocidas en el nivel de los componentes o individuos. La organización une de forma interrelacional elementos, o eventos o individuos diversos que a partir de allí se convierten en los componentes de un todo. Asegura solidaridad y solidez relativa a estas uniones, asegura una cierta posibilidad de duración. La organización pues transforma, produce, reúne, mantiene, sostiene”*.

Antes de comenzar nuestro mapeo iluminamos ciertas zonas, cuál es el lugar donde estamos ubicados, en qué momento sociohistórico, y pusimos la mirada en los aconteceros vinculares institucionales. Trabajamos con la Metáfora del Zoom, según la cual, un estilo de indagación gracias a la movilidad y el ajuste permanente de los parámetros de visualización permiten componer un paisaje cognitivo pleno de relieves (8). El mapeo lo configuramos a través de un gráfico, en el cual simbolizamos las principales vinculaciones. Es realizado por el equipo de salud del CeSAC e informantes claves.

Visibilizando las redes del Programa de discapacidad:

En Salud

Hospital Piñero: A partir de 2006 se realizan los certificados de discapacidad para los niños/as de la CABA. A los Servicios Cardiología, Neurología, Endocrinología y Otorrinolaringología.

Hospital Garrahan: En el año 2004 el Servicio de Mediano Riesgo. Actualmente a servicios especializados de Neurología, Neuroortopedia, Oftalmología.

Hospital Elizalde: los Servicios de Neurología, Gastroenterología.

Hospital Roca: para equipamiento, rehabilitación y terapia ocupacional.

CeSAC No 18: Dieron el asesoramiento inicial y ayuda en la confección de historias clínicas y realización de un banco informatizado de datos.

En lo Social

Ministerio de Desarrollo Social del GCABA: Para tramitar pensiones y planes de vivienda. En nuestra comunidad las familias con personas con discapacidad tienen prioridad en el otorgamiento de las viviendas nuevas.

Red Soldati: El CeSAC participa en las reuniones de la red.

Programa de fortalecimiento del vínculo de Desarrollo Social: Que tiene un lugar de encuentro en el mismo CeSAC.

Juntas vecinales de Villa Fátima, Piletones, mesas de trabajo de barrio Ramón Carrillo, referentes de manzana de asentamientos Esperanza, Los Pinos y La Veredita. Vecinos del barrio que planifican junto a los equipos.

Comedores comunitarios: Vecinitos y Pastorcito de Villa Fátima, 6 de Agosto, Traskarton.

Los Marianistas: Que nos cede su predio para las fiestas de fin de año del programa.

ONGs barriales y territoriales

Construyendo Sueños: ONG que trabaja con adolescentes vulnerados en sus derechos

Fundación IPNA: Trabajamos durante el año 2011 intercambiando datos en el registro de personas con discapacidad, además de ser el CeSAC un lugar de encuentro para las reuniones y capacitación de promotoras de salud. Por otro lado, fueron el puente para que los alumnos/as del Colegio Pellegrini realicen juguetes de diseño que han sido entregados por ellos a la Juegoteca integrada del CeSAC.

Fundación Kaleidos: Con quienes empezamos a soñar el *Jakairá* en el CeSAC y es actualmente una historia viva, con 34 adolescentes que estamos acompañando y 78 adolescentes madres y embarazadas que contactó el equipo. Trabajo de prevención y fortalecimiento vincular.

Fundación Crear Vale la Pena: Para trabajar con el equipo de salud y referentes barriales. Realizamos la capacitación en el CeSAC de Teatro Foro (arte inclusivo).

Incorporación al programa de la Asociación Civil Payamédicos y *Puenteclown*.

En Educación, derechos humanos y cultura

Área de salud y discapacidad de la Defensoría del Pueblo: Desde el inicio trabajamos conjuntamente, motorizando pensiones, equipamiento y atención. La participación de la defensoría en las reuniones iniciales con la comunidad, muchas veces generaron la concurrencia de más de 100 ciudadanos en la sala de espera.

Asesorías Tutelares: Cuando los derechos de niños, niñas y adolescentes no son protegidos o el estado no nos brinda las herramientas necesarias para responder. Son experiencias a través de las fisuras del sistema en exploración.

Centro Educación Especial (CEPAPI): Se trabajó en particular con la maestras para elaborar estrategias de intervención de cada uno de los niños y niñas.

Escuela Especiales No 7 y N° 21: Donde concurren muchos de los niños/as con discapacidad de área.

Escuela Primaria N° 19 y el Jardín N° 4 del DE N° 19: En estrategias de escolaridad inclusiva.

La Biblioteca del Centro Educativo Comunitario Carrillo y su Centro Comunitario (CEC)

Los Centros Terapéuticos zonales y del Hospital Tobar García.

El Programa Cuidar Cuidando del Zoo de la Ciudad: Donde desde hace dos años festejamos el Día de los niños y niñas.

4^{to} Hito: Participación comunitaria

Como fue descripto, la Escuela de Motores de Lugano fue creada a partir del Censo 2006, a partir de un proceso de participación comunitaria activo y decisivo. Posibilitó sacar de la invisibilidad a los niños/as con discapacidad del área.

El programa de discapacidad desde el CeSAC N° 24:

El objetivo general

Dar visibilidad a la problemática de la discapacidad.

Así comenzamos con once participantes. Actualmente son 155 personas (niños/as y adolescentes) con discapacidad y sus familias en el banco de datos. Todos tienen controles de salud periódicos, que los realizan la pediatra y médicos generalistas en consultorios conjuntos con otras integrantes del equipo del programa, vacunación completa y vacunas especiales completas, escolaridad y certificados de discapacidad.

Los Objetivos específicos

1. Aumentar la concurrencia de personas con discapacidad. Actualmente los padres del grupo son quienes traen e informan en el barrio sobre el programa, las puertas de entrada desde hace 2 años son la Juegoteca integrada y el Rincón de lectura.

2. 5^{to} Hito: Capacitación

Concientizar al equipo de salud de incorporar esta problemática compleja a la atención primaria. Se trabajó en la sensibilización y concientización desde un espacio de reflexión y capacitación semanal, donde realizamos talleres. Durante el año 2012, luego de la capacitación, incorporamos al programa la rotación de la Residencia de Medicina General y Familiar. Se instala en la agenda del CeSAC esta problemática como prioritaria, se dan charlas, talleres y capacitación al equipo.

3. Mejorar el registro. Se logró luego del 5^{to} Hito, concientizando al equipo.

4. Mejorar la accesibilidad al CeSAC. Durante los años 2006 y 2007, se realizó la reforma edilicia del CeSAC prestando especial atención a la accesibilidad (rampas, baños, puertas).

5. Disminuir el autoaislamiento mediante las siguientes acciones:

- Dando a conocer y trabajar los derechos, realizándose hasta la actualidad, reuniones con abogados, psicólogos, educadores. Los padres participan en la elección de los invitados, siendo ellos muchas veces quienes los traen.

- Organizando festejos para el Día de los Niños y Niñas, la Fiesta de Fin de Año y los cumpleaños, pueden verlo en el *Facebook* del CeSAC Eva Perón.

- Dar contención psicológica a las personas con discapacidad y a sus familiares.

- Favorecer la obtención de recursos técnicos y ortopédicos a través de obras sociales como PROFE y PAMI, ONGs y centros de rehabilitación privados.

6. Promover la formación preventiva de profesionales sobre esta problemática, realizándose capacitación en prevención del Programa Mirar y Prevenir cada tres meses en el CeSAC y la Capacitación del Ministerio de Salud de la Nación en desarrollo infantil en el primer año de vida, desde el paradigma dialéctico para 60 efectores de la CABA. Tendiendo a lo largo del curso a ir modificando las prácticas en sus espacios de trabajo, y las miradas de la infancia y su entorno.

Sobre el poder para generar cambios...

En relación al contrapoder que ejercen las comunidades, el centro de salud y la escuela, somos el Estado, es decir un poder legítimo dentro de la comunidad.

Hay que tomar conciencia de ello y trabajar conjuntamente con el contrapoder de la comunidad. Este poder nos trasciende a ambos, y nos transforma a todos en agentes hacedores y motor de cambio social, entonces con el "mientras tanto" y "la toma de conciencia de nuestro poder" comienza el cambio.

Cuando somos conscientes que no son puentes los que necesitamos, sino tener conciencia de ser un Centro de Salud sin paredes que separen donde las actividades humanas fluyen, estamos en presencia de la autopoiesis, al decir de Maturana.

Reflexiones sobre las prácticas de rehabilitación de base comunitaria, los movimientos de las redes y los entornos

La mayoría de gobiernos signatarios de los convenios y declaraciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) han asumido la Atención Primaria de la Salud como una estrategia que puede resolver la mayoría de los problemas de salud de las personas y además, a través de acciones de promoción y prevención, se logra el mantenimiento de un estado adecuado de salud, sobre todo en las poblaciones más vulneradas en sus derechos.

Pero lamentablemente, quedan encerrados en lemas *marketineros*, sin lograr llevar a la acción pensamientos estratégicos.

En Argentina, los sistemas de salud se caracterizan por ser inequitativos para la atención de las personas con discapacidad, no implementándose acciones sostenidas y sistemáticas dirigidas a la prevención de la misma.

A partir de lo expuesto, desde el trabajo en equipo del CeSAC, podemos sostener que la problemática de las

personas con discapacidad no es competencia exclusiva de las autoridades políticas y de los profesionales que se dedican a la misma, sino que es una responsabilidad a la que deben atender los ciudadanos y miembros de la comunidad en general. Esta afirmación es el planteamiento de la necesidad concreta de un cambio cultural.

Esta mirada de la discapacidad parte de una visión integral, de una concepción holística, y concibe a las personas con discapacidad como ciudadanos sujetos de derecho, insertos en una trama de relaciones con los otros y con el ambiente, y desde allí se construye el concepto de salud.

La representación social de este colectivo vulnerado desde su fragilidad, en cuanto al tejido relacional que puede establecerse, muchas veces se convierte en un obstáculo para su integración. Por ello, se nos plantea el desafío como ciudadanos, de lograr la integración a partir de un fuerte compromiso con el cambio cultural que esto requiere.

Las decisiones dentro de un proceso participativo, las toma la comunidad, y nosotros como equipo somos parte de ese colectivo. De ahí que acompañamos a recorrer los caminos que escojan, suprimir las barreras que los separan de la cotidianeidad, posibilitando que las personas sujetos de derecho, tengan conocimiento y acceso al mundo que los rodea como seres autónomos, productivos, formados para la vida, la convivencia y la solidaridad. Acompañarlos a llegar a su máximo potencial.

El proceso de integración social también implica la interacción comunicativa, orientada a una conducta o actitud cognitivo-comunicativa que permita el acceso al conocimiento y la interacción con su comunidad.

Desde esta perspectiva, el equipo de salud participa en la planificación y ejecución de acciones comunitarias de prevención, detección, diagnóstico e intervención temprana.

El equipo de salud analiza necesidades y situaciones, en base al conocimiento compartido, y llegamos a una propuesta de atención en conjunto con el niño, niña o adolescente y su familia con mirada a una real integración social.

Transitar y aprender el concepto de *rehabilitación* de base comunitaria, tratando de dar importancia al funcionamiento de las personas, generando una interacción dinámica entre los estados de salud, enfermedad, trastornos, lesiones, traumas y los factores contextuales, es el dispositivo estratégico de atención del cual nos apropiamos.

Éste implica la investigación cualitativa de los problemas, expresados en descripciones de los acontecimientos, personas e interacciones observables entre el niño/a y su entorno. Integra a salud, a las otras organizaciones de la comunidad y a las personas buscando diferentes vías e instrumentos para lograr equidad, inclusión social e igualdad de oportunidades.

En consecuencia, el logro de la independencia y autonomía de las personas con discapacidad desde todo punto de vista, física, mental y social, se consigue buscando incluir la representación de las personas con discapacidad en todo el quehacer de la comunidad, trabajando en

la eliminación de las barreras físicas, ambientales, culturales y sociales, buscando la solidaridad de la comunidad e incluyéndolas en todo el accionar del sector salud, campo que nos atañe específicamente.

Desde el paradigma de la complejidad nos propusimos equiparar oportunidades de los niños, niñas y adolescentes y sus familias, mediante el ejercicio permanente de visibilizar las redes y grupos de pertenencia, promulgando el principio de igualdad de derechos que implica que las necesidades de cada uno, y todos, son de igual importancia, y que esas necesidades deben incidir en la planificación de acciones para nuestra comunidad. Todos los recursos son empleados de tal forma que aseguren igual participación en educación, la juegoteca integrada, las salidas recreativas y la biblioteca.

Al mapear los flujos de las redes, observamos inicialmente una relación de estrecho intercambio con la Defensoría del Pueblo, debido a las necesidades básicas relacionadas con la vulneración de derechos básicos a la salud, educación y vivienda. Al ser estas solucionadas y visibilizando nuevas redes, más cercanas y estrechas, con el Ministerio de Desarrollo Social del GCABA y las obras sociales como PAMI y PROFE, los vínculos estrechos iniciales disminuyen, según la necesidad del colectivo y la posibilidad de constituirse en sujetos de derechos, y no pacientes del sistema.

Con respecto al paulatino crecimiento y estrecho intercambio socio-afectivo con los vecinos/as de Soldati, que además comienzan a trabajar activamente en las juntas vecinales y concurren al grupo Juntos para Seguir, observamos en la práctica un flujo permanente de admisiones anuales. Ingresando durante el primer semestre del año 2012 23 niños/as al programa. Ellos son nuestros ojos.

El equipo se fue capacitando, siendo el generador de derivaciones protegidas a servicios especializados del segundo o tercer nivel, no requiriendo ya la derivación a un Servicio de Mediano Riesgo de un hospital especializado, como el Hospital Garrahan. Visibilizando dentro de cada servicio, profesionales llaves por quienes son recibidos (derivaciones protegidas).

El estrecho intercambio entre el CeSAC y el sector Educación pública y privada, favoreció visibilizar nuevos espacios educativos formales y no formales. Esto también se relaciona a que la mayoría de la población con discapacidad tiene su obra social.

Como equipo interdisciplinario de salud observamos la importancia del intercambio con las familias de niños/as con discapacidad, ya que el seno familiar y social, el entorno es el primer espacio de reconocimiento y aprendizaje para el niño. Jorge Colombo hace referencia al contexto cultural y la optimización social para que la crianza de los niños, se desarrolle de forma favorable "*En el reino natural la probabilidad de supervivencia de un recién nacido no sólo depende de sus aptitudes innatas y adquiridas, sino también de la forma y duración de su contención social, de su crianza. En el humano la crianza es una característica de comportamiento modulada por la dinámica cultural, que forma parte de nuestro complejo nicho ecológico*" (2). Podemos decir entonces, que las condiciones que brinde el

contexto y los recursos con lo que cuenten las personas o grupo social, influyen sobre la vulnerabilidad social, y esto, a su vez, favorece u obstaculiza la crianza y el devenir humano.

Las personas con discapacidad ven limitadas sus posibilidades para vivir, según lo indica el patrón cultural vigente. Esta limitación o acotamiento de sus posibilidades de desarrollo no depende en exclusiva de la persona afectada, sino de la misma comunidad a la que pertenece, que no siempre le ofrece alternativas para desarrollar sus capacidades potenciales.

Sería imposible el pensar un niño/a sin un grupo social, sin una sociedad que le permita la supervivencia y le brinde la satisfacción de las necesidades básicas. La expresión de las emociones cobran sentido y significación en un medio social, determinando modos de expresión, comunicación y de relacionarse y se resignifican en el transcurso de toda la vida. Por eso consideramos tan importantes las diferentes estrategias de intervención que el equipo del CeSAC N° 24 realiza con sus dispositivos estratégicos, programas, talleres y actividades, abarcando desde el niño/a, a la familia y la comunidad. De esta forma, se busca que las familias logren convivir de la mejor manera posible con esta realidad.

Henry Wallon le otorga gran importancia al ambiente al cual el sujeto pertenece, considera que *"El niño comienza por su sociabilidad estrecha con su ambiente humano, puesto que comienza por estar en estricta dependencia con éste. No pudiendo subsistir sino por él, no teniendo ninguna necesidad, ningún apetito cuya satisfacción pueda obtener sin su intermedio, sin su intersección, debe orientarse hacia él y sobre él deben modelarse todas sus aptitudes intuitivas"* (11).

Cuando un niño/a nace con alguna discapacidad, genera en los padres un impacto emocional difícil de superar y que generalmente no es manifestado verbal-

mente porque ello sería enfrentarse con la desaprobación social y la culpa. Esta desilusión de los padres les impedirá construir un vínculo favorable, necesario para que el niño pueda aprender a jugar, relacionarse, expresarse, comunicarse. Acciones fundamentales para el acceso a la autonomía.

Por esto es necesario habilitar un espacio de intercambio y favorecer la conformación de lazos sociales entre las personas con discapacidad y sus familias, de esta forma, teniendo un grupo de pertenencia se promueven actitudes que fortalecen los vínculos. Siendo el Grupo de familiares Juntos para Seguir ese lugar de encuentro, de reflexión, de juego, de enojos, de reclamos a nosotros y al sistema, donde se propician y se respetan los intercambios de alegrías y angustias, acompañando a la familia en el difícil proceso que implica la aceptación de la diferencia después de la lógica desilusión entre lo esperado y lo hallado; ya que más allá de la discapacidad que el niño presente en su dimensión de organismo fragmentado o deficitario, logre devenir un cuerpo erógeno deseado, mirado y hablado por otro.

En definitiva es un espacio de construcción colectiva, donde todos *juntos*, equipo de salud, familia y comunidad estamos implicados.

Agradecimientos: Al equipo del Programa de Discapacidad: Dra. Mariana Romeo, Lic. Natalia Devincenzo, Lic. Vanesa Ruperez, Kga. Adriana Curbelo, Lic. Rita Reynoso, Lic. Valeria Desimone por acompañar y fortalecer desde el pensamiento y la acción el proyecto de salud del CeSAC N° 24 como ejemplo de lo posible.

A la Lic. Silvina Pedernera, la Lic. Andrea Tolchinsky y al Dr. Juan Costa, por la lectura del manuscrito y oportunas correcciones ■

Referencias bibliográficas

1. Carballeda, A. La irrupción de nuevos interrogantes hacia la intervención en lo social. En: Los cuerpos fragmentados. La intervención en lo social en los escenarios de la exclusión y el desencanto. Buenos Aires: Paidós; 2008.
2. Colombo J. Pobreza y desarrollo infantil. Una contribución multidisciplinaria. Buenos Aires: Paidós; 2007. p. 98.
3. Corea C, Leukowicz, I. Escuela y ciudadanía. En: Pedagogía del aburrido. Escuelas destituidas, familias perplejas. 2ª Reimpresión. Buenos Aires: Paidós; 2005.
4. Deleuze G, Guatari F. Rizoma (Introducción). Valencia: Pretextos; 1976.
5. Ferrandini D. Atención Primaria en la Ciudad de Rosario. En: Barbie A, Tramier M, editores. Inventiones de estrategias aplicadas a la salud. Rosario: UNR Editora; 2004.
6. FLASCO Argentina [Página principal en Internet]. Argentina: Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales Sede Argentina; c2012. Proyecto Te Escucho, FLASCO Argentina. [aprox. 5 pantallas]. Disponible en: http://www.flasco.org.ar/investigación_ayp_contenido.php?ID=186.
7. Najmanovich D. Visibilizando redes comunitarias. En: Dabas E, comp. Viviendo redes. Del objeto al sistema, de la interacción a la organización. Buenos Aires: Ciccus; 2010. p. 307.
8. Najmanovich D. Cartografía de redes. En: Dabas E, comp. Viviendo redes. Buenos Aires: Editorial Ciccus; 2010. p. 309.
9. Speck, Ross, Attemove, C. Redes familiares. Buenos Aires: Amorrortu; 1977
10. Taller de redes sociales. FUNDARED, st 2002.
11. Wallon, H. Del acto al pensamiento. Buenos Aires: Pique; 1960. p. 79.

“Deshechos”.

Políticas públicas y exclusión.

Sus efectos en la constitución subjetiva

Aída Perugino

Lic. en Psicología (UBA); Psicoanalista

Experiencia profesional en instituciones y programas orientados a la asistencia de población en situación de vulnerabilidad social y exclusión.

E-mail: aperugin2@yahoo.com.ar

Resumen

El siguiente trabajo articula un análisis crítico y conceptual sobre la base de una experiencia territorial. Está enmarcado desde el campo de la salud mental, entendido como el conjunto de prácticas y problemáticas que hacen al abordaje de la subjetividad, es decir, inseparables de las prácticas sociales y de salud. Es a partir de intervenciones institucionales, grupales, comunitarias, individuales y siempre singulares, que se problematiza algunas de las causas y efectos de la exclusión en la constitución subjetiva. La relación existente entre las políticas públicas y la población, se presenta en el interior mismo de una intervención o consulta, los profesionales somos parte de ello. Las personas que viven en condiciones de miseria, suelen sentirse ajenas a los espacios tradicionales de atención, y terminan excluyéndolos de sus recursos. Se trabajará sobre la infancia y la adolescencia, como etapas constitutivas de la historia, y los modos en los que esta se desarrolla en situaciones de exclusión social. Algunos de esos modos: el paco, la violencia, el conflicto con la ley o su desconocimiento. Modos singulares, pero que arrastran una impronta en común y recurrente vinculada al rechazo, al desamparo y a la desestructuración subjetiva. Lo que voy a llamar “deshechos”. Por último, se hace hincapié en la reconstrucción del Otro social y de un abordaje basado en el vínculo. Posibilitar un lazo social, y la construcción de un dispositivo de atención, que desde la transferencia, aloje a un sujeto que pueda formular alguna demanda.

Palabras claves: Exclusión - Subjetividad - Paco - Infancia.

“DEBRIS” PUBLIC POLICIES AND EXCLUSION. THEIR EFFECTS ON SUBJECTIVE CONSTITUTION

Summary

The following paper formulates a critical and conceptual analysis based on a territorial experience. It is enshrined in the field of mental health, understood as the collection of practices and problems aiming at addressing subjectivity, that is, they are inseparable from social and health practices. Some of the causes and effects of exclusion in subjective constitution become problems when institutional, group, community and individual interventions -always of a singular nature- take place.

The existing relationship between public policies and population appears in the very core of an intervention or consultation; we, as professionals, are a part of it. People living in conditions of poverty often feel alien to traditional healthcare settings and they end up excluding such facilities from their resources. We will work on childhood and adolescence, as they are constituent stages in history, and the ways in which such history develops in situations with social exclusion. Some of such ways are paco (cocaine paste), violence, conflict with the law or ignorance of it. These are singular ways, but they involve a common and recurring mark related to rejection, neglect and subjective de-structuring. This is what I will refer to as debris hereafter. Lastly, the reconstruction of a Social Other and an approach based on the bond will be emphasized. This will also allow for a social bond, and the building of a care mechanism, which through transference may accommodate an individual who could make certain requests.

Key words: Exclusion - Subjectivity - Paco - Childhood.

Derecho y exclusión

Estamos en una época que se considera inclusiva, de progreso y desarrollo, tanto en el campo jurídico, económico-social, como en el científico-profesional. Y es en esta misma época donde muchas familias desarrollan sus vidas en situación de exclusión social. Es decir, hay muchos niños y jóvenes que hoy nacen y mueren sin gozar de esos derechos supuestamente adquiridos para todos, y a veces especialmente para ellos.

La mayoría de esos niños y principalmente los adolescentes, no van a la escuela, y algunos nunca fueron. Porque tienen que trabajar *cartoneando*, manguear, separar la basura, o cuidar a sus hermanitos. O simplemente, porque no hay vacantes en la escuela que está cerca de su casa. “¿Y a dónde voy a ir? Afuera de la villa está todo muy feo”, dijo una vez Miguel, después de quedarse sin lugar a los trece años en la única escuela secundaria que había en su barrio. O empezaron, pero después alguien los trató mal, o los desalojaron de esa casa, o la mamá ya no los llevó, o no entendían y se aburrían, y dejaban de ir porque ya después no sabían ni dónde estaban. Y entonces tampoco hay inscripción, ni escribir, ni reunión de padres, ni saber si saben, ni beca, ni netbook, ni colonia, ni plan joven.

Muchos de ellos aún no tienen ni documento. No lo sacaron porque viven en la calle y entonces no hay dirección para poner, o porque no saben firmar y les da vergüenza decirlo. O porque no pueden pagar el trámite, o porque se pierden en la burocracia de preguntas que no saben responder. O lo perdieron en una inundación, o lo dejaron en la casa de algún transa¹ a cambio de paco². O lo rompieron a pedazos en un día de furia. Algunos nunca lo tuvieron, ni están inscriptos como nacidos, no tienen edad, no existen para la ley. Y si no hay documento ni escuela, tampoco pueden recibir una asignación universal, ningún plan, salario, pensión, ni subsidio.

Es el registro de esa diferencia, es lo inentendible, es esa falta caprichosa, el ser objeto del goce del Otro y la obscenidad de algunos. Es esa injusticia la que hace síntoma. Es esa inseguridad la que dispara la violencia en todas sus formas.

Tanto en los escondidos asentamientos urbanos, como en las villas miserias más vistosas, el asunto se repite. Años de exclusión, estar al margen por generaciones, sobrevivir, crecer en el mal olor, a veces conocer sólo eso. Desconexión de toda red social válida que permita un verdadero progreso. Y sus consecuencias: hastío, cárcel, desesperanza, comunidad terapéutica, cuerpos mutilados, vidas cortas, ser objeto siempre del oportunismo de la peor política, rencor.

En esa usina crecen y se desarrollan miles de niños. Y lo hacen como pueden. Las adicciones, el paco, la violencia y la transgresión a la ley, son algunos de esos modos, y muchas veces se dan juntos y para siempre.

El Estado como representante de una sociedad que

se pretende justa, debiera intervenir, regular, prevenir y/o responder adecuadamente, a esa enorme problemática social: la miseria y sus derivados. El sistema judicial, social y de salud, tienen su responsabilidad en ello. En mi trabajo cotidiano, asisto cada día, a los efectos de esa irresponsabilidad.

Infancias deshechas

La estructura de la miseria instalada y sostenida por décadas, reproduce situaciones de desamparo, naturaliza el dolor, la violencia y la muerte. La falta de decisión política para modificarlo, de recursos materiales e institucionales, sumada a la representación construida socialmente acerca de ella, profundiza la exclusión.

La infancia, eso caracterizado por Freud como el escenario de la constitución del sujeto en y por el deseo, se desarrollará en esos márgenes (3).

“¿Podés hacernos arroz con pollo y anotarnos en una escuela?”, preguntó Elías con sus seis años a una mujer que encontró en la calle *cartoneando*. Se había escapado de la casa con su hermano de nueve, porque su papá los mandaba a pedir en los bares, les pegaba mucho y abusaba de ellos. No saben de golosinas ni de apellidos, pero creen que esos son los años que tienen. Después de tomarse un colectivo cualquiera, se bajaron en un lugar lejano y pidieron ayuda para ellos y para un hermanito que había quedado en la casa. Le pidieron a un adulto si podía hacer esas cosas que los hace niños.

Quedaron internados en un hospital general a la espera de un hogar. Recién casi dos meses después, con infinitos trámites, insistencias, intervenciones institucionales, denuncias y discusiones de jurisdicción, se logró el traslado de ambos a un hogar, sin haber podido aún ubicar al hermanito. Los dos esperaron pacientes todo ese tiempo en la sala pediátrica del hospital, que los adultos en los que ellos insisten en confiar no los desamparen nuevamente.

Los niños que viven excluidos tienen vulnerados todos sus derechos, pero principalmente el de ser niños. Es la infancia la que está excluida en ellos. Y con eso, afectada la posibilidad de constituirse como sujetos deseantes. Aún así, son ellos los que emiten un llamado, a veces como grito desesperado, a que se constituya continente el lugar del Otro. A que un adulto los nombre niños, los abrigue, signifique, sea referencia, asuma responsabilidades por ellos y los deje jugar en paz.

Son muchas, y cada vez más, las familias formadas íntegramente por niños. Niños padres, niñas madres, niños tíos. En el mejor de los casos, cuando aún son chiquitos, juegan. Agarran del piso un lápiz roto y dicen que se van a la escuela, o se cuelgan la cartera que encontraron en un tacho y dicen que se van a trabajar, o se esconden atrás del árbol y apuntan con un arma de dos dedos. Muy poco tiempo después, aún siendo niños, no fueron a ninguna escuela, salen a trabajar, y a veces ter-

¹ Se le llama a quien vende droga.

² Se le llama a la pasta base de la cocaína.

minan matando a otros, o los matan a ellos. Estas situaciones cotidianas suelen no dejar casi ninguna marca en el Otro social, salvo como amenaza y peligrosidad. Ellos arrastran lo que Giorgio Agamben llama "*la nuda vida*" (1), las vidas que pueden ser *matables* sin consecuencia jurídica alguna y, ¿qué vida será esa?

"Si a mí nunca nadie ni siquiera me vacunó, yo siempre viví en la calle", dijo Ezequiel emocionado por haber recibido la antitetánica a los diecinueve años en las puertas de su galpón. Después esperó con su bebé en brazos el carnet de vacunación, que terminó siendo su primera documentación.

La persistencia de los efectos de la miseria estructural, y la presencia de un Estado que enuncia derechos pero se *desresponsabiliza* de ello, hace que los ahora padres sean esos mismos niños que padecieron de una infancia deshecha. Y, salvo en la ilusión del amor, no puede darse eso que no se tiene a quién no lo es. Lo que sucede en la mayoría de estos casos, es que el proceso de infancia en los hijos, que no llegan a constituirse como tales, también aparece interrumpido, eternizado, corrompido o desmantelado.

Hay un deshacerse que esencialmente los constituye.

Tamara es una niña que está desnutrida, tiene trece años, un embarazo de cuatro meses, y once hermanos menores de dieciocho años. Algunos de los cuales ha criado en el último tiempo. También cuida al bebé de su hermana, que tiene dieciséis y va por el segundo. Cuando el bebé pasa mucho tiempo sin comer, su vecina que ya tiene diecisiete y otro bebé, le da su *teta*. La pareja de Tamara tiene quince, suele estar bastante enojado, perdido en alguna pelea, o consumido³ en la esquina. Cuando la familia de ella se fue del barrio, la dejaron al cuidado de la casa, los dos intentaron refaccionarla disfrazándola de hogar. A veces juegan a ser adultos por unos días, toman responsabilidades, hablan serio, se hacen los controles médicos, y al poco tiempo todo vuela por el aire, porque no hay ningún juego. Y entonces van y vienen entre sugras y madres, entre provincia y capital.

Para que los niños sostengan en el tiempo un juego como tal, que les permita crear y recrearse, los adultos tendrán que propiciar una realidad más o menos firme en la que puedan asentarse. Una realidad que no dependa de ellos. Jugar a las bolitas en medio de una balacera, no se sostiene por mucho tiempo.

Cuando Tamara se quemó el brazo con el agua que hirvió para bañarse, la ambulancia primero no quiso entrar al barrio, después no los quiso llevar por ser dos niños sin ningún adulto, y cuando quisieron irse en un taxi, el taxista no les paró porque desconfió. Entonces su novio dijo que la próxima vez los agarra a tiros a todos.

La infancia es la que transforma la pura lengua en discurso, la naturaleza en historia. Es en la infancia donde se construye un relato, donde se construye la historia. "*Lo humano justamente no es más que ese pasaje de la pura lengua al discurso, y ese tránsito, ese instante es la historia*" (2).

En las infancias *des-hechas*, no llega a constituirse el lazo que ajuste la trama de la hechura subjetiva. Hay algo que se deshace. No se producen los gestos que establecen cortes. Esos actos de los adultos que son necesarios para que la infancia sea una etapa de un desarrollo que configura una historia; entonces tampoco hay futuro ni tiempo.

Hay un devenir desencadenado sin sujetos.

Todo estalla en el crecimiento, en la llegada de la adolescencia, que entre otras cosas se presenta con cambios en el cuerpo pero sin los recursos subjetivos suficientes para tramitarlos.

Cuerpos que muchas veces ya cargan las marcas de un abuso, las cicatrices del descuido o de la violencia. Algunos incluso, apenas desarrollados, ya dan de mamar a otros. La locura de varios cuerpos en uno.

Cuerpos chiquitos y ásperos, con miradas duras de perplejidad.

Si no hay una reconstrucción del Otro, ni la experiencia fraterna del otro como semejante, ni la facilitación de algún cauce sublimatorio, ni la devolución de la dignidad, lo que ocurre es un devenir casi salvaje, donde suelen quedar identificados al lugar del desecho y/o desechan al otro.

El paco, la violencia, la ley (7)

El consumo de drogas en la pobreza, donde mayormente se consume paco, tiene efectos arrasadores en la subjetividad y en la comunidad. Dada la situación de vulnerabilidad en la que se desarrollan sus vidas, y el repetido desencuentro con el sistema de atención, suelen ser escasas las posibilidades de recuperación. Entre otras cosas, porque son casi nulas las expectativas que los consumidores tienen respecto a encontrar en el sistema de salud y en los tratamientos específicos de adicciones, una salida más o menos transitable para ellos. Y tienen sus razones para creerlo.

Una problemática social que ya lleva más de una década sin una respuesta pertinente, comienza a producir los efectos de su permanencia. Conviven los que aún siguen consumiendo, el deterioro de sus vidas y los fracasados intentos de recuperación, junto a sus madres, las aún llamadas *madres del paco*, casi identificadas a ese nombre sin solución. Y junto a sus hijos, niños que ya empiezan a ubicarse como los *hijos del paco*, que portan los efectos en sus cuerpitos y en sus tristezas, del fracaso de sus familias y de una sociedad.

El *paco* es lo que resta de la *buena*, la basura de la cocaína, lo que se desecha. Los jóvenes, en la búsqueda de alguna identidad, suelen identificarse con la sustancia y con el lugar que socialmente ocupa. Suelen darse consumiendo en las esquinas, entre las basuras. Se encuentran desechos ahí. O se pierden durante días hasta que ya no consiguen más.

Los que están muy enganchados en el consumo casi no tienen fuerzas ni para salir del barrio, con lo cual, las

³ Así llaman, en la villa, al momento en el que están bajo los efectos del paco.

consecuencias son implosivas. Robar lo propio, dentro de sus familias, quebrar códigos y los únicos lazos que fallidamente los sostienen. El que consume paco es el fisura⁴, el que ya quebró, el que no está en ningún lado sino cayéndose.

En este intento fallido de identidad, de satisfacción corta e inmediata, en el lugar del sinsentido, terminan perdiéndose con el objeto, constituyéndose así, el lugar del eclipse del sujeto.

Cuando un joven que atiende está *consumido*, me encuentro ante la ausencia de *eso* de él, *eso* de sujeto con lo que contaba, con la ausencia de sus pequeños deseos, sus sutiles matices, sus incipientes modos de ser, y su tímida apuesta a confiar en otro. De lo que empezábamos a construir hablando, quedan sólo sus muecas, casi todo se hace literalmente humo. Y ahí sí, la singularidad perdida, uno más en la masa de caras parcas y huesudas, de labios ampollados, miradas chiquitas, dedos negros, ropas prestadas y talones sucios y tajeados. Y la espantosa sensación que para seguir, habría que levantar un muerto.

Cuando la adicción se presenta en un escenario de exclusión y muerte real y cotidiana, cuando los sujetos son adolescentes o niños que están dirimiendo su personalidad; cuando la sustancia es el *paco*; cuando la agresión y la rivalidad que son parte de ese crecimiento bordean la violencia y la muerte, y no hay en el horizonte un proyecto medianamente satisfactorio, como no lo hubo en sus padres ni en sus hermanos mayores; cuando la ley sólo aparece como sanción y no como posibilidad; cuando el Estado solo aparece en ambulancia y patrullero, o arreglando con un puntero que paga con chapas estar en los actos; cuando la policía transa y mata; cuando la vida ya no vale nada y hay perversión de la ley; el final es previsible y casi inmediato.

“Los pibes como yo no se recuperan y entonces para qué, yo por eso no quiero nada”, dijo el Turco a los dieciséis años. Unos días antes de ser matado en la villa, cuando estaba dado vuelta como tantas otras veces. Y su mamá, que también sobrevive a su propia historia, lo agarra y lo deja. Pide a otros que la ayuden, recorre juzgados, hospitales y secretarías, pidiendo que lo internen en un lugar cerrado y lejos. Para que no se muera, porque ya no da más, porque ya no puede con él, porque la verdad es que nunca pudo.

Los que consumen *paco* se entregan cada vez, a ese final que presienten cerca e irremediable, casi como su única apuesta.

El fracaso histórico y continuo de las metodologías de atención, en tanto que no han logrado aún modificar ni acercarse de manera adecuada a esta problemática, profundiza la gravedad de la situación actual. Tanto en lo preventivo como en lo asistencial. Tanto en el subsector estatal, en el privado y en las ONGs, salvo algunas excepciones, hay por lo menos, un desconocimiento de la realidad de los asistidos. Se los excluye con diferentes

argumentos burocráticos; o se les imponen condiciones y requisitos de inclusión, a veces hasta justificados conceptualmente, que los deja por fuera de comenzar un tratamiento. Y cuando se los recibe, en la mayoría de los casos, se los descalifica, estigmatiza, masifica, disciplina, aísla y sanciona. Metodologías conductistas y moralizantes, que se dan por fuera de las leyes específicas vigentes actualmente (5, 6). Aún así, no existe todavía la regulación adecuada desde la autoridad de aplicación⁵; ni se han concretado los dispositivos necesarios para llevar a cabo realmente el modelo de atención propuesto.

Los otros márgenes

Los procesos de salud-enfermedad son singulares en cada sujeto, y se constituyen en una trama histórico-social que incluye los modos de atención.

El sistema de atención público, social y de salud, si funcionara como tal, no debiera ignorar estos determinantes. No ignorarlo significa estar configurado en base a ellos, creando las condiciones necesarias y suficientes que alberguen a las personas en su diversa complejidad y singularidad. Es decir, es el sistema de atención el que debe incluirse en la comunidad.

Han ocurrido en nuestro país, y a lo largo del tiempo, diversas situaciones de ajuste, de estallido, y de cambio social, que han afectado gravemente los modos de vida de algunos sectores de la comunidad. Aún así, el agudizado entramado institucional y los profesionales de la salud que lo componen, afectados también por dichos cambios, no se han replanteado de manera sustentable ni en profundidad, ni han modificado sustancialmente su modalidad de atención-intervención. Siendo más que evidente la ausencia, el desatino y fracaso de las mismas, para abordar las problemáticas surgidas de la pobreza extrema y la exclusión social⁶.

Los más pobres son los que casi nunca llegan a la consulta institucional. Cuando llegan, suelen hacerlo en la urgencia y en el deterioro. Es así como nos topamos de golpe con esa realidad, nos entra por la ventana y violentamente. Cuando esto ocurre de manera extrema, son noticia de diarios y televisión. Y los representantes de algunas corporaciones profesionales, junto con algunos sectores sociales aliados con determinadas políticas, claman a las autoridades y en los medios de comunicación, por más policía y por estrategias y programas de seguridad intrahospitalaria. El asunto a replantearnos no es la seguridad, sino la atención.

Algunas instituciones han *rigidizado* las condiciones de ingreso y permanencia, evitando de esa manera la inclusión de pacientes con características que dicen no saber o poder abordar. Así quedan por afuera de la atención, el que tiene causas penales, el que consume drogas, el que vive en la calle y otros. Traducen en términos y prácticas carcelarias, lo que debería ser tomado dentro de un dis-

⁴ Se le llama a los chicos que consumen paco en la villa.

⁵ Es la que regula, conduce y controla la aplicación de la ley en el Sistema. En el caso de la CABA es la Dirección de Salud Mental, en el caso de la Nación es el Ministerio de Salud.

⁶ Los textos encontrados en referencia a esta temática suelen ser de los años 2002, 2003, posteriores a la Crisis del 2001. Antes y después son muy pocos los trabajos publicados al respecto.

curso sanitario. Nominan como *fuga*, al abandono transitorio de un tratamiento en una crisis, negándose después el pedido de reinternación, como un modo de establecer medidas ejemplificadoras, de sanción y disciplina.

La persistencia de estas situaciones, y la falta de una reflexión profunda acerca de la complejidad del problema, ha provocado que en muchos casos, hayan quedado los profesionales enfrentados a los pacientes. Peor aún, ha provocado que seamos las instituciones y los profesionales los excluidos. Esos que de distintas maneras dejamos afuera, casi ni se acercan a consultarnos. Se resignan a no contar con nosotros, se las arreglan como pueden. Entre otras cosas porque si lo hacen, se sienten rápidamente rechazados. No entienden nuestros funcionamientos o no pueden inicialmente adaptarse a ellos. No confían en que podamos ayudarlos. Sienten que inclusive las pautas de tratamiento, son ajenas a sus posibilidades, a sus esenciales realidades. Sienten que *no hay cabida*.

Es por eso, entre otras cosas, que muchos de los dispositivos que fueron creados para atender los efectos de la exclusión, terminan funcionando vaciados de integrantes. O funcionan con algunos pacientes disciplinados durante una etapa, que no llegando a reflexionar o modificar las causas profundas de sus problemáticas al poco tiempo, abandonando el espacio.

Nuestra desarticulación y a veces nuestra necesidad, hace que estemos trabajando al margen de la comunidad hacia la que, supuesta y primordialmente, tendríamos que dirigir nuestras acciones. Los desconocemos.

Esta marginalidad, al igual que la que sufre la población, implica estar desligados, aislados, desencontrados, desajustados, atrincherados en defender nuestros institutos y desechando lo que no encaja en él.

Hemos avanzado en capacitación, formación y perfeccionamiento técnico-investigativo, cientos de personas y de pesos nacionales e internacionales invertidos en ello. Y desconocemos o desmentimos un dato inequívoco, el sufrimiento.

Posibilitar

Acompañábamos a Tamara de un consultorio a otro, le dábamos turnos para los estudios médicos, le explicábamos los resultados y hacíamos derivaciones. Ella nos

seguía confiada y tomaba todo lo que le dábamos. Ante la persistencia de su silencio le preguntamos qué pensaba, "¿Qué es un turno?", nos contestó tímidamente.

Trabajar con personas cuya subjetividad está construida en situaciones de exclusión, hace que tengamos que repensar nuestras intervenciones, las categorías diagnósticas y la interpretación sobre los procesos terapéuticos. Hace que tengamos primero que construir las bases para que esto pueda darse. El primer dispositivo de atención es construir el dispositivo pertinente, donde lo primordial no sea el dispositivo y sus normas, sino los sujetos.

Es imperioso, si estamos interesados en favorecer el bienestar de las personas, sin ignorar el malestar propio de la cultura y los límites estructurales de nuestras posibilidades, revisar nuestras prácticas registrando su desecho.

Eso implica acercarnos a la realidad de las personas que consultan, pero también de algún modo, a las que no llegan a la consulta pero sabemos de su padecimiento. Para que pueda formularse alguna demanda, primero debe restituirse un lazo y posibilitarse un lugar. Hacerlo, es utilizar casi el único recurso valedero con el que verdaderamente contamos en estas situaciones, el vínculo.

Posibilitar un vínculo con alguien que está expulsado de todo vínculo por fuera de su limitado círculo de relaciones, con alguien que está *desafiliado* (4) y a veces desde siempre, es construir la marca de un lazo social. La transferencia, primordial herramienta con la que contamos los analistas, se asienta en ese lazo. La ternura⁷ tendrá que ser su ética. La elasticidad del espacio, será la consistencia de ese lazo.

Desde esa base y estructura, las intervenciones se inventan y reinventan cada vez y con cada cual. Pero si esto no se conceptualiza, replica, articula y se institucionaliza como política de estado; los avances y logros que puedan alcanzarse serán personales, circunstanciales, inestables, contingentes y excepcionales.

Mi experiencia en el tiempo, que no es amontonamiento de hechos ni archivo de conocimientos, sino la presencia expectante y comprometida en cada situación como algo nuevo que puede interpelarme y modificarme, es la que me autoriza hoy a plantear estas ideas ■

Referencias bibliográficas

1. Agamben G. Homo Sacer. El poder soberano y la nuda vida. Valencia: Pre-Textos; 1998.
2. Agamben G. Infancia e historia. Buenos Aires: Adriana Hidalgo editora; 2001, 2003. p. 80.
3. Badiou A. El Siglo. 1ra ed. Buenos Aires: Manantial; 2005. p.102.
4. Castel R. Estado y sociedad. En La metamorfosis de la cuestión social. Una crónica del salariado. Buenos Aires: Paidós; 1997.
5. Ley Nacional de Salud Mental. Ley Nro. 26657. Boletín Oficial de la República Argentina, número 32041 (3 Dic 2010).
6. Ley de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires. Ley Nro. 448. Boletín Oficial de la Ciudad de Buenos Aires, número 1022 (7 Sep 2000).
7. Perugino A, Tasin J, Ragone K. Fisuras. En El Paco, la historia como fracaso. 1ra ed. Buenos Aires: Yotser libros; 2012.

⁷ Para Fernando Ulloa, la ternura es el más antiguo de los oficios de la cultura, es el buen trato, es una instancia ética. Es la coartación del fin último, del fin de la descarga de la pulsión. Es mirar con amoroso interés a quién se reconoce como sujeto ajeno y distinto de uno mismo, es la renuncia al apoderamiento del infantil sujeto. Es parte del entramado primario para que un sujeto pueda constituirse. (Entrevistas y ponencias sobre Institución, Crueldad, Ternura).

Espacio Abierto de la Asociación Civil La Casona de los Barriletes. Programa de apoyo a jóvenes en procesos de externación o egreso institucional y en sus recorridos de inclusión social

Juan José Costa

Médico Especialista en Psiquiatría Infantojuvenil.

E-mail: juan.j.costa@gmail.com

Juan Pablo Mattarucco

Psicólogo, UBA.

E-mail: jpmattarucco@psi.uba.ar

Resumen

En el presente artículo realizamos una descripción del programa de trabajo Espacio Familiar Terapéutico Ambulatorio (Espacio Abierto) de la Asociación Civil (AC) La Casona de los Barriletes, cuyos objetivos son apoyar procesos de egreso institucional de jóvenes internados o alojados en instituciones de albergue de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) y contribuir en la consolidación de procesos de inclusión social. Luego de realizar un breve recorrido por la historia de la institución desde la que se desarrolla, planteamos una serie de ejes conceptuales que nos orientan en el abordaje de la problemática, desarrollando las nociones de vulnerabilidad, padecimiento/trastorno/enfermedad mental, proceso de salud/enfermedad/atención/cuidado. A partir de estas definiciones, describimos áreas para el desarrollo de intervenciones multidimensionales, desde un equipo interdisciplinario, apuntando a la construcción de articulaciones interinstitucionales e intersectoriales que permitan la construcción de redes de referencia comunitaria para los jóvenes acompañados y sus familias o referentes afectivos. Más adelante analizamos factores que operan como facilitadores y obstáculos a la tarea. Finalmente presentamos una serie de reflexiones a partir del recorrido de trabajo realizado.

Palabras claves: Externación asistida - Egreso institucional - Vulnerabilidad - Inclusión social - Conformación de redes - Articulación intersectorial.

OPEN SPACE OF NON-PROFIT ORGANIZATION LA CASONA DE LOS BARRILETES. SUPPORT PROGRAM FOR YOUTH IN THE PROCESS OF BEING DISCHARGED FROM SHELTER FACILITIES

Summary

On this paper we outline a work program called Outpatient Therapeutic Family Space (Open Space) of the Non-Profit Organization La Casona de los Barriletes, whose goals consist of supporting youth going through discharge processes from shelter facilities in the Autonomous City of Buenos Aires (CABA) where they were admitted or residing, and contributing with the consolidation of social inclusion processes. After a brief inspection of the history of the institution from where this program is developed, we explain a group of conceptual themes that help us focus on the problems, and we develop notions such as vulnerability, mental condition/disorder/disease, and health/illness/care process. Based on these definitions, we describe areas for the development of multidimensional interventions from an interdisciplinary team, aiming at developing cross-institution and cross-sector coordination allowing for the construction of community reference networks for youth accompanied by their families or affective referents. Later on we analyze certain factors that operate as stimuli and obstacles in this task. Lastly, we present several considerations based on the revision of the work carried out.

Key words: Assisted discharge - Facility discharge - Vulnerability - Social inclusion - Family support - Network development - Cross-sector coordination.

Introducción

El Espacio Familiar Terapéutico Ambulatorio, que en el habla cotidiana llamamos *espacio abierto*, es un programa de trabajo implementado desde la Asociación Civil (AC) La Casona de los Barriletes que se propone: 1) acompañar procesos de egreso de jóvenes internados en dispositivos de Salud Mental o alojados en instituciones de albergue del sistema de protección integral de derechos de niños, niñas y adolescentes de la CABA; 2) contribuir con la generación y/o el afianzamiento de redes y referencias comunitarias y territoriales de los jóvenes asistidos, de modo de evitar o disminuir, en situaciones de crisis, re-internaciones o re-ingresos a instituciones de protección, acompañando a ellos y sus familias y/o referentes de cuidado, en trayectorias que conduzcan a mayores posibilidades de inclusión social.

La población a la que se dirige el programa presenta un profundo deterioro en los vínculos constituidos con diversas instancias institucionales, desde sus familias de origen hasta el resto de las organizaciones educativas, de salud, culturales, y otras que delimitarán sus lugares de socialización. Por lo tanto, el énfasis de nuestra tarea está puesto en propiciar la reconstrucción de estos vínculos.

Breve reseña acerca de La Casona

La Casona fue fundada en el año 1996 por un grupo de militantes sociales que comenzaron a trabajar con el fenómeno de los *chicos en situación de calle*, fórmula que, no sin eufemismo, nombra las consecuencias más o menos directas de políticas económicas y sociales desplegadas entre las décadas de los años 70 y 90 del siglo XX sobre aquellos sectores de la sociedad más relegados, y las transformaciones que se sucedieron en la recepción y elaboración de la nueva conflictividad social (4). Es a raíz de este trabajo que confluyeron los esfuerzos en la constitución de un hogar para dar alojamiento a niños que carecían de cuidados parentales y/o familiares. El hogar en ese entonces nació como una institución organizada desde la sociedad civil, ofreciéndose como recurso para aquellos niños que se encontraban bajo la órbita del Consejo Nacional del Menor y la Familia, antecesor de la actual Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia. El trabajo en este campo fue acercando a La Casona a las problemáticas de la salud mental, presentes en una importante proporción de los niños y adolescentes alojados en el hogar y en sus familias. A partir de este hecho fueron incorporándose a los equipos de trabajo profesionales de distintas disciplinas: psicólogos, trabajadores sociales, psiquiatras, abogados, que a través de sus aportes fueron contribuyendo en la construcción de una modalidad de trabajo atravesada por articulaciones entre lo ideológico-político y lo técnico, asimilándose con una potencia muy particular desde la conducción de la asociación civil. A la vez, se han ido desarrollando vínculos de trabajo y de cooperación con otras instituciones de salud, educativas, de la justicia, de diversos programas estatales del área de desarrollo social, clubes, otras ONGs. La modalidad de trabajo en los dispositivos

de La Casona propone sostener en diversos ámbitos de lo público las contradicciones de experiencias singulares, aquellas señaladas como "fuera de la norma" desde nuestras nosografías, buscando que se inscriban socialmente reduciendo las marcas de los rechazos operantes; instituyéndolas en un campo de tensiones legítimas, regulado, como expresión de reflexividad de la vida civil y en calidad de civil (5).

En la actualidad, La Casona de los Barriletes cuenta con cuatro dispositivos de trabajo: un hogar convivencial/terapéutico para niños y adolescentes varones; una residencia juvenil, donde conviven jóvenes que han egresado de alguno de los dispositivos convivenciales, en la que hacen experiencias más autónomas, con menor grado de asistencia desde la institución; un centro transitorio orientado a alojar niños y jóvenes con padecimientos mentales severos (CeTAD); y un equipo de acompañamiento y apoyo familiar socio-terapéutico, el Espacio Familiar Terapéutico Ambulatorio, que en esta oportunidad presentamos. En el marco de estos cuatro dispositivos conviven aproximadamente 40 niños y jóvenes y se acompañan a otros 20 jóvenes con sus familias y/o referentes afectivos.

La problemática

Concebimos al *Espacio Abierto* como una herramienta válida para el sostén y apoyo comunitario de los jóvenes y sus familias, que se encuentran en diversas situaciones de desvalimiento o marginación social. En un documento de reciente publicación, la Organización Mundial de la Salud (OMS) incluye a las personas con padecimientos mentales dentro del grupo de aquellas que se encuentran en *situación de vulnerabilidad*, las cuales comparten desafíos relacionados con su *estatus* social y económico, sostén social y condiciones de vida y que se expresan en estigma y discriminación, violencia y abuso, restricción en el ejercicio de derechos civiles y políticos, exclusión de espacios de participación social, acceso reducido a servicios sociales y de salud, acceso reducido a servicios de atención en emergencias, pérdida de oportunidades educacionales, exclusión de oportunidades de empleo y de generación de ingresos, aumento de discapacidades y muertes precoces (18). En efecto, la vulnerabilidad, definida de este modo, describe de manera fiel a la situación en la que se encuentran los jóvenes que acompañamos, y resitúa la dimensión de su sufrimiento.

En este punto, conviene delimitar conceptualmente lo que puede implicar el padecimiento, trastorno o enfermedad mental severa. Una serie de autores proponen dos definiciones, una más restrictiva y otra más amplia. En el primer caso son considerados tres ejes en la definición: 1) un diagnóstico de psicosis; 2) contacto con servicios asistenciales extendido en el tiempo por más de dos años; y 3) evaluación del funcionamiento global menor a 50. En el segundo sólo se consideran los últimos dos criterios (12, 14). Tomamos esta última definición, la de mayor amplitud, para pensar la puesta en marcha de una serie de intervenciones multidimensionales que abordan estas situaciones en su complejidad. Respecto

de los jóvenes a los que está dirigido el programa, el contacto con los servicios asistenciales suele implicar largos, y a la vez discontinuos recorridos institucionales, con períodos prolongados de ingreso en instituciones, entre ellas internaciones psiquiátricas, que en una relación compleja de determinaciones recíprocas, se enlazan con frágiles experiencias de inserción en ámbitos de convivencia familiares, de escolarización, de desarrollos laborales, etc.

Actualmente, según un informe publicado por la Asesoría General Tutelar, en la Ciudad de Buenos Aires se producen alrededor de 250 internaciones anuales en efectores de Salud Mental infantojuvenil públicos, de las que un 10% provienen de instituciones de alojamiento, la calle u otra procedencia distinta del grupo familiar. Por otro lado, hay alrededor de 1200 niños, niñas y adolescentes viviendo en instituciones de alojamiento, lo que implica un distanciamiento temporal del medio familiar-comunitario de origen. De estas instituciones, incluidas en distintas categorías, un 65% corresponden a modalidades de alojamiento orientadas al trabajo con población con problemas de salud mental, consumo de sustancias y discapacidad (11), siguiendo las categorías que los organismos gubernamentales manejan. Estos datos permiten esbozar una radiografía de cuál es la dimensión que cobra la problemática de la niñez y adolescencia en situación de vulnerabilidad y con padecimientos mentales que requieren ser institucionalizados en nuestro medio local.

Intersecciones lógicas y organizacionales

Nuestra modalidad de intervención implica acompañar a las familias en el desarrollo de una serie de áreas vitales tales como el lugar de residencia y sus condiciones de vivienda, la inclusión escolar, la formación laboral, la ocupación o empleo, la gestión de recursos sociales de diversa índole, el desarrollo de actividades recreativas, el sostenimiento de actividades terapéuticas y de tratamientos farmacológicos y el cuidado de la salud en general. Con la intención de recrear algún encadenamiento entre los espacios mencionados, atendiendo a las particularidades que cada situación proponga. Estas líneas están descritas en un documento de consenso (17) como ejes del abordaje en la comunidad propuestos para personas con trastornos esquizofrénicos. Otros modelos de trabajo cercanos en sus metodologías a la que desarrollamos desde el *espacio abierto* son las llamadas formas de abordaje intensivo de casos, tales como los tratamientos comunitarios asertivos o de manejo de casos, que vienen planteando, desde mediados de los años setenta, diversos autores (6, 9), y una serie de modelos de intervención en salud mental infantojuvenil de base comunitaria, propuestos como alternativas a las institucionalizaciones prolongadas (8, 15). Los ejes de estas propuestas son el trabajo interdisciplinario con orientación a la inclusión social, la presencia regular en territorio, la alta frecuencia de contactos con los usuarios y sus entornos próximos y la intervención en crisis.

Desde otra perspectiva, la implementación de un

acompañamiento longitudinal a lo largo del proceso de salud-enfermedad-atención-cuidado, forma parte de una lógica de subjetivación y ejercicio de derechos. Nos proponemos participar y contribuir en recorridos de construcción de ciudadanía, entendiendo a ésta no como una cualidad inmanente de las personas, sino como una producción relativa, siempre ampliable, en un trayecto de construcción social y aprendizaje colectivo, con otros, que abren posibilidades y a la vez plantean exigencias (2).

Salud-enfermedad-atención-cuidado son instancias con las que se corresponden acciones diversas, las cuales adquieren, unas u otras, mayor importancia en distintos momentos de cada recorrido particular. Tanto una internación o un ingreso en una institución de cuidado, como la participación en una actividad cultural, o la gestión de una partida de nacimiento para adscribir una identidad, armar una jornada de trabajo para mejorar las condiciones de vivienda de una familia, acompañar a un joven al hospital, etc., son todas acciones válidas, en relación con momentos determinados, si comprendemos cada una de ellas en una serie de cuidados e intervenciones en función de la situación presente. Esta forma de concebir la atención de los jóvenes implica la participación de actores y prácticas externas a las diversas hegemonías profesionales, académicas o institucionales (10, 13); y requiere de importantes esfuerzos para abrir y acompañar caminos singulares de inserción local. El recurso específico para este propósito se recrea cada vez desde el vínculo que establecen los operadores socio-familiares del programa con el joven asistido en y con su entorno social cercano, con un criterio de modulación de su presencia y su disposición, en función de las estrategias acordadas con distintos actores intervinientes y las circunstancias actuantes por el contrato establecido con la familia desde el equipo técnico de La Casona de los Barriletes.

La dinámica de trabajo respecto del abordaje de las dimensiones implicadas en el *proceso de recuperación* (1) que planteamos previamente, requiere de una presencia regular en los distintos escenarios donde este proceso se desarrolla. Tanto del grupo de los operadores sociofamiliares, que lleva adelante la tarea en forma continua, como del equipo técnico a cargo de la coordinación de las intervenciones. Son justamente estas intervenciones territoriales las que representan la mayor parte del trabajo, en relación con las que tienen lugar en la sede del programa. Como venimos describiendo, el equipo está dividido operativamente en un equipo técnico y un grupo de operadores socio-familiares. Desde el equipo técnico, compuesto actualmente por la directora de la institución, un psiquiatra infantojuvenil, tres psicólogos, una trabajadora social y un abogado, se coordinan las intervenciones respecto de los jóvenes y sus grupos de referencia, así como de la articulación interinstitucional e intersectorial, la coordinación de espacios de intercambio y reflexión intra e inter familias. El equipo de operadores socio-familiares está compuesto por personas interesadas en las problemáticas de la niñez y la adolescencia, del ámbito social y educativo, estudiantes avanzados de carreras de grado afines a la problemática

ca (psicología, trabajo social, sociología, musicoterapia, entre otras) así como por profesionales recientemente graduados, sin ser excluyente la formación universitaria. Cada joven es acompañado por al menos dos operadores, en algunos casos más, de modo que esté garantizada en el tiempo la continuidad del trabajo y tener margen para variar las formas de acercamiento al joven y su realidad. Desde el equipo técnico hay un referente con cada familia para realizar el seguimiento longitudinal de las intervenciones y dar soporte, con intervenciones concretas con las familias y los propios operadores, al trabajo de acompañamiento. Las reuniones del equipo técnico y del grupo de acompañantes son semanales, siendo necesario un importante esfuerzo para la planificación y coordinación de las tareas y actividades cotidianas con los jóvenes y sus familias.

La articulación interinstitucional e intersectorial es un eje central de la tarea, especialmente la que establecemos con los Ministerios de Desarrollo Social, tanto a nivel local como nacional, donde gestionamos respuestas puntuales para la obtención de recursos materiales para el mejoramiento de condiciones de vida de las familias o para el inicio de emprendimientos laborales, o de recursos económicos para aquellas familias más necesitadas. A su vez, la inclusión educativa en ámbitos adecuados para jóvenes con escasas experiencias de escolarización representa otro desafío importante de articulación con las áreas de educación. Con el área de Trabajo hemos desarrollado también recorridos de articulación en la búsqueda de espacios laborales posibles, siendo el mayor desafío la implementación de proyectos donde las condiciones de espacios relativamente protegidos para los jóvenes se articulen con los criterios de productividad y sustentabilidad del trabajo. Luego, también hemos avanzado en la construcción de puentes y lazos con otras ONGs, y particulares respecto de proyectos de diversa índole, recreativos, artísticos, educativos y laborales.

Facilitadores y obstáculos

Llegados a este punto, nos interesa señalar los aspectos de la tarea que vemos que operan como facilitadores. Creemos que la modalidad de abordaje que asigna regularidad al contacto con los jóvenes y sus grupos de referencia, en territorio y telefónicamente, y la alta disponibilidad posibilitada por una lógica y una práctica de trabajo en equipo genera una alianza terapéutica, que es la principal fuerza que impulsa la tarea. Frecuentemente verificamos el lugar que ocupamos desde el programa cuando, por ejemplo, ante situaciones de crisis, somos convocados a intervenir por los jóvenes, sus referentes o desde las instituciones que los reciben.

Otro facilitador tiene que ver con los rasgos actitudinales de quienes intervienen en torno a una situación particular. Cuando aspectos tanto ideológicos como teórico-técnicos permiten proponer formas de articulación reales con intervenciones flexibles y revisables en función de sus resultados, encontramos estas articulaciones como fuertes facilitadores y potenciadores. La generación de espacios de elaboración compartida, donde los

distintos actores intervinientes en torno a un caso pueden poner en común perspectivas, definir obstáculos, tramitar discrepancias y proponer líneas de intervención consensuadas, es un recurso del cual hemos podido comprobar su valor.

Por otro lado, la legitimación del trabajo realizado desde La Casona de los Barriletes en estos años, otorgada por los interlocutores cotidianos de los diferentes sectores del estado y de la sociedad organizada, es en algún sentido, otro facilitador.

En cuanto a los obstáculos, el primero que señalaremos tiene que ver con la propia problemática abordada. La experiencia nos demuestra que, por un lado, las condiciones de las personas que asistimos, con sus dimensiones sintomáticas particulares, especialmente marcadas por historias de fracasos en su inserción en los diversos marcos institucionales; y por el otro, las actitudes que desde estas instituciones se dirigen hacia estos sujetos, pensados frecuentemente como rígida e inexorablemente cristalizados, cronificados, en sus rasgos de pacientes abandonados, alumnos disruptivos, personas irresponsables en lo laboral, implican para el armado y sostenimiento de redes y referencias comunitarias un enorme desafío (7). Esto remite, nuevamente, a la idea de vulnerabilidad, y a la puesta en marcha de una forma de intervención particular que se propone abordarla en los diversos aspectos que la caracterizan, en donde el esfuerzo por sostener vías de intercambio y espacios para poner en común preocupaciones, obstáculos y líneas de intervención posibles, es central.

Otro obstáculo, consiste en que los argumentos que sustentan este tipo de prácticas alternativas a las institucionalizaciones prolongadas. Se dan escasas discusiones formales, y el aún insuficiente esfuerzo puesto en el debate, está cargado de importantes oposiciones ideológicas, no registrándose un desarrollo definido a nivel de las políticas públicas sobre estos asuntos, ni tampoco un movimiento propositivo claro de parte de los ámbitos profesionales y académicos directamente implicados.

En la instancia en que nos encontramos, la financiación del proyecto, que incide directamente en la estabilidad y aplicabilidad del mismo, se ha visto sometida a diversas etapas de fragilidad que ha requerido de una clara decisión de la Asociación Civil que nuclea el trabajo, en sostener con recursos propios, y aún endeudándose, los requerimientos mínimos para el mantenimiento de las actividades del programa, siendo esto posible por el fuerte compromiso de sus trabajadores y, también, por el reconocimiento y comprensión de las familias asistidas.

Nuestra posición con respecto a la discusión en torno a la sustentabilidad de las prácticas de Salud Mental Comunitaria, nos lleva a enunciar su necesidad y viabilidad desde una perspectiva que considere los derechos de sus usuarios. Las dificultades existentes a la hora de establecer su eficacia, se enlazan con los problemáticos antagonismos adjudicados entre estas prácticas sociales y las modalidades de abordaje clásicas. Las todavía frecuentes oposiciones, que implican a actores en diferentes lugares de poder, soslayan la complementariedad, definida, por ejemplo, como *modelo de cuidados balan-*

ceados (16), entre prácticas de corte comunitarias e intervenciones institucionales tradicionales (internaciones de corta estancia en dispositivos institucionales adecuados, tratamientos ambulatorios intensivos en hospitales de día, etc.) que puedan garantizar tanto la protección y los cuidados que las personas requieren, como las medidas para prevenir y evitar abusos de diversas naturalezas. Sin embargo, la actuación más o menos consciente de estos antagonismos no es inocua para las realidades cotidianas de los jóvenes asistidos; repercuten directamente en ellos y de ello somos testigos, por el lugar bisagra en que nos pone nuestra tarea, y por la parte de sufrimiento, que nos compromete al intentar saldar aquellas deudas que en los bordes de la sociedad, indefectiblemente, terminarán por pagar los cuerpos de los chicos implicados en la locura, si no mediere alguna instancia de simbolización o interpe-lación posible de sus actos solitarios o disruptivos.

Reflexiones sobre el camino recorrido

El modelo de trabajo que proponemos, que implica intervenciones en terreno sostenidas por períodos de tiempo relativamente prolongados, sin poder estar estos fijados *a priori*, representa un beneficio comprobable para las personas acompañadas a lo largo de los particulares y sinuosos recorridos que conlleva, en cada caso, la recuperación de su inserción e inscripción en la comunidad. En esos recorridos, con frecuentes vínculos, referencias y procesos que se interrumpen, se transforman y se vuelven a crear, el persistir en el acompañamiento nos posiciona, justamente, como referencias valiosas para los jóvenes y sus entornos, especialmente, como lo planteamos previamente, en situaciones de crisis.

Estas mismas crisis, si logran incluirse en una temporalidad y un marco de acompañamiento institucional, son las que empiezan a poder leerse en alguna otra clave, además de la interpretación psicopatológica. Justamente, sobre estos vaivenes de la intervención, podemos comentar la circunstancia de un joven que actualmente tiene 21 años, ha vivido en diferentes dispositivos institucionales a lo largo de su vida, yéndose al inicio de su adolescencia de un pequeño hogar luego de padecer serios episodios de maltrato físico, que dejaron como secuela una disminución de la audición y que, posiblemente influyeron en el déficit cognitivo que presenta, no tan claramente definible, ni tan fácilmente enunciable. Una especie de marca o rasgo, desde donde responder a los imponderables de su vida y su desarrollo. Posteriormente, la calle, los paradores, los vecinos de su barrio, fueron otros lugares de relativo sostén o exposición en sus momentos de mayor crisis. Y luego, más adelante en este recorrido, el Hogar de La Casona durante cerca de cuatro años, a raíz del alojamiento de otro hermano suyo, que pidió por él. La institución La Casona funcionó por entonces como un elemento condensador de su historia, donde pudo desplegar y consolidar hábitos básicos de la vida con otros, el compartir una comida, un cuarto, un techo, sus normas, hasta el afecto puesto en juego en la convivencia con los adultos de cuidado y con muchos de los otros chicos con los que vivió. También llegó a presentar serias crisis

y actos profundamente desorganizados en este espacio, por lo que fue necesario, hacia fines de 2010, gestionar e insistir en la necesidad de una internación, no dejando de acompañarlo y sostener rigurosamente el vínculo en el transcurso de ésta. Posteriormente a este período delicado y doloroso de su vida, fue posible empezar a pensar con él un lugar de cuidado alternativo al hogar, y surgió, a raíz del trabajo de rastreo de su historia y sus referencias de la infancia, el contacto con una vecina del barrio de su familia sustituta, que lo conocía muy bien a él y a algunos de sus hermanos y mostraba hacia ellos un afecto sincero. Se pudo acordar con el equipo tratante del hospital iniciar una vinculación con esta familia y se desarrolló un proceso sumamente positivo para el joven, lográndose un alta con esta vecina de su infancia y su familia. La Casona quedó ofrecida como referencia institucional de seguimiento y sostén de ese vínculo con historia, pero incipiente en términos de la receptividad actual. Ha hecho, desde entonces, en los últimos dos años, un notable cambio. Ha establecido un lazo fuerte, posterior a la internación, con la guardia de ese hospital y con una actividad de fútbol que se desarrolla los viernes, a los que siguió concurrendo hasta que se instaló un tratamiento ambulatorio más cercano a su zona, y aún después esto. Se ha hecho un lugar en esa familia, no sin frecuentes enojos, intolerancias, y en ocasiones, "fugas" hacia ningún lugar, o el lugar que supone la calle con sus *sin-normas* actuantes en el consumo. También con vueltas con reclamos a la puerta del hogar, desde donde se volvía a *re-armar* y *re-pautar* algún acuerdo con la familia que lo recibía nuevamente, intentando apostar a la tolerancia hasta que se efectúe algún orden de elaboración de esa posición de exaltado, pirado o débil, desde el que se proponía y desde donde se nombraban, algunas veces, sus actos. Con mucha constancia y articulación con el hospital, el hogar, la familia, y algunos recursos momentáneos desde Desarrollo Social de la Ciudad, fue cediendo ese circuito y fortaleciéndose un lugar y una referencia en su barrio de la infancia, en la escuela de oficios, en el centro deportivo donde practica *taekwondo*, no sin preguntas y angustias respecto de lo que significaba *una familia* y *su familia*, para él.

Elegimos referirnos, con la intención de ilustrar en un caso algunos aspectos de nuestra práctica, a la situación de este joven, de entre los treinta recorridos que venimos acompañado en los dos años que lleva la experiencia del programa.

Con respecto a los espacios que se consagran en el tiempo, con trabajo y paciencia, hay que decir que no se instalan sin una serie de sanciones acerca de los imposibles propios de todo grupo humano. Parafraseando a uno de los jóvenes que acompañamos, el *espacio abierto* sería lo que delimita un *espacio exterior*, más allá de las condiciones que impondría nuestra atmósfera. A diferencia del poeta, en este caso, el espacio sería ingravido y poco gentil. Zonas de indiferencia y exterioridad hostil, cercando un discurso próximo a la locura, pero distantes en sus pequeños mundos impropios. Las experiencias de cada uno de los jóvenes que acompañamos deberían poder contarse, y es también una deuda que

intentamos se salde en los procesos de historización que se producen en la intervención, por fuerza propia o no, forjando institucionalmente, como la letra de la ley sabe decir, “representantes promiscuos”, interlocutores, escribas. Esperamos que empiecen ellos contando algo de su propia historia, cuando comienzan a construir algún camino en primera persona, que hay que saber respetar y acompañar desde un lugar de cuidado, más bien opaco, constante, confiable.

Para ir finalizando, no queremos dejar de señalar que nuestro dispositivo se encuentra inmerso en un campo de prácticas en tensión, que puede ser delimitado entre la beneficencia y el control social, lugares en lo que no nos ubicamos. Hemos intentado posicionarnos acudiendo a propuestas desplegadas y validadas en otras latitudes. Nuestra intención es sostener un trabajo que apueste a la corresponsabilidad entre quien recibe la ayuda y quien asiste, sosteniendo una posición ética que facilite aperturas y respuestas a nivel local que no perpetúen las tendencias a la dependencia institucional, presentes en las familias asistidas. En las circunstancias de desvalimiento y desamparo en los que se encuentran los jóvenes y sus familias el atractivo de la institución total es fuerte. La solución única e inmediata, participa de las lógicas de intervención esperadas por los propios sujetos/pacientes/usuarios, a veces para que nada cambie. Tal vez sea un punto en común entre el “ellos y nosotros” implicados en estos procesos, participando de dinámicas de relación que inducen a la fragmentación y la consecuente disociación entre indiferentes y sobre-implicados, entre

los esfuerzos desmedidos con costos personales altos y las intervenciones que reproducen las anomias actuantes en la enfermedad mental.

Tampoco desconocemos que las ideologías de desinstitucionalización promocionadas desde hace varias décadas por los países centrales han sido “traducidas” en nuestras tierras periféricas bajo lógicas de desinversión. No obstante ello, creemos que prácticas concretas como la que presentamos están aún sujetas a procesos de legitimación progresiva como nuevas formas de concebir y abordar la realidad, por los diferentes sectores, políticos, administrativos, profesionales, judiciales, de la propia sociedad civil, a través de acciones delimitadas y medibles, que a su vez acompañan y constituyen aspectos relevantes de dichos procesos de transformación.

Intentamos, a su vez, como ONG, no ser ingenuos respecto a las condiciones de relevo que se proponen como políticas desde el Estado con respecto a las familias. Son esas mismas hipertrofias de las funciones familiares denunciadas por los organismos administrativos las que demuestran el deterioro de la ciudad y de la sociabilidad pública de nuestro mundo postindustrial (3). Son entonces, esas mismas familias y sus hijos quienes requieren de un esfuerzo en más del Estado y de las políticas públicas dirigidas hacia ellas, lo que requiere a su vez de mayor y mejor presencia de las instituciones de salud, educativas, entre otras; y de funcionarios, docentes, profesionales, conscientes y atentos a las problemáticas sociales de la niñez y la adolescencia de su época ■

Referencias bibliográficas

1. Agrest M, Druetta I. El concepto de recuperación: la importancia de la perspectiva y la participación de los usuarios. *Vertex*. 2011; 22 (95): 56-64.
2. Apollon W, Bergeron D, Cantin L. Tratar la psicosis. Buenos Aires: Polemos; 2008. p. 11.
3. Aries P. La ciudad contra la familia. *Revista Vuelta* 1987. p. 25.
4. Barcala, A. Estado, infancia y salud mental: Impacto de las legislaciones en las políticas y en las prácticas de los actores sociales estatales en la década del 90 [Tesis de doctoral]. Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires, Facultad de Psicología; 2012.
5. De Leonardi O, Emmenegger T. La desinstitucionalización italiana: pistas y desafíos. *Vertex* 2011; 95: 31-43.
6. Dietrich M, Irving C, Park B, Marshall M. Intensive case management for severe mental illness. *Cochrane Database Syst Rev* 2010 Oct 6; (10): CD007906. doi: 10.1002/14651858.CD007906. pub 2.
7. Herbst L. El concepto de cronicidad y su impacto en la clínica. *Vertex* 2009; 20 (87): 385-93.
8. Lamb, C. Alternatives to admission for children and adolescents: providing intensive mental healthcare services at home and in communities: what works? *Curr Opin Psychiatry* 2009; 22: 345-350.

9. Marshall M, Lockwood A. Assertive community treatment for people with severe mental disorders. *Cochrane Database Syst Rev* 2000; (2): CD001089.
10. Menendez E. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciencia y Salud Colectiva* 2003; 8 (1): 185-207.
11. Ministerio Público Tutelar. Niñez, adolescencia y salud mental en la Ciudad de Buenos Aires. Informe de Gestión del Ministerio Público Tutelar. Buenos Aires: Eudeba; 2011. Informe de Gestión del Ministerio Público Tutelar. p. 67, 81 y 119.
12. Ruggeri M, Leese M, Thornicroft G, et al. Definition and prevalence of severe and persistent mental illness. *Br J Psychiatry* 2000, 177: 149-155.
13. Sacchi M, Hausberger M, Pereyra A. Percepción del proceso salud-enfermedad-atención y aspectos que influyen en la baja utilización del sistema de salud, en familias pobres de la ciudad de Salta. *Salud Colectiva* 2007; 3 (3): 271-283.
14. Schinar A, Rothbard A, Kanter R. An empirical literature review of definitions of severe and persistent mental illness. *Am J Psychiatry* 1990, 147: 1602-1608.
15. Shepperd S, Doll H, Gowers S, et al. Alternatives to inpatient mental health care for children and young people. *Cochrane Database Syst Rev* 2009; Apr 15; (2): CD006410. doi: 10.1002/14651858.CD006410. pub 2.
16. Thornicroft G, Alem A, Antunes Dos Santos R, et al. WPA guidance on steps, obstacles and mistakes to avoid in the implementation of community mental health care. *World Psychiatry* 2010; 9: 67-77.
17. Torres Gonzalez F, et al. Cuidados y Necesidades de las personas afectadas por trastornos esquizofrénicos que viven en la comunidad. Documento para el consenso internacional propuesto por la Red Maristán. *Salud Mental y Comunidad* 2011; 1: 17-24.
18. World Health Organization. Mental health and development: targeting people with mental health conditions as a vulnerable. WHO: Geneva; 2010. p. 2



**Centro
Psitopatológico
Aranguren**



Desde 1989
CASA DE MEDIO CAMINO Y HOSTAL
CON UN PROGRAMA DE REHABILITACIÓN
Y RESOCIALIZACIÓN PSIQUIÁTRICAS

Directores: Dr. Pablo M. Gabay - Dra. Mónica Fernández Bruno

Paysandú 661 - (C1405ANE) Ciudad Autónoma de Buenos Aires -
Tel. (011)4431-6396 Web: www.centroaranguren.com.ar
Correo Electrónico: info@centroaranguren.com.ar

Ampliando los márgenes de la clínica. Trayectoria de un Programa de Salud Mental Comunitaria para niños, niñas y adolescentes desde una perspectiva de derechos en la Ciudad de Buenos Aires

Alejandra Barcala

Psicóloga; Magíster en Salud Pública; Dra. en Psicología, UBA

Ex coordinadora del Programa de Atención Comunitaria de niños, niñas y adolescentes con trastornos mentales severos.

E-mail: abarcala@psi.uba.ar

Flavia Torricelli

*Psicóloga; Dra. en Psicología, UBA; Investigadora del Instituto de Investigaciones de la Facultad de Psicología, UBA; Proyecto UBACyT
"Análisis evaluativo de un programa de atención comunitaria para niños y adolescentes con problemática mental severa en la CABA",*

Facultad de Psicología, U.B.A.

E-mail: ftorric@retina.ar

Resumen

Existen modalidades de intenso sufrimiento contemporáneo que no encuentran aún alojamiento en los dispositivos que ofrece el sistema sanitario ni están descriptos en los manuales diagnósticos, y necesitan una respuesta adecuada.

El escrito narra la trayectoria de un programa de atención comunitaria que proveyó de cuidados a niños, niñas y adolescentes con Trastornos Mentales Severos y con significativo sufrimiento subjetivo en la Ciudad de Buenos Aires desde el año 2006 hasta comienzos del 2012. Acorde a los estándares internacionales vigentes en materia de Salud Mental y derechos humanos esta práctica en salud mental comunitaria, colectiva y territorial propuso una mirada interdisciplinaria e intersectorial que tomó en cuenta la multidimensionalidad de los determinantes sociales de la salud para brindar cuidados integrales. Para poder dar respuesta a la fragmentación y a los reiterados traumatismos a los que estuvieron expuestos gran parte de estos niños, niñas y adolescentes, el programa diseñó estrategias clínico-comunitarias singulares para cada niño, niña o adolescente basadas en una red de soportes institucionales continuos y confiables. Pensada desde una perspectiva psicoanalítica, esta praxis se propuso favorecer los procesos de subjetivación y la construcción de lazos sociales tendientes a evitar las tendencias crecientes de medicalización e institucionalización en la niñez.

Palabras claves: Salud mental - Niñez - Programa.

EXPANDING THE BOUNDARIES OF CLINICS. DEVELOPMENT OF A COMMUNITY MENTAL HEALTH PROGRAM FOR CHILDREN AND TEENAGERS FROM A RIGHTS PERSPECTIVE IN THE CITY OF BUENOS AIRES

Summary

There are forms of severe suffering in contemporary life that are not accommodated within the mechanisms offered by the mental health care system or that are not described on diagnostics handbooks, which need an appropriate response. This paper deals with the development of a community mental health program that provided care to children and teenagers with severe mental disorders and with a significant subjective suffering in the City of Buenos Aires from 2006 until the beginning of 2012. Pursuant to international standards in force in terms of mental health and human rights, this community, collective and territorial mental health practice suggested an inter-discipline and cross-sector approach that took into consideration the multi-dimension of social health determiners to provide comprehensive care. In order to offer a reply to fragmentation and the repeated traumas to which a large number of these children and teenagers have been exposed to, the program designed individual clinical-community strategies for each child or teenager, based on a network of continuous and reliable institutional supports. Conceived from a psychoanalytical approach, this praxis intended to benefit subjectification processes and the building of social bonds aiming at preventing the growing trends of administering medication and admitting children and teenagers as patients in mental health facilities.

Key words: mental health, childhood, program.

Introducción

El presente trabajo relata una experiencia y práctica local novedosa vinculada a la atención en salud mental de niños, niñas y adolescentes con padecimientos psicosociales, a favor del ejercicio de los derechos que promueve la inclusión social y educativa, afín al paradigma de la Convención Internacional de los Derechos del Niño (25).

Se trata de un dispositivo de cuidados integrales para niños, niñas, adolescentes con sufrimiento psíquico y/o en situación de vulnerabilidad social que, desde una perspectiva de Salud Mental Comunitaria, articuló la dimensión clínica de las intervenciones en un marco institucional, tejiendo una red en el territorio que favoreció el proceso de desarrollo de cada uno de ellos.

Inspirado en un marco teórico psicoanalítico (7, 19, 26), el Programa de Atención Comunitaria de Niños, Niñas y Adolescente con Trastornos Mentales Severos en la Ciudad de Buenos Aires (PAC)¹, contemplaba la incorporación de la realidad externa como influyente en la constitución subjetiva sin sacrificar por ello la significación de su vida fantasmática.

En los últimos años en la Ciudad la pobreza, la desigualdad, la discriminación, la marginalidad, la violencia doméstica tuvieron un impacto en las instituciones, en el entramado del tejido comunitario, en los lazos sociales y, particularmente, en la subjetividad de los niños y niñas; evidenciándose frente a las nuevas problemáticas emergentes en la niñez, una inadecuación de los servicios de salud existentes.

El PAC, en su diseño programático, se esforzó por superar el modelo vigente -cuyo distanciamiento entre las respuestas de los servicios de salud y las necesidades de los niños y niñas se fue profundizando con los años-, poniendo en marcha un modelo de abordaje en situaciones complejas a cargo de un equipo interdisciplinario conformado por psicólogos, médicos pediatras y psiquiatras infantojuveniles, psicoanalistas, psicopedagogos, trabajadores sociales y abogados; que incluyó la atención territorializada, intersectorial y psicoterapéutica que facilitase que cada niño, niña y adolescente recibiese un tratamiento singular adecuado lo más cerca de su domicilio, favoreciendo así su inclusión social.

Este dispositivo constituyó un aporte a la construcción de procesos des/institucionalizadores basados en el derecho a la atención integral de los niños, niñas y

adolescentes con problemáticas graves en el campo de la Salud Mental. Evitar la institucionalización y la creciente medicalización requirió de una constante (y no siempre exitosa) tarea colectiva², que incluyó a las familias y a los actores sociales significativos para reconstruir los lazos sociales y apoyar procesos de subjetivación de los niños, niñas y adolescentes con sufrimiento psíquico.

En este trabajo nos proponemos, luego de seis años de implementación del PAC³, compartir el camino recorrido, junto a las tensiones y reformulaciones en la construcción de una práctica innovadora que obligó a todos aquellos que participamos a aceptar el desafío de alojar las nuevas modalidades de sufrimiento contemporáneo de los niños, niñas y sus familias. Esto implicó estudiar e intentar comprender, sin dogmatismos, pero con una rigurosidad teórica sostenida en un posicionamiento ético, para construir creativamente una práctica cuyo eje central fue la articulación de lo clínico y lo comunitario.

Partiendo desde una perspectiva de derechos

Implementar un dispositivo en Salud Mental en la niñez que permita la posibilidad de devolver la palabra al niño, y dé lugar a una pluralidad de encuentros donde se lo escuche y acompañe en su singularidad, es una experiencia que consolida un compromiso cotidiano de una práctica compleja con múltiples determinaciones en el ejercicio del cumplimiento de los estándares internacionales vigentes en materia de Salud Mental y derechos humanos.

Desde los inicios constituyó un desafío la adecuación entre los marcos jurídicos existentes -en ese momento la CIDN y las Leyes Nacional y de la Ciudad de Protección Integral de Derechos del Niño, Niña y Adolescente Ley N° 26061, Ley N° 114, y la Ley Salud Mental N° 448/2000 de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA)-, y las respuestas institucionales, en el avance y consolidación de políticas integradas que garantizaran el derecho a la salud de los niños y adolescentes.

Posteriormente, la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad y la Ley Nacional de Salud Mental N° 26657, comprometieron aún más a los actores en juego respecto de la necesidad de implementar el desarrollo de una red de servicios con base en la comunidad. Única vía para favorecer el proceso de desarrollo, que apoye el concreto ejercicio de ciuda-

¹ "Programa de Atención a Niños/as y Adolescentes con Trastornos Mentales Severos" ha sido la denominación que debimos utilizar para que el programa fuera incorporado en el ámbito de la salud pública del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires; aunque reconocemos lo controversial que puede resultar dicho término dado su acento en lo psicopatológico.

² El equipo de trabajo estuvo coordinado por la Lic. Alejandra Barcala, Lic. Patricia Alvarez Zunino y el Dr. Julio Marotta. Formaron parte del equipo: Lic. Vicente De Gemmis, Lic. Valeria Gonzalez, Lic. María Florencia Brown, Lic. Cecilia Pelegrino, Lic. Micaela Weinschelbaum, Dra. María Cristina Brió Lic. en Psicopedagogía Mirta Gotlieb, Lic. Graciela Rajnerman, Dra. Flavia Torricelli (a cargo del Proyecto de Investigación UBACyT. Facultad de Psicología, UBA), el Dr. Carlos Tkach y Lic. Fabiana Isa (del Programa de Extensión "Atención de Niños Privados del Cuidado Parental" de la Facultad de Psicología, UBA), Dr. Ricardo Gorodich (de Fundación Kaleidos/Jakairá) y residentes y concurrentes de Salud Mental del GCBA. Nombrar a todos nos es posible pero no por ello su participación ha sido menos relevante.

³ El Programa de Atención Comunitaria de Niños/as y Adolescentes con Trastornos Mentales Severos se crea en el año 2006 según la resolución del Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad N° 1175 /2007, dependiendo de la Dirección Nacional de Salud Mental con sede en el Centro de Salud Mental N° 1. En sus inicios atendía niños y niñas hasta 15 años, y luego lo amplió la cobertura hasta los 18 años.

danía de los niños, niñas y adolescentes con sufrimiento psíquico y sus familias, evitando así su segregación y exclusión.

En continuidad con los lineamientos sobre Salud Mental contenidos en la Declaración de Caracas (20) y las Recomendaciones del Foro Global por la Salud Mental (21), que enfatizaban la importancia de un proceso de construcción de la intersectorialidad y de participación comunitaria enmarcado en un Modelo de Atención Comunitaria, el PAC fue concebido con el objetivo de garantizar la atención y los cuidados integrales de los niños, niñas y adolescentes con significativos niveles de vulnerabilidad⁴.

El enfoque integrador del Modelo Comunitario desanda y rechaza la estigmatización a partir del respeto por los derechos, trabaja sobre la sensibilización, propone la participación de los usuarios, e incluye a todos los niños, niñas y adolescentes que no entran en el DSM-IV (a partir de otra concepción del niño). El diagnóstico y el tratamiento es planteado de forma integral atendiendo a las necesidades y problemáticas en todos los ámbitos de la vida (salud, salud mental, familia, educación, red y contexto social) (12).

La elección de este encuadre y la sujeción a la perspectiva de derechos, implicó situarse como actor en un espacio social habitado por tensiones y paradigmas contradictorios que se entrelazaban con dimensiones de poder. La conflictividad de un espacio donde la garantía de derechos aún necesita ser construida para evitar una perspectiva medicalizante y psiquiatrizante, que no se corresponde con las leyes vigentes de Salud Mental, fue parte del trabajo a realizar.

Visibilizando en la agenda estatal el problema de Salud Mental en la niñez

La atención de Salud Mental para niños, niñas y adolescentes ha estado varias décadas ausente en la agenda estatal de la Ciudad de Buenos Aires, más allá del reconocimiento de la marcada pobreza y exclusión, de las experiencias traumáticas sufridas, y de la acuciante dimensión del sufrimiento psíquico en este grupo etario (15, 24).

En América Latina, y específicamente en nuestro país, la brecha entre los que sufren un trastorno men-

tal y los que reciben atención u otro tipo de servicio es abrumadora⁵; y esta situación se agudiza tratándose de la niñez y adolescencia, dado que los servicios de Salud Mental dedicados a ambas son limitados y en muchos casos inexistentes⁶ (3, 4).

A partir de nuestra tarea intentamos acortar la brecha de tratamiento entre los niños, niñas y adolescentes con profundo sufrimiento psicosocial, favoreciendo especialmente la accesibilidad a los cuidados integrales de aquellos con mayor nivel de vulnerabilidad. En especial los niños y jóvenes que sufren trastornos mentales y terminan largamente institucionalizados, evidenciando lo que no hizo el sistema sanitario por ellos a tiempo.

En la actualidad, se ha empezado a admitir la necesidad de brindar atención no sólo a niños, niñas y adolescentes con Trastornos Mentales Severos, sino también a un número nada despreciable de niños que tienen problemas que no cumplen los criterios diagnósticos de un trastorno mental, pero que padecen de intenso sufrimiento (17).

Las nuevas problemáticas sufridas en la niñez, así como las complejas demandas a los servicios, evidencian la insuficiencia e inadecuación de los manuales diagnósticos a los modos de sufrimiento psíquico de los niños, niñas y adolescentes, y de las propuestas de dispositivos adecuados y eficaces para la atención psicosocial de los mismos. Considerando las intervenciones como prioritarias en esta etapa de la vida -dado que amplían las posibilidades de transitar destinos más saludables-, nos propusimos ocuparnos de aquellos que habitan los márgenes de la infancia. Estos niños, niñas y adolescentes con vulnerabilidad psicosocial, con un endeble capital económico, social y simbólico, son frecuentemente desheredados de sus redes socioeconómicas y afectivas continentales. Estos colectivos humanos constituyen verdaderos grupos vulnerables en los que se evidencian abrumadoras "*constelaciones de desventajas*" (16).

Desde el año 2006, cuando comenzó a implementarse el PAC, hasta fines del año 2011 atendimos a 550 niños, niñas y adolescentes y familiares, observándose un aumento anual progresivo y considerable del número de admisiones (Ver Cuadro 1 y 2); de ellos, el 45% eran varones y el 55% mujeres.

Fueron derivados al PAC por la Red de Servicios de Salud Mental de los hospitales generales y pediátricos

⁴ Para conocer los inicios, fundamentación y desarrollo del programa ver: Barcala A, Marotta J, Torricelli F, Álvarez Zunino P. "Niños, niñas y Adolescentes con sufrimiento psicosocial en la Ciudad de Buenos Aires: Historia de la constitución, inicio y fundamentos de un programa de salud mental comunitaria". Revista Argentina de Psicología, Año 2012. Edición nro. 51.; y Barcala A, Torricelli, F, Álvarez Zunino P, Marotta J. (2009). "Programa de atención comunitaria a niños/as adolescentes con trastornos mentales severo: Una construcción que articula la experiencia clínica, la investigación académica y su transferencia al sistema sanitario". Vertex. Revista de Psiquiatría, Año 2009, Vol. 20. págs. 282- 292.

⁵ Los planes nacionales de Salud Mental, en varios países, todavía se focalizan en la atención de los Trastornos Mentales Severos en la población adulta y los servicios se basan en grandes hospitales psiquiátricos. Los servicios de Salud Mental dedicados a la niñez y la adolescencia son limitados, y en muchos casos inexistentes. Hay también carencia de programas integrales de Salud Mental de base comunitaria para este grupo poblacional y falta la participación del sistema de educación. (Boletín OPS, 2008).

⁶ A pesar de todos los avances en materia de convenciones (Derechos del Niño, aprobada por la ONU en 1959; Convención sobre los Derechos de los Niños, 1990; la Carta Europea de Derechos del Niño del Parlamento Europeo, 1992; Convenio de la Haya sobre la protección del niño y a la cooperación en materia de adopción internacional, 1993), en producción teórica (OMS, Documento: "Understanding Children and Adolescent Mental Disorders") y a pesar de la implementación de algunos planes de acción, la ausencia de diagnóstico y de respuesta, o tratamiento a los problemas de Salud Mental de los niños y adolescentes condiciona seriamente su futuro, disminuye sus oportunidades educativas, vocacionales y profesionales, y supone un costo muy alto para las familias y una carga para la sociedad.

Cuadro 1. Número de niños, niñas, adolescentes y sus familias atendidos en el Programa de Atención Comunitaria (PAC). Buenos Aires, años 2006-2011.

Atención/ Cobertura	Año	Niños, Niñas y Adolescentes	Familiares	Total	Variación anual
	2006	28	35	63	-
	2007	30	28	58	-8%
	2008	52	31	83	+43%
	2009	47	45	92	+11%
	2010	65	57	122	+33%
	2011	80	52	132	+8%
	Total			550	-

Cuadro 2. Variación anual de la atención de niños, niñas y adolescentes. Buenos Aires, años 2006- 2011.

Atención/ Cobertura	Año	Niños, Niñas y Adolescentes	Variación anual
	2006	28	-
	2007	30	+7%
	2008	52	+73%
	2009	47	-10%
	2010	65	+35%
	2011	80	+23%
	2011/2006		+186%

de la Ciudad de Buenos Aires, de los Centros de Salud y Acción Comunitaria de la CABA (CeSAC), de las Defensorías del Consejo de niños, niñas y adolescentes de la CABA, de juzgados, del sector educación (escuelas de recuperación, integración y nivelación), y de otros programas del sector de Desarrollo Social a los cuales pertenecían los hogares convivenciales y terapéuticos que los alojaban.

Tomando como referencia los años 2009 al 2011, el programa fue recibiendo cada vez más niños, niñas y adolescentes institucionalizados en hogares. En el año 2009 la proporción de estas consultas sobre el total de las mismas fue del 56%, mientras que en el año 2010 representó un 66%. Otro grupo de alto nivel de vulnerabilidad psicosocial que recibieron cuidados resultaron ser los migrantes de países limítrofes como también de las provincias argentinas. En los años 2009 y 2010 consultaron respecto a problemas de salud mental infantiles 17 familias provenientes de países limítrofes (15% del

total de las consultas). Este hecho nos obligó a incluir y contemplar las diferencias culturales. Si bien el plano normativo garantiza el derecho de acceso a la salud para todos migrantes, eso solo no alcanza a la hora de dar una respuesta adecuada. Exige además, la inclusión de lo intercultural como categoría, además de considerar la situación de alta vulnerabilidad psicosocial; dado que la aculturación produce una ruptura o desconexión con los vínculos del lugar de origen y la lejanía con las instituciones que constituían una referencia. A ello debe sumarse en ocasiones las malas condiciones de vida (viviendas precarias, explotación laboral, indocumentación, etc.).

La inclusión de la perspectiva de igualdad de género impulsó el abordaje de la maternidad adolescente, promoviendo el adecuado desarrollo evolutivo del embarazo y de los bebés, y una mejora en la calidad del vínculo madre-hijo. Una alianza estratégica, de trabajo conjunto con una organización de la sociedad civil dedicada a brindar cuidados específicos a adolescentes embarazadas,

o madres institucionalizadas, o en riesgo de serlo, permitió a partir de su implementación (en el 2010), realizar un acompañamiento y plan de cuidados continuos a 17 embarazadas y 12 bebés⁷.

Un dato que evidenciaba la vulnerabilidad social de que fueron atendidos por el PAC, y la vulneración de derechos concomitante que habían sufrido, estaba dada por el hecho que, del total de admisiones del período 2009-2010, el 78,7% correspondían a situaciones en las que había intervenido la Defensoría Zonal, organismo de protección de derechos, que opera en cada comuna de la CABA como garante de derechos de en la niñez. Es decir que en 92 situaciones se había dado intervención a los organismos administrativos responsables del área de la infancia, encargados de velar por el cumplimiento de la Ley Nacional N° 26061/2005. De esa cifra, 72 eran niños, niñas y adolescentes que vivían en hogares, mientras que los otros 20 no residían en una institución, sino que vivían con sus familias.

Salud Mental Comunitaria: un modelo centrado en la construcción de lazos sociales

Las experiencias acumuladas internacionalmente en el campo de los nuevos enfoques en la Salud Mental con base comunitaria, nos brindaron aportes que estimularon la implementación creativa de esta experiencia específica (1, 5, 11). A partir de ellos, nos propusimos crear un programa tendiente a dar una respuesta conjunta a los tres problemas que Franco Rotelli considera indispensables abordar en toda experiencia en Salud Mental Comunitaria, Colectiva y Territorial, que pretendiese ser eficaz y duradera como estrategia: a) cómo extender un sistema de atención en Salud Mental; b) cómo mejorar la ayuda proporcionada; y c) cómo reemplazar las respuestas violentas, antiterapéuticas, que lesionan la ética y los derechos civiles (22).

Para el diseño y formulación del PAC tomamos como referencia el Programa Comunitario de Atención a Personas con Trastornos Psicóticos (PCTP) de la OMS/OPS, y el Programa Especial para la Atención Comunitaria del Trastorno Mental Severo (PEAC) de la Ciudad de Buenos Aires (14); propuestas de Salud Mental en la comunidad que postulaban como eje central de la atención y de la rehabilitación, preservar o recuperar en el sufriente mental su capacidad de relación con otros en la comunidad y la vida en común con sus semejantes, en la sociedad que le toca habitar (2).

Desde su construcción nos preocupamos por constituirnos en un grupo de trabajo que brindara sostén, relaciones personales confiables, de escucha de la palabra y del silencio de cada niño, niña y adolescente, acompa-

ñándolo (y también a su familia), a partir de una red de continuidad de los cuidados, en ese tramo de vida bisagra entre la memoria traumática y un futuro con más oportunidades.

El PAC ofrecía un soporte institucional y territorial a partir de una mirada integral, interdisciplinaria e intersectorial, que tomó en cuenta la multidimensionalidad de los determinantes sociales de la salud para brindar cuidados sostenidos en un funcionamiento en red, ofreciendo a la vez, un espacio que resguardara la singularidad, los derechos y los lazos familiares y comunitarios de esos niños y adolescentes.

La construcción de un programa que no funcionara ni fragmentada, ni parcial, ni aisladamente, sino que desde la praxis se propusiera ofrecer a estos niños y jóvenes una red de continuidades a los que muchos de ellos no estaban habituados, funcionó como un soporte subjetivo. Se trataba de tejer puentes entre las diferentes instituciones del sector salud y de otros sectores (educación, cultura y deportes), para encontrar una respuesta conjunta y singular a las necesidades que cada uno de ellos planteaba.

La articulación con las Defensorías Zonales del Consejo de Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes, con los programas de la Dirección General de Niñez del Ministerio de Desarrollo Social y con las escuelas, fue esencial. Sólo en el año 2011, se llevaron a cabo estrategias interdisciplinarias e intersectoriales con más de 80 equipos e instituciones⁸. En ese mismo año se realizaron 96 reuniones en las que participaron entre 10 y 25 referentes de diversas instituciones y sectores, en cada una de ellas. Esto permitió facilitar un aspecto que resultaba indispensable incluir en el abordaje de niños, niñas y adolescentes con el padecimiento antes descripto y en condiciones de profunda desafiación social: la posibilidad de garantizar de modo colectivo la continuidad de los cuidados que co-responsabilizaba a todos los actores intervinientes en la efectivización de sus derechos. Esta estrategia, que favorece la adherencia al tratamiento, reduce la posibilidad de abandono, permite el uso de varios recursos mejorando el funcionamiento psicosocial y la calidad de vida (28), también proporciona a los profesionales que participan un sostén y acompañamiento en el desempeño de una labor compleja.

Entre las actividades incluidas dentro del plan de continuidad de cuidados centradas en los niños, niñas y adolescentes que se desarrollaron a lo largo de los años destacamos: el diseño de un plan singular individualizado de cuidados, acompañamiento, asesoramiento y apoyo a las familias y los cuidadores, acompañamiento e integración escolar, psicoterapia individual, abordajes vinculares y familiares, abordajes psicofarmacológicos,

⁷ Fundación Kaleidos, Programa Jakairá a cargo de Dr. Ricardo Gorodich, programa destinado a adolescentes madres y padres.

⁸ Entre ellas: organizaciones de la sociedad civil (especializadas en adolescentes madres y padres), como también organismos estatales municipales y nacionales, entre ellos la Asesoría General Tutelar (Ministerio Público, CABA), organismos varios pertenecientes a las áreas de Educación: escuelas comunes, especiales y de recuperación, equipos de orientación escolar de diversos distritos de la ciudad, juzgados y defensorías y curadurías, servicios de salud mental de hospitales generales y pediátricos, CeSACs, Centros de Salud Mental, otros programas de atención, así como también espacios artísticos, lúdicos y culturales (por ejemplo el zoológico de la Ciudad de Buenos Aires y programas culturales cuyo objetivo consistía en generar espacios de inclusión).

tratamientos psicopedagógicos, talleres y grupos de apoyo, historización y elaboración simbólica de los traumas sufridos, visitas a los domicilios, mantenimiento y desarrollo de soportes comunitarios individualizados, y actividades de sensibilización y recreativas.

Complejizando las actividades del programa, se fueron consolidando con los años las estrategias de intervención territorial y cultural de Salud Mental, considerándose centrales para los procesos de simbolización de situaciones traumáticas vividas en la niñez. Considerábamos que el trabajo en talleres, así como el trabajo grupal, generaban un ambiente facilitador para el desarrollo de los niños, niñas y adolescentes dando lugar a experiencias de placer y la creatividad.

El PAC, en tanto propuesta que se enmarca en el campo de la Salud Mental Comunitaria con énfasis en la perspectiva de derechos y la perspectiva de género para llevar a cabo los objetivos planteados, se adecuó a los criterios de buenas prácticas basados en los estándares internacionales⁹. Éstos incluían: efectividad de los derechos, integralidad e interdependencia de los derechos, intersectorialidad de las intervenciones (activación de políticas integradas), responsabilidades compartidas, centralidad de los niños, niñas y adolescentes y de su contexto (y no centralidad de la enfermedad o del déficit), universalidad, no discriminación, sostenibilidad e incidencia, y participación.

Respecto a este último criterio, fue el encuentro y contacto con la experiencia realizada en Trieste Italia (5, 22), lo que nos interpeló respecto a la participación de los usuarios y la necesidad de incluir la participación directa con las asociaciones, organizaciones de la sociedad civil y las cooperativas en el diseño, gestión y realización de las actividades institucionales. Este aspecto redefinió nuestra manera de escuchar a un niño y escuchar a sus padres.

La adecuación del PAC a estos criterios incluyó la construcción de una estrategia que apuntara a la transformación de las instituciones y de los servicios hacia una perspectiva territorial. Para ello organizamos la "Red de Niños, Niñas y Adolescentes con Trastornos Mentales Severos", que nucleaba a todos los efectores y dispositivos de la Ciudad que trabajaban con niños, niñas y adolescentes con Trastornos Mentales Severos y/o vulnerabilidad psicosocial, con el objetivo de articular acciones y estimular la atención en todos los servicios de la Ciudad, superando así la estratificación por niveles de atención. Mensualmente más de 20 referentes institucionales de la Ciudad se reunían para trabajar colaborativamente; y entre los años 2008 y 2010 realizaron además actividades de capacitación conjunta a profesionales del área metropolitana. El trabajo articulado con el primer cordón del conurbano bonaerense se manifestaba como una necesidad imperiosa. En los años 2009 y 2010, el 16 % de los niños, niñas y ado-

lescentes a los que se les había brindado cuidados, provenían del primer cordón urbano, lo que evidenciaba la necesidad de crear dispositivos en la provincia para garantizar el derecho a la atención y favorecer la efectiva inclusión social.

Pensando y comprendiendo la complejidad desde el pensamiento psicoanalítico

"... Quería proteger las delicadas acciones transitorias del peso aplastante de la clasificación formal... Procuró crear condiciones que promovieran el deseo de los pacientes, analistas y ciudadanos de hacer cada cual su propia contribución singular, de correr el riesgo de su gesto espontáneo. Celebró el surgimiento del mundo interior plasmado en formas que otros pudiesen contemplar. Al conceder al concepto de asociación libre una definición más amplia y humanizada, hizo avanzar el espíritu psicoanalítico hacia nuevos marcos de significatividad".

Refiriéndose a Winnicott, Robert Rodman (27)

Reflexionar acerca de las complejidades que se presentaban en el trabajo cotidiano respecto de escuchar y acompañar en su trayectoria de vida a niños, niñas y adolescentes con intenso sufrimiento subjetivo, exige un posicionamiento ético, entendido en el marco de las obligaciones con el otro humano y el reconocimiento de la alteridad.

El marco conceptual psicoanalítico nos abrió -desde el comienzo- una perspectiva potente para la comprensión de la subjetividad del creciente número de niños, niñas y adolescentes que consultaban al PAC.

Desbordando las clasificaciones nosográficas clásicas éstos eran definidos por los profesionales de diferentes modos según los marcos teórico-clínicos de referencia: niños y niñas con trastornos mentales severos, que padecen psicosis y autismo infantil; niños y niñas esquizofrénicos, con fallas en la estructuración psíquica; con trastornos generalizados del desarrollo; niños y niñas con deficiencia mental; antisociales; niños y niñas en las fronteras de la neurosis infantil; niños y niñas que sufrían o habían padecido diversos traumas: maltrato, abuso, situación de calle, negligencia y/o privación de cuidados parentales, que incidían en su constitución subjetiva, producto de la fragilización de los lazos sociales y la crisis de las familias, la escuela y las instituciones sociales.

Pensamos el PAC, en tanto institución del campo de la Salud Mental, como un espacio privilegiado de subjetivación. Y a la niñez, como un tiempo de estructuración del aparato psíquico, en el que la relación con el otro semejante siempre desempeña un papel estructurante en la constitución psíquica, en la medida en que toda tópica psíquica es desde un principio intersubjetiva. A partir de

⁹ Para ver el desarrollo de los objetivos del Programa de acuerdo a los criterios de Buenas Prácticas ver texto Barcala A, Álvarez Zunino P, Marotta J, De Gemmis V, González V, Brown ME, Rajnerman G, Calvo S, Pignata N, Torricelli F. "Relato de una experiencia en salud comunitaria: cuando de la niñez se trata". Revista Salud mental y comunidad, UNLA, N°2, 2012 (en prensa).

esta concepción, las intervenciones terapéuticas se convertían en posibilitadoras de transformaciones y podían incidir en los procesos de estructuración psíquica en momentos tempranos de la vida, generando movimientos tendientes a lograr una disminución del sufrimiento, y un incremento de la potencialidad de pensar y de los niveles de organización psíquica (8, 9). De este modo, y situando al psicoanálisis como un campo que no es ajeno a las condiciones histórico-sociales, era posible promover la generación para el sujeto de las condiciones para una expansión de sus posibilidades psíquicas en el enclave de condiciones históricas determinadas, pero a la vez abiertas. En ellas la insistencia de repetición inscripta cedía paso a un nuevo reordenamiento de nuevos modos de recomposición más o menos estables, en el marco de una perspectiva vital azarosa pero no indeterminada, arrancando al sujeto entre la oscilación de la angustia y rigidización defensiva (10, 23).

Pensar desde esta perspectiva psicoanalítica nos permitió desarrollar una práctica concreta, que atravesada por una ética, ampliaba nuestras posibilidades para elaborar intervenciones innovadoras en la clínica frente a situaciones complejas.

Esta ardua labor ha implicado -al decir de Winnicott (27)-, tratar sin psicoanálisis sobre la base de la teoría psicoanalítica. Este autor inglés, que trabajaba con niños y niñas en quienes la falla ambiental desempeñaba un papel preponderante en la falla en el proceso de maduración, consideraba que se necesitaban dos clases de tratamientos simultáneos: un manejo especializado y una terapia intensiva. Resumía, de este modo, la complejidad de un abordaje que debía incluir el cuidado ambiental en su conjunto entrelazado con la tarea analítica.

Considerar que se requería para producir un cambio psíquico de un largo período de trabajo terapéutico interpretativo, nos llevó a realizar un convenio con un programa de extensión de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires¹⁰, para garantizarles el tratamiento psicoterapéutico individual. Especialmente el trabajo se enfocó en niños, niñas y adolescentes institucionalizados en hogares convivenciales y terapéuticos a cargo de la Dirección de Niñez del Ministerio de Desarrollo Social de la CABA. En el año 2012, alrededor de 900 niños, niñas y adolescentes se encontraban institucionalizados en la Ciudad. El 10 % fueron atendidos en el marco de acciones de articulación donde la intervención terapéutica ocurría en un espacio externo al programa, resguardándose de este modo su intimidad, al mismo tiempo que se integraba a la estrategia de cuidados integrales. Para muchos de ellos y ellas (en su mayoría fueron mujeres) el espacio psicoterapéutico individual, sostenido por analistas comprometidos, fue central en tanto apertura de posibilidades elaborativas y de transformación de su vida.

Por otra parte, si bien se fomentaban alternativas de atención no psicofarmacológicas, (los espacios terapéuticos familiares, grupales y vinculares también fueron centrales), en muchos casos fue necesario recurrir a la medicación. En los años 2009-2010 en el 36% de los niños, niñas y adolescentes recibían psicofármacos. Esta prescripción lejos de monopolizar la respuesta terapéutica frente al sufrimiento, constituyó una herramienta al servicio de habilitar la palabra y, por consiguiente, la escucha enmarcada en una estrategia global. El PAC garantizaba la accesibilidad a los medicamentos básicos para su atención.

El propósito central del programa fue abordar tempranamente las problemáticas complejas en el medio social y familiar donde suceden y, a través de todas las actividades realizadas en el territorio, favorecer los procesos de desinstitucionalización así como evitar la internación psiquiátrica. Sin embargo, no siempre la tarea fue exitosa. En los últimos dos años del total de niños atendidos, tres de ellos debieron ser internados en una institución psiquiátrica. Esta intervención fue entendida como un momento de su proceso terapéutico, y los jóvenes fueron acompañados durante sus breves internaciones por los referentes del equipo a cargo.

No objetizar a un niño y devolverle la palabra, superando la lógica manicomial como respuesta a las problemas graves en la niñez, conlleva a reflexionar acerca de la índole de la tarea y el posicionamiento frente a la misma. No sólo consiste en trascender los muros de la institución monovalente, sino desmontar la persistencia de esa lógica alojada de manera subrepticia en los diferentes entramados institucionales y en las inercias conceptuales en las que se refugia lo que anonada, lo que se torna disruptivo o lo que genera malestar, lo que es desconocido, lo que se torna peligroso.

Escuchar el sufrimiento psíquico de los que habían padecido profundos traumatismos nos obligó a quienes participamos de esta experiencia, a una reflexión y elaboración constante, para soportar la tensión producto del contacto con el padecimiento subjetivo y la capacidad para poder intervenir; sin que tanto sufrimiento nos perturbara excesivamente y anulara nuestra capacidad de acción, evitando desarrollar defensas que nos distanciaran o ser insensibles a lo que les ocurría.

El desafío consistía en cómo sobrellevar la tensión de la complejidad, sin intentar resolver o dar respuestas técnicas rápidas que obedecen -a menudo- más a desembarazarse del problema que a afrontarlo. En ese sentido, en tanto equipo interdisciplinario, debíamos ser los continentes donde pudieran procesar el sufrimiento, la impotencia y la confrontación, permitiendo la emergencia de las nuevas institucionalidades. Se procuró generar una atmósfera tolerable para lo que Winnicott llamaba el "*surgimiento de gestos*".

¹⁰ Programa de Extensión Universitaria de la Facultad de Psicología de la UBA: "Niños y adolescentes privados del cuidado parental: atención psicoterapéutica e institucional". Coordinador Prof. Dr. Carlos Tkach.

Dos desafíos en la tarea constituían lidiar por un lado y despojarse por otro, tanto de actitudes normativas y adaptativas respecto a qué debe hacer o ser un niño así como de sentimentalismos. Se trataba de evitar intrusiones innecesarias que obstaculizan el despliegue natural de la infancia o la adolescencia o intrusiones que promovían la infantilización. Evitar así, la tendencia al control social de niños inquietos o “molestos”, frente al desconcierto y la impotencia de las respuestas tradicionales de las instituciones de Salud Mental.

En lugar de controlar, el programa se encaminó a conocer, aceptar y soportar la agresión del otro y la propia de cada profesional participante como parte del sí mismo; evitando toda actitud sentimental hacia un niño que no diera cabida al odio o la agresión ya que, tarde o temprano, va seguido de una reacción negativa.

Un dispositivo grupal semanal que denominamos de “Elaboraciones compartidas” fue el lugar de encuentro de profesionales de distintas disciplinas y sectores comprometidos. En ellas se promovía una mirada global respecto del niño, niña y adolescente, tomando como punto de partida no sólo lo psicopatológico, sino los determinantes sociales de la Salud Mental, las capacidades y las posibilidades de los niños y niñas. Cada actor involucrado en el plan de cuidados de ese niño, articulaba su mirada, su conocimiento en una construcción colectiva que producía un nuevo saber y un dispositivo singular. En el año 2011 se llevaron a cabo 52 encuentros de Elaboraciones compartidas clínico-comunitarias estratégicas.

Este espacio, además de erigirse en un lugar de toma de decisiones del plan de cuidados asegurando la coherencia en toda la continuidad del mismo, se proponía como un espacio de reflexión y formación profesional.

Conclusiones

Pero tal vez el llamado de la ética, un deseo de autenticidad o simplemente una cierta fidelidad con nuestros pacientes nos invitan a seguir humildemente las huellas del pensamiento socrático (porque esa sabiduría es fuente de todo pensamiento creativo). Intentamos no esquivar un cierto no saber y reconocer nuestros límites, no abandonar a aquellos que se vuelven hacia nosotros; al contrario, para afirmar que estamos a la escucha de la angustia contemporánea (6).

La trayectoria que atravesó el Programa y los profesionales que constituimos el mismo fue pasando por encrucijadas y desafíos constantes que implicaba confrontar con saberes, prejuicios, inercias y paradigmas encogidos.

En este recorrido debimos enfrentar también la respuesta *medicalizante*, una amenaza que se ha instalado en la cotidianidad de la vida social y profesional de manera

veloz y profunda. Esta tendencia creciente, promovida por la industria farmacéutica, delinea diagnósticos, gestiona terapéuticas y sesga las conceptualizaciones de los expertos; resignificando hipótesis en función de mercantilismos y no de investigaciones rigurosas. En este proceso de *medicalización/medicamentación* (13) en la Ciudad de Buenos Aires, uno de los grupos vulnerables más afectados fueron los niños, niñas y los adolescentes con fragilidades subjetivas que se salen de la norma establecida para ellos y para quienes se prevé un disciplinamiento técnico.

El PAC intentó inscribirse dentro de las prácticas que se propusieron contribuir a la “*ampliación de ciudadanía*” (18), dado que se construyó en torno a un proyecto de efectivización de derechos y no sólo de declaraciones, favoreciendo la inclusión, el acceso y la equidad en la atención en salud, el acceso a la educación, a la participación social, base de garantía de derecho.

Se constituyó así en una praxis que construyó trayectorias de trabajo con cada uno de ellos y las situaciones de vida complejas que los atravesaban, promoviendo y abriendo un campo de transformación a futuro, intentando favorecer el avance y la activación de políticas sociales integradas.

El modo que encontramos de enfrentar la fragmentación, el despojo, la ruptura inherente a condiciones de vida con extrema vulnerabilidad social fue desarrollar la capacidad de innovación, de construcción colectiva a partir de una rigurosidad teórico-clínica, para proveer un dispositivo, que asegurase en el tiempo, un cuidado integral que enlazara actores e instituciones, y que se articulara con un abordaje clínico.

A mediados de año 2012 el equipo del PAC se desarticuló, finalizando su trayectoria de trabajo y confirmando el supuesto acerca de la fragilidad ligada a la continuidad de las experiencias innovadoras y creativas, frente a los avances de modelos biologicistas y mercantilistas, cuando no se hayan enmarcadas en un sistema de salud integral y en especial en políticas claras de Salud Mental.

A pesar de esto, consideramos importante compartir nuestra experiencia respecto a escuchar a los niños y niñas en un trabajo siempre abierto que invita a la reflexión constante y profunda frente a la complejidad, y transmitir nuestros límites y nuestro recorrido acerca de cómo fuimos entendiendo y alojando las nuevas formas de padecimiento actuales. Si bien no pudimos lograr todo lo que hubiéramos deseado, la implementación del PAC testimonia que aún en un contexto desfavorable, una praxis subjetivante es posible, abriendo posibilidades para que cada niño, niña y adolescente con vulnerabilidad psicosocial pueda imaginar y soñar con la posibilidad de un futuro ■

Referencias bibliográficas

1. Amarante, P. Saude Mental e Atencao psicossocial. Río de Janeiro: Editora Fiocruz; 2007.
2. Ardila S, Galende E. El concepto de comunidad en la Salud Mental Comunitaria. *Revista salud mental y comunidad* 2012; 1: 39-50.
3. Barcala A, Brio M, Vila N, et al. Caracterización de la consulta institucional en psicosis y autismo infantil en la ciudad de Buenos Aires. Estudio de caso. *Revista Investigaciones en Psicología* 2004; (2): 7-25.
4. Barcala A, Torricelli F, Brio C, Vila N, Marotta J. Características de los Servicios asistenciales para niños/as con trastornos mentales graves en la Ciudad de Buenos Aires, Argentina. *Revista de Investigaciones en Psicología* 2007; (3): 7-24.
5. Basaglia, F. La condena de ser loco y pobre. Alternativas al manicomio. Buenos Aires: Topía Editorial; 2000.
6. Benasayag M. Las pasiones tristes. Sufrimiento psíquico y crisis social. Buenos Aires: Siglo XXI; 2010.
7. Bleichmar S. En los orígenes del sujeto psíquico. Buenos Aires: Amorrortu Editores; 1986.
8. Bleichmar S. La fundación del inconciente. Destinos de pulsión, destinos del sujeto. Buenos Aires: Amorrortu Editores; 1993.
9. Bleichmar S. La subjetividad en riesgo. Buenos Aires: Topía Editorial; 2005.
10. Bleichmar S. Psicoanálisis extramuros. Puesta a prueba frente lo traumático. Buenos Aires: Entreideas; 2010.
11. De Leonardis O, Emmergger T. La desinstitutionalización italiana: pistas y desafíos. *Vertex* 2011; 22 (95): 31-43.
12. Dirección General de Hospitales, Conserjería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. Plan Estratégico de Salud Mental, Madrid 2010-2014. Salud Madrid. [Accesado 30 de enero de 2013]. Disponible en: <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf>.
13. Faraone S, Barcala A, Bianchi E, Torricelli F. El rol de la industria farmacéutica en los procesos de medicalización/medicamentación de la infancia. *Margen Revista de Trabajo Social* 2009; (54).
14. Galende E. Programa Especial para a Atención Comunitaria del trastorno mental Severo (PEAC) en la Ciudad de Buenos Aires. 2002.
15. Informe Asesoría Tutelar Niñez, Adolescencia y Salud Mental. c2011. [Accesado: 30 de enero de 2013]. Disponible en: <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobkey=id&blobtable=MungoBlob&blobwhere=1268600114568&ssbinary=true>.
16. Jacinto C, Suarez AL, Solla C, García A. Jóvenes vulnerables y programas sociales, lógicas desencontradas, abordajes acotados. Buenos Aires: redETIS (IPE-UNESCO); 2007.
17. Kohn R, Levav I, Caldas de Almeida JM, et al. Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: asunto prioritario para la salud pública. *Rev Panam Salud Publica* 2005; 18 (4/5): 229-40.
18. Litiçhever C. Trayectoria institucional y ciudadanía de chicos y chicas con experiencia de vida en calle [Tesis]. Buenos Aires: FLASCO. Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales; 2009.
19. Mannoni M. ¿Qué ha sido de nuestros niños locos? Buenos Aires: Nueva Visión; 1996.
20. Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud. Declaración de Caracas. Conferencia Reestructuración psiquiátrica en América Latina; 1990. Disponible en: <http://new.paho.org/bulletins/index.php?option=com>.
21. Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud, Foro Global por la Salud Mental Comunitaria, Ministerio de Salud Pública de la República de Cuba Recomendaciones del Foro Global por la Salud Mental: Nuevos Desafíos, La Habana; 2008.
22. Rotelli F. 8 + 8 principios. Para una estrategia de psiquiatría comunitaria, colectiva, territorial. Disponible en: <http://conferenciabasagiargentina.org/wp-content/uploads/2012/11/Ocho+principios-1.pdf>.
23. Schenquerman C. Prólogo. En: Bleichmar S. Psicoanálisis extramuros. Puesta a prueba frente lo traumático. Buenos Aires: Entreideas; 2010.
24. UNICEF. Análisis de la Situación de la Infancia en la Argentina. 2000.
25. UNICEF. Convención Internacional de los Derechos del Niño. 1990.
26. Winnicott D. Deprivación y Delincuencia. Buenos Aires: Paidós; 2005.
27. Winnicott D. El Gesto espontáneo. Robert Rodman, compilador. Buenos Aires: Paidós; 1990.
28. World Health Organization. Atlas child and adolescent mental health resources global concerns: implications for the future. WHO: Geneva; 2005.



el rescate y la memoria

Lanfranco Ciampi y la infancia abandonada y delincente

Gustavo Pablo Rossi

Nacido en Italia, Lanfranco Ciampi se graduó como Médico en Roma en 1913. Trabajó entre 1905 y 1919 en el Instituto Médicopedagógico orientado por el célebre Sante De Sanctis, quien en la primera década del siglo bautizó y describió la “Demencia precocísima” (precursora de lo que luego se delineó en las nosografías como psicosis infantiles). Al llegar a Buenos Aires en 1920, funda un instituto similar al que su maestro dirigía en Italia, aunque la obra de Ciampi no será conocida por una dedicación especial hacia aquel cuadro de alienación infantil. Según la notable investigación histórica realizada por Antonio Gentile (1, 2), Ciampi llegó a Rosario contratado en 1922 “para organizar una escuela para niños ‘retardados’ y se convirtió en el nombre central de la primera psiquiatría rosarina”(2). También lo será para la psiquiatría infantil en Argentina. Es designado jefe del Laboratorio de Psicopatología de la Facultad de Medicina de Rosario y en 1923 inauguró allí la Cátedra que fuera orgullosamente calificada por Ciampi como la “primera en el campo universitario del mundo” en Neuropsiquiatría infantil. Será director del Hospital de Alienados de Rosario y hacia 1930 organizó en Buenos Aires un Instituto Neuropsiquiátrico para niños, que años después dirigiría Carolina Tobar García.

Este interesante texto, poco conocido, tiene la particularidad de abordar al menor que “se hospeda en las instituciones del Patronato”, pudiendo leerse tanto las tendencias médico-psicológicas y educativas en pugna en esos momentos, como el marco legal y de preocupación social que intentaba “solucionar” la problemática de la delincuencia infantil en nuestro país. En términos políticos, desde el umbral de la conocida Década infame, la organización en Buenos Aires de la Primer Conferencia sobre la Infancia Abandonada y Delincente fue considerado un “hito de institucionalidad” que expresa la perspectiva con que la clase dominante propone una extensa intervención de distintas disciplinas sobre esa infancia. En cinco días, en que participan otros referentes para cuestiones de infancia (como Telma Reca, C. de Arenaza y Jorge Coll), desde el gobierno se alienta tanto la formulación de legislación acotada al “menor”, como la delimitación de vías del internamiento, estudio y control “por parte de asistentes sociales, psiquiatras y pedagogos” (3). Cabe desprender de las exposiciones que mientras se mantienen políticas anteriores en el tema, se vislumbran diferencias entre la perspectiva de la Sociedad de Beneficencia y el Patronato de la Infancia de la Capital. En el contexto de un movimiento que implicó la construcción de las “anormalidades” infantiles, aparecen en esos textos también los aportes diversificados, provenientes de múltiples estrategias y ámbitos disciplinares, con intereses a veces contrapuestos o

desarticulados. Como rasgo de época, la yuxtaposición del niño abandonado, delincente, “deficiente” o “alienado”, terminaría encerrando indiscriminadamente a quienes quedaban por fuera de la calle o la escuela(4).

En lo particular de Ciampi, su obra, “respetuosa del substractum orgánico, incluyó el estudio asistemático de la psicología” (1), en un intento de lectura alternativa al sostén anatomopatológico propio de la neurología, de la cual buscaba diferenciar la práctica psiquiátrica. Ni “psicologismo absoluto”, ni “somatismo absoluto”, diría (5), aunque ha sido considerado un “biologista” según algunos estudios. En diálogo con los desarrollos psiquiátricos, se pregunta si “¿son así estos niños, por una tendencia biológica desenfrenada e irrefrenable, o porque un factor patológico que los sorprendió en la primera infancia, los determinó a asumir el comportamiento de inadaptabilidad?”. Con Gonzalo Bosch, fundó en 1930 el Comité Regional de la Liga Argentina de Higiene Mental. Entre sus méritos, puede ligarse a esto la promoción de “una nueva ideología sobre la locura dirigida a impactar en la cultura ciudadana”. Al no ser un “estigma inmodificable” (1), recurrirá a la sociedad en su conjunto para la recuperación del paciente. Su Neuropsiquiatría infantil planteaba “disociar deficiencia mental y trastorno moral en la infancia” (1), y en esa propuesta se pondera el uso de ideas psicoanalíticas, con su lectura de Freud, a quien apelaría también como un recurso de autoridad. Tanto Freud como De Sanctis son en tal sentido referencias en esta charla. Igualmente, como muestra de la heterogeneidad de los aportes que tomaba para su conceptualización, leemos que apela a la “psicología aplicada”, como la rama “más fructífera de la psicología experimental”, mientras considera a la educación como un arte, sin “rigorismo científico”. En esas líneas, Ciampi considera que aunque estos sujetos aparezcan “al margen de la sociedad”, por su edad están en “vías de formación”, sin un “determinismo biológico ya fijo”. Es encomiable el proyecto de diferenciar la clínica del adulto respecto de las problemáticas psicopatológicas de aparición en la infancia.

Ubicándose como promotor de su tarea en este ámbito, Ciampi afirma que al lado del “psicólogo especializado no puede faltar un médico que se dedica a la neuropsiquiatría infantil”. Y en consonancia con el positivismo de sus pares, entre oscilaciones terminará tomando partido por su maestro al diferenciar la delincuencia de adolescentes y de niños, para decir que ésta es “casi toda de origen patológico y clínicamente bien diferenciable”. Desde ese rol de especialista, sintetiza para finalizar que el problema de la infancia anormal y delincente es “jurídico, pedagógico y social” pero también “ eminentemente médico”.

Primera Conferencia Nacional sobre infancia abandonada y delincuente

Colonia Hogar Ricardo Gutiérrez, Buenos Aires

PRIMERA CONFERENCIA NACIONAL

Imprenta Colonia Hogar R. Gutiérrez, Buenos Aires, 1933.

TERCERA SESIÓN, tema: "Ficha psico-pedagógica; estudio de la personalidad normal y sus desviaciones (examen de la que se aplica en la Colonia Hogar "Ricardo Gutiérrez")".

Dr. Lanfranco Ciampi. -Señoras, Señores: Hace más de 10 años en una visita a una gran Colonia para menores, pude observar niños de 4 a 7 años, sobre los que pesaba únicamente la desdicha de su orfandad o las secuelas de una afección cerebral acaecida en sus primeros años, que los desvió de la senda normal; confundidos, en el mismo ambiente, bajo el mismo techo, bajo la misma custodia con otros tantos niños, mayores en edad y veteranos en el vicio. Nunca, como en aquella visita sentí la imperiosa necesidad de seleccionar metódica y científicamente en las diversas categorías, aquellos seres para evitar contagio y para canalizar hacia orientaciones educativas diferentes los diversos tipos. Nunca, como en aquella visita, he experimentado el fracaso a que fatalmente llegan las instituciones de pedagogía enmendativa y correctiva, si no están fundamentadas por el estudio individual de cada asilado. Por fortuna, sé que más tarde ese estudio se ha realizado en aquella Colonia, y que según el resultado de este, se han organizado reparticiones educacionales diversas correspondientes a las necesidades de cada sujeto.

Aprovecho la oportunidad para felicitar a quien más contribuyó a ello, el Dr. Jorge Coll, a quien también debo el honor de ocupar hoy este asiento para hablaros sobre la ficha biográfica.

Entiendo que la finalidad de mi disertación no es ya la de ofrecer un nuevo tipo de boletín, sino la de ilustrar la necesidad del mismo en los establecimientos para menores y orientar sobre su aplicación. En todos los campos de la actividad humana asistimos hoy día a la selección del más apto: así en los grandes establecimientos industriales, en donde el obrero que ingresa, se valoriza en el laboratorio psicológico según sus aptitudes; en la aviación; en los oficios de tráfico, etc., y la experiencia ha demostrado las ventajas incalculables que derivan de la utilización del tecnicismo psicológico, tan adelantado en estos últimos años.

Siendo así, todos estaremos concordes en la necesidad del estudio de la personalidad del menor, que se hospeda en las instituciones del Patronato. No es ya sólo por una razón de puro sabor científico, cual podría ser la de apagar una santa y laudable curiosidad, que responde estos interrogantes: ¿son así estos niños, por una tendencia biológica desenfrenada e irrefrenable, o porque un factor patológico que los sorprendió en la primera infancia, los determinó a asumir el comportamiento de inadaptabilidad? o bien, son tales por genéricas disposiciones congénitas, que las

circunstancias mesológicas agigantaron hasta encauzarlos hacia una vía, la vía del vicio y del crimen. Son tales, en fin, porque un retardo de desarrollo cerebral congénito o post-natal, o bien una imperfecta arquitectura debilitaron su potencialidad intelectual hasta no poder dar razón de las consecuencias de los propios actos.

Aunque valdría la pena profundizar el estudio del menor, si pudiéramos aclarar esas obscuridades etiopatogénicas, hay motivos todavía más apremiantes para la práctica educativa que nos estimulan a ello.

No nos olvidemos que estamos en presencia de sujetos, que no obstante la tierna edad, aparecen ya al margen de la sociedad o han ya roto las cadenas que las leyes forjaron o que asientan su hogar en la calle, porque hogar no tienen o a éste prefieren aquélla; sujetos, que si hoy representan una molestia para la convivencia social, mañana podrán ser un peligro para ella; sujetos en vía de formación y por lo tanto sin un determinismo biológico ya fijo, pero sí menesterosos, en razón de la misma época evolutiva que atraviesan, de quien los favorezca a sistemar armónicamente las actividades que derivan de sus tendencias instintivas primarias, secundarias, terciarias y a desarrollar los frenos que nacen de los hábitos o de las voliciones, a fin de realizar las experiencias antiguas, recientes y actuales, en un comportamiento tal que sintonice con el comportamiento de los demás.

Porque, señores, no otra cosa pedimos a las instituciones para menores que no sea su adaptación social.

Ahora bien, para alcanzar esa alta finalidad -la adaptación y utilización social- no basta el arte, esto es la educación, pues se necesita también la ciencia; aquella podrá dar la forma que más se acerca a los deseos del artista, pero a condición de que éste no ignore los obstáculos que la materia levanta y las resistencias que la misma despierta. Arte y ciencia hoy se reclaman para que una institución dé los frutos que la sociedad confiada, espera: el dilettantismo, el sentimentalismo, el intuicionismo educativo han desaparecido por completo allí, donde penetró el rigorismo científico. Si conocer al niño en todas sus capacidades, sus anomalías, sus insuficiencias no es educar, para educar ese conocimiento es indispensable.

¿Pero existe una ciencia que tenga por objeto conocer todas las posibilidades de la personalidad humana y por consiguiente de preveer tanto el éxito de los jóvenes en determinados oficios, por ej.: la música, la pintura, el trabajo industrial, etc., como el equilibrio mental, la moralidad de sus costumbres, y en definitiva, su futuro destino?

Si prestamos atención a los entendidos tenemos que contestar afirmativamente. Pues la rama más novedosa, más reciente y más fructífera de la psicología experimental- nos señala con

sus principales disciplinas -psicología diferencial, psicología patológica, psicología aplicada a la ciencia de la educación, a la ciencia del trabajo, a la criminología, etc.- los derroteros a seguir para determinar dentro de ciertos límites, la prevedibilidad del pensamiento y de las acciones del individuo.

Pero, aparte de los incrédulos que sonreirán de estas conclusiones y a los cuales aconsejo leer detenidamente las fatigosas investigaciones que fundamentan aquéllas, hay que preguntarse si el comportamiento puede preverse dentro de ciertos límites, ¿será posible también influenciarlo, desviarlo, canalizarlo? Si así no fuese, vano sería el trabajo de investigación, inútil el esfuerzo educativo, innecesaria o casi, la preocupación para los establecimientos.

(...)

En efecto, si el carácter, factor primordial del comportamiento, no es algo de inmutable, de fijo, de determinístico, si no es un preformismo, mas es algo de plástico y mutable, como dice Gentelli, es una función autoplástica, como prefiere Freud, y si su sistematización es una conquista individual, que se efectúa poco a poco, por pasajes graduables desde el puro temperamento hacia modificaciones más o menos notables o mejor, como piensa De Sanctis, mediante correcciones graduales de las realizaciones temperamentales, hasta llegar a una serie de hábitos genotípicos de adaptación; si todo eso ocurre -y ocurre porque la ciencia lo ha demostrado- debemos abandonar las visiones pesimistas del determinismo biológico y aceptar la concepción optimista (Gemelli). Podemos entonces con el entusiasmo que esa conclusión despierta, mirar al porvenir de esos niños y olvidar su pasado.

Pero, ¿cómo dirigir esa formación, cómo provocar esas modificaciones, esas correcciones graduales de las realizaciones temperamentales, de que hemos hablado?

Para ello, hay que descubrir ante todo las orientaciones tendenciales, hallar las disposiciones, valuar las energías de la vida instintiva, evidenciar el tipo temperamental y constitucional y después basándose en los resultados de este estudio hay que provocar mediante estímulos oportunos en un ambiente adecuado, aquellas reacciones que facilitan la acentuación de ésta o aquella tendencia, o la derivación de otras, y la sublimación de terceras, de manera que constituidos nuevos hábitos, organizados nuevos y más poderosos frenos, se vayan gradualmente estableciendo y fijando nuevos elementos, indispensables pero suficientes para la determinación de un genotipo que sintonice con el ambiente; esto es, se vayan paulatinamente realizando esas graduales conquistas que llevan a la formación del carácter y de aquí a la organización de la moralidad que es una componente del carácter mismo. Estos son los criterios científicos que fundamentan la posibilidad de alcanzar los propósitos que ambicionamos, de la adaptación social del menor y al mismo tiempo que nos demuestran la necesidad de conocer profundamente sus manifestaciones genotípicas.

Claro está que en este momento no me intereso por los casos excepcionales, en que la potencialidad del genotipo, desviado por el gravamen hereditario o morboso, dirige determinísticamente el porvenir: son casos especiales y por fortuna no muy numerosos cuya personalidad dominada por la acentuación nativa de una o más tendencias, resiste a cualquier otra conquista que contraste con aquella o que no sea directa o indirectamente ligada a la satisfacción de la misma. Pero también

en estos casos, urge el estudio de esas personalidades, sea para liberar a los demás del posible contagio, sea por necesitar ellos mismos un establecimiento y un régimen que obstaculice el ulterior desenvolvimiento de las tendencias nativas dominadoras.

Hubiera omitido esta larga exposición si no mediara la circunstancia de que toda una moderna corriente de educadores, en homenaje a conceptos o preconceptos, diría, de orden filosóficos, niegan esa legitimidad. Sostienen en efecto que "los educadores no son químicos o farmacéuticos de la virtud, que la educación no es influenciada por la acción de los educadores y que no es una producción de otros, que están fuera de nosotros, mas es autonomía, es autoformación. Concebir la educación como formación de hábitos, como algo que se conquista a pedacitos, sería un contrasentido porque el hábito no es la vida del espíritu; lo que es hábito, no es más vida. Habría que abatir el ídolo o mito de la herencia o del ambiente y por lo tanto proclamar la inutilidad de las investigaciones, prácticas y reglas pedagógicas, de los cuadros fisiopsíquicos, de los datos psicométricos, de los antecedentes atávicos, etc." Como se ve, esas objeciones resultarían demoleedoras para todo lo que hemos ido sosteniendo, si se basaran sobre fundamentos sólidos, lo que no ocurre, según creo.

En efecto: ¿cómo es posible negar la influencia y la existencia misma de factores externos en el proceso educativo? Admitimos que el individuo está formándose perennemente y que a cada instante que pasa, se forma nuevamente. ¿Esta contingencia puede tal vez anular la influencia externa? ¿No sería mejor decir que la influencia de los factores exteriores contribuye a esas transformaciones interiores graduales, de cada instante? ¿Si la vida es una continua transformación de almas y compenetración de conciencias entre sujetos que viven juntos -como dicen esos autores-, no admiten ellos mismos la influencia entre educadores y educandos? ¿Cómo transfundir almas, y compenetrar conciencias y difundir a sí mismo en los otros, si uno no accionara sobre el otro?

Admitimos también nosotros, como los autores mencionados, que cada sujeto representa una posibilidad de desarrollos infinitamente variados, pero esto no significa abolir la acción de la herencia ni la fuerza del ambiente, pues esa posibilidad de desarrollos diversos responde a la diversidad de tendencias, que llevamos al nacer y que están, como se ha dicho, orientadas en varias direcciones.

Ahora; ¿por qué en homenaje al principio de la autoformación, de la autoeducación, renunciar a las investigaciones que nos pueden hacer descubrir esas tendencias, esas direcciones, esas orientaciones, en una palabra el biotipo individual. Los dos conceptos no son antitéticos; tan es así que esos mismos autores dicen que a cada instante se verifica en el sujeto una corrección; que el ambiente social es un factor en la educación general, que la influencia externa es capaz de poner en movimiento las espontáneas fuerzas del espíritu, que educar es vivir con el educando, es suscitar sus energías, y despertar su humanidad. Como se ve, las objeciones reposan sobre un juego de palabras, sobre significaciones especiales, atribuidas a éstas.

Pero: se me preguntará: ¿Cómo poder llegar al conocimiento completo de la personalidad, del niño? Entramos así en el terreno de los métodos. Lejos me lleva-

ría una exposición detallada, la que por otra parte sería inoportuna en este momento.

Me limitaré a recordar que los procedimientos psicológicos al respecto son múltiples y que varían según la finalidad que se persigue. No hace mucho, hubo una infatuación para el procedimiento de los reactivos mentales o testamentales o escalas métricas de la inteligencia. Nosotros mismos que fuimos los primeros aquí en hablar de ellos y experimentarlos, les dedicamos varios trabajos. Hoy, si bien el método se ha enriquecido notablemente y se ha universalizado y hasta se lo ha confiado a manos inexpertas de los maestros, ha perdido saliendo del laboratorio, todo su rigor científico. El examen de la capacidad intelectual propiamente dicha asume particular importancia, especialmente si se toma en cuenta la opinión de numerosísimos autores, para los cuales hay una correlación estrecha entre insuficiencia mental y criminalidad infanto-juvenil. Entre los otros métodos recordaremos: el método fenomenológico (objetivación somática de las disposiciones psico-físicas; behaviorismo; met. de los interrogatorios, etc.); el método analítico (estudio de las diversas funciones psíquicas, perfiles psíquicos, reflejos psicogalvánicos, etc.); el método tipológico que en estos últimos años va adquiriendo día tras día más importancia; el método psicográfico (psicografía y psicogramas); el método psicoanalítico, que ofrece la posibilidad de sondear proficuamente las obscuridades del subconsciente, e indicando los complejos más escondidos y que de la patología ha invadido el campo de la pedagogía y de la criminología. Finalmente, el método de los boletines biográficos, que presenta la ventaja sobre los otros de la mayor simplicidad y practicidad.

(...)

Me parece oportuno hacer mención de aquellos niños que después de un desarrollo físico y psíquico normal, muy a menudo sin antecedentes hereditarios de ningún género, a raíz de una enfermedad -la encefalitis letárgica-, sin decaer en su capacidad intelectual, van presentando trastornos únicamente en el comportamiento, los que se agravan con el tiempo hasta llegar a aquel estado que, en colaboración con el Dr. Ameghino, bautizamos en 1927 con el nombre de atrofia ética; niños, que del hospital pasan al reformatorio, de aquí vuelven al hogar, de donde pronto pasan al tribunal, que, si ignora las especiales condiciones, los condena, como ocurrió varias veces en otros países, y si en conocimiento los devuelve a un establecimiento para alienados, como pude afortunadamente constatar en dos casos, en nuestro país. De lo que brevemente acabo de poner en relieve, se desprende que es nuestra opinión que el boletín biográfico, para que responda al objeto que de su aplicación esperamos, debe satisfacer particulares condiciones y precisamente que el estudio se dirija a toda la personalidad del niño, haciendo resaltar las características físicas, fisiológicas, psíquicas, y comportamentales; que se individualicen los posibles factores constitucionales que representan el substratum de las desviaciones y al mismo tiempo, los elementos realizadores que las actualizaron, que en fin, descubra las aptitudes -latentes o no-, para la oportuna orientación profesional.

Estos resultados no podrán alcanzarse si no a condición de que la o las personas encargadas de esa obra sean técnicos y dispongan de los medios que por otra parte son bien molestos, necesarios para la búsqueda individual.

Es nuestra opinión que el Patronato de menores ten-

ga a su disposición un local suficiente, llámese Centro de diferenciación como quieren algunos, o Clínica psicológica, como profieren otros, o Pabellón de observación, como aconsejan unos terceros, cerca de la sede central del Patronato y de los Tribunales de menores, en donde el niño pueda ser estudiado lo más precoz y completamente posible. Pensamos también que en esa institución, al lado, si se quiere, del psicólogo especializado no puede faltar un médico que se dedica a la neuropsiquiatría infantil. Sé, ya que esa propuesta no suena agradablemente a los oídos de muchos, quizás también de algunos de los que me escuchan, pero me basta recordar lo que está pasando en otros países, especialmente Norte América, en donde la presencia del psicólogo profesionalista en el laboratorio para investigaciones sobre menores, que antes parecía suficiente, hoy día no satisface más las exigencias tanto de los educadores como de los jueces, los que reclaman cada vez con mayor insistencia la colaboración del especialista en Psiquiatría Infantil.

Ha llegado el momento, señores, de observar lo que se practica al respecto en los establecimientos del Patronato de Menores. Ante todo, y genéricamente hablando, diremos que el sistema de tipo único de ficha para todas las instituciones, representa el desideratum, PORQUE sobreentiende nomenclatura unívoca, criterios de valuación idénticos y procedimientos similares y de aquí una clasificación común: es, en una palabra, un mismo idioma que se utiliza en las diversas reparticiones, circunstancia esta que trae aparejados incalculables beneficios, entre los cuales la posibilidad de elaborar estadísticamente los datos. Ahora, si nos detuviéramos a analizar el boletín con un rigorismo de laboratorista y lo juzgáramos según la metodología y el tecnicismo moderno, tendríamos que concluir que esa ficha no responde por completo a los criterios rígidos del método experimental.

Pero hay que tomar en cuenta la circunstancia de que el Patronato Nacional de Menores no dispone todavía de un laboratorio psicológico ni de psicólogos profesionales, como los hay por ejemplo en Norte América, y que por falta de recursos no ha podido organizar aún un Centro de observación o una clínica especializada, en donde puedan realizarse las investigaciones psicopatológicas.

En esas condiciones, el Presidente del Patronato, cuya capacidad todos conocemos, ha tenido que elegir un procedimiento que se alejara lo menos posible de los cánones científicos y al mismo tiempo se acercara lo más posible al alcance cultural del personal de que disponía.

Siguiendo ese camino, para poner en claro el gravamen hereditario que eventualmente pesa sobre la personalidad del menor y averiguar sus antecedentes personales, aparte de recoger las informaciones policiales, muy a menudo insuficientes, se dirige cuando es posible, directamente por intermedio del personal ya preparado a tal objeto, a la familia y al ambiente y, cuando por la distancia esto no puede efectuarse, busca de obtener las noticias mediante un formulario que envía a las autoridades, a las instituciones y a toda persona bien responsable de la localidad.

Conocido así el niño por informaciones ajenas, se lo quiere conocer por medios propios. Así interviene el médico que consigna en el Boletín los resultados de su examen clínico con referencias especiales a las eventualidades sexuales; y más tarde el Director del establecimiento fija en la ficha misma las características psicológicas tanto de la esfera intelectual como de la afectivo-volitiva.

Colaboran con el Director en esta difícil tarea, los enseñantes, los educadores, los jefes de talleres, los maestros de educación física, cada uno de los cuales, después de un tiempo prudencial que está en contacto con el menor, debe llenar un módulo especial, en donde relata en forma analítica las características sobresalientes del niño. Claro está que el Director utiliza en su informe las anotaciones de sus colaboradores y cuando estas son contradictorias, interviene más detenidamente en la observación de manera de destruir toda duda e iluminar así sobre la realidad a quien había caído en el error.

Termina el estudio del menor con una clasificación que se basa sobre el criterio de su adaptación al ambiente y con otra que utiliza como criterio diferencial prevalente las condiciones de su vida afectivo-volitiva. Con sano discernimiento, la Presidencia del Patronato Nacional de Menores ha puesto bien en relieve los dos puntos fundamentales que más interesan en esos establecimientos:

1. Adaptabilidad social que, como hemos dicho, representa el objeto perseguido y 2. el estado de segmento afectivo-volitivo, que obstaculiza si trastornado, esa misma adaptabilidad.

La seriedad de propósitos en la compilación de la ficha se resume también del hecho que se han previsto de antemano los errores en que pueden incurrir quienes la redactan: a tal efecto se ha destinado una parte para las eventuales rectificaciones.

Quiero a este respecto recordar que hoy, también en las clínicas psiquiátricas se emite un así llamado diagnóstico provisorio, que más tarde según la evolución de la enfermedad, puede ser confirmado o rectificado.

En conclusión, señores, el boletín biográfico en uso en los establecimientos del Patronato de Menores, por su simplicidad, que no está en riña con la técnica psicológica-médica, es aconsejable, hasta tanto no se disponga de laboratorios del tipo de los que poseen las instituciones similares más adelantadas.

En efecto: ¿cómo pedir un perfil psicológico si falta el psicólogo que sepa seriamente realizarlo? ¿Cómo pedir un estudio minucioso del menor desde el punto de vista constitucionalístico, si no se encuentra en el establecimiento quien sepa efectuarlo? ¿Cómo pedir una investigación psicopatológica fina, si la presencia del especialista de psiquiatría infantil es todavía UN sueño?, en fin, ¿cómo pedir un examen vocacional que tanta falta hace en establecimientos de educación y reeducación para orientar con seguridad las aptitudes profesionales del menor, sabiendo que un error en la elección de un oficio pueda resultar fatal para su porvenir, si el técnico no puede aún figurar entre el personal de la institución?

Estos son los motivos que me inhiben y creo han inhibido en su oportunidad también al señor Presidente, a prospectar un tipo de ficha más complejo, en donde

tengan lugar investigaciones finas de orden psicológico, vocacional, constitucional, pedagógico y psiquiátrico.

He terminado, pero antes de agradecer a Uds. la gentileza de haberme seguido en mi larga exposición, me complace hacer llegar a los organizadores de esta conferencia, la participación entusiasta por la comunidad de sentimientos y propósitos, de la más joven de las facultades médicas argentinas, la de Rosario.

Tal vez porque joven, palpita por todos los problemas médico-sociales que agitan el ambiente, se entusiasma por disciplinas nuevas, cuya importancia más que demostrada es prevista y vive en consonancia con las necesidades de la vida actual. Nuestra Facultad ha respondido solícita, al llamado de Uds., porque desde tiempo atrás y precisamente desde su creación tiene la mirada fija en el problema que os preocupa. Vuestras inquietudes para la niñez que ha roto el ritmo de desarrollo entre las diversas estructuras psíquicas, fueron sus inquietudes, cuando hace 12 años convencida que la medicina no puede faltar allí donde se traspasa la frontera de la normalidad para encaminarse más allá, en territorios oscuros, extraños a la salud completa del espíritu y al equilibrio de los actos, creó un Instituto, que es una clínica destinada únicamente a los niños mentalmente enfermos: precisamente la clínica de Neuropsiquiatría infantil que fue la primera en el campo universitario del mundo y de donde salen los jóvenes médicos ya capacitados para desplegar las actividades convenientes a los propósitos que nos animan.

Señores, de lo dicho pueden Uds. comprender el interés que experimenta la Facultad que represento y el Instituto de Psiquiatría Infantil de Rosario, en cuyo nombre y como Director del mismo también os hablo. Para nuestra facultad la función universitaria no se limita ya a formar profesionales y a investigar, sino también a colaborar en la resolución de todos los problemas sociales con ella relacionados. Ahora bien, si el problema de la infancia anormal y delincuente es un problema jurídico, pedagógico y social, es también un problema eminentemente médico. Porque, señores, —os diré con las palabras del maestro más autorizado en la disciplina que he mencionado, S. de Sanctis— la llamada delincuencia de los niños, no de los adolescentes, es casi toda de origen patológico y clínicamente bien diferenciable. Si es así, como lo confirman Wood, Spillmann, Roubinovitch, Paul Boncour, Heuyer, Badonnel, Drouet, Hamel, etc., para que podamos llegar a estar orgullosos de nuestras instituciones, hay que destinar aquí un puesto de honor a la psiquiatría infantil, la que parece hoy más que nunca, dispuesta a aceptar en lo que se refiere al niño anormal y delincuente, las palabras de Zarathustra, que yo me permito repetir a Uds.: ENFERMO TENÉIS QUE DECIR Y NO PERVERSO.

He dicho ■

Referencias bibliográficas

- Gentile, A.; "Ensayos históricos sobre psicoanálisis y psicología", Rosario, Ed. Fundación Ross, 2003.
- Gentile, A.; "El nacimiento de la psiquiatría en Rosario", Temas de Historia de la Psiquiatría Argentina, 5, Bs. As., 1998.
- Elías, M.F. "Las políticas para la infancia argentina a partir de 1930. Ciudadanía y clase social, centralidad estatal, administración del conflicto." En: www.catedras.fsoc.uba.ar
- Rossi, G. "El clima de época en la anomalía infantil: deficientes-abandonados-vagos-delinquentes, 1880-1930"; Temas de Historia de la Psiquiatría Argentina, 28, Bs. As., 2009.
- Ciampi, L. (1929) "La organización de la enseñanza psiquiátrica en la Facultad de C.Médicas de Rosario". Boletín del Instituto Psiquiátrico, I, 13-21.