CARRERA DE ESPECIALIZACIÓN **EN POLÍTICAS PÚBLICAS DE NIÑEZ, ADOLESCENCIA Y FAMILIA**

Facultad de Trabajo Social
UNER

Universidad Nacional de Entre Ríos

TRABAJO FINAL INTEGRADOR

"ANALIZAR EL INCREMENTO PROGRESIVO DE LA PATOLOGIZACIÓN EN NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES, Y LA MEDICALIZACIÓN E INTERNACIÓN COMO ÚNICA VÍA DE TRATAMIENTO EN EL SERVICIO LOCAL DE NIÑEZ DE SAN NICOLÁS, PROV. DE BUENOS AIRES DURANTE EL PERIODO 2009 – 2015"

Universidad Nacional de Entre Ríos
Facultad de Trabajo Social
Carrera de Especialización en Políticas Públicas de Niñez, Adolescencia y Familia.
Resol. "C.S" 320/11, 324/12.

Sede: Metropolitana
Tutor/a: Silvia Morin
Alumna: Psicóloga. Biglia Teresita Karina. DNI 25.262.759
Nombre del director: Psicólogo y Psicodramatista Boreau Oscar.

Entre Ríos, 14 de Diciembre del 2016.

Agradecimientos

A la Universidad Nacional de Entre Ríos, y al Ministerio de Desarrollo Social de la Nación por haberme elegido y haberme brindado este espacio de aprendizaje y formación profesional y personal.

Al Sr. Oscar Boreau, por haber aceptado el compromiso de tutoriarme.

A todos y cada uno de mis compañeros de Especialización, que han compartido conmigo, esta grata experiencia de trabajo, a los que me apoyaron y brindaron su conocimiento, afecto y cariño.

A mis padres por estar siempre conmigo. A mi pareja y a su hijito, por bancarme y acompañarme.

Y a todos y cada uno de los niños y familias que me han brindado su confianza y malestares a fin, de permitirme poder aprender con ellos en el día a día, a recorrer juntos el desafío de desarrollar niños/as y adolescentes con una infancia más sana y feliz…con lo cual, sin ellos nada sería posible.

A Andrea, a Lorena y, a Alejandro que acompaña mis pasos desde el cielo hoy. Y finalmente a Adriana Bianconi y las chicas del SENAF que desinteresadamente me brindaron su tiempo y ayuda.

A todos, a los que creyeron en mí.

¡¡Gracias!!

RESUMEN

El siguiente trabajo final tiene como objetivo hacer un análisis de la falta de consideración de las variables socio-culturales, políticos, familiares y vinculares que afectan las problemáticas de NN y A., su incidencia en la proliferación de patologías infanto-juveniles y su posterior medicalización e internación, como única vía de tratamiento en el Servicio local de niñez de San Nicolás, Pcia. de Bs. As., durante los períodos 2009-2015"

Para ello comienzo con un recorrido histórico en torno al concepto de infancia y su lugar social, intentando hacer una comparación y diferenciación con el paradigma actual, que posiciona al niño como "sujeto de derecho" y pauta las obligaciones del Estado y de la sociedad de brindar contención, promoción, protección de estos derechos a los niños/as y adolescentes; otorgándoles los recursos necesarios para un completo desarrollo de bienestar.

Posteriormente se analizan las nociones de normalidad y patología como estrategia de control social, articulando estas con los conceptos de salud, diagnostico, medicalización e internación, desde el marco de la ley de salud mental vigente, y las normas actuales que reglamentan dichos conceptos.

Concluido lo anterior, se intentará indagar algunos datos estadísticos y notas vinculadas a las patologías vigentes que están en auge en los últimos años en relación a los niños/as y adolescentes, mostrando los padecimientos del sufrimiento infantil actual, y los nuevos diagnósticos del (DSM V).

En tal sentido, es que en el presente trabajo se evaluará al niño y su contexto, ya que para trabajar dichos casos no solo debe tomarse en consideración la constitución de la psiquis del niño y su filogenia sino también se deben incluir las variables y/o indicadores, sociales, culturales, políticos e ideológicos que conforman el marco en el cual se establecen las patologías y evaluar como los vínculos familiares- sociales influyen y afectan la salud mental de los niños y adolescentes. Estas mismas, también inciden, e incluso favorecen la proliferación de la patologización de ciertas conductas, generando estructuras y comportamientos que posteriormente se estabilizan.

Por lo anteriormente expuesto, se pondrá en evaluación el poder ampliar la visión al momento de analizar a un niño o joven, sumando a los diagnósticos biológicos y clínicos, las consideraciones sociales, políticas, vinculares y contextuales en las cuales se desarrolla y se constituye el psiquismo de los niños actualmente; intentando no caer en un reduccionismo bilogisista en donde todo se resume a lo neurológico o psiquiátrico, y en donde la única cura posible es la medicamentosa.

En relación a lo planteado se tomarán extractos de casos o fragmento de relatos o situaciones clínicas de entrevistas con mis pacientes, a modo ejemplificativo, en los cuales se intervino en el marco de mi desempeño laboral en el Servicio local de niñez y adolescencia de la localidad de San Nicolás.

Se intenta luego, analizar y poder poner bajo la lupa los diagnósticos clínicos, para poder lograr una apertura a la escucha del sufrimiento infantil, puesto que se debe tomar en cuenta la poli-causalidad que determinan la manifestación de una serie de síntomas, los cuales se expresan en el malestar

del niño y que se dejan de lado al momento de estudiar un caso, y más cuando se trata de un sujeto con un psiquismo en construcción.

Ello nos permitirá poder pensar las intervenciones al momento de realizar un tratamiento que no sea solo clínico-medicamentoso, sino desde un abordaje integral en Red y en modelos comunitarios, donde se consideren las circunstancias por las que atraviesa el mismo y el contexto en el cual se ha formado y constituido su aparato psíquico, con el conjunto de representaciones e identificaciones sociales y culturales que lo configuran.

Este repensar el abordaje a la vez posibilitará sugerir un modelo de intervención integral a modo de ejemplo y la importancia del planteo de nuevas políticas de estado para poder proteger a nuestra infancia de dichos diagnósticos a modo de etiquetaciones, las cuales estigmatizan la misma produciendo un auge de medicalización en los niños.

Por ello es fundamental rever los aspectos legales y el desafío que deben abordar las políticas actuales, y los proyectos de ley[1], a fin de poder crear las garantías necesarias para poder proteger a nuestra infancia de un modelo consumista del mercado y medicalización que tiene por finalidad adaptarlos y educarlos acorde a las necesidades actuales del mundo de los adultos.

A modo de cierre es trascendental mencionar que es imposible analizar a cualquier sujeto dejando de lado las circunstancias y situaciones que acontecieron en el desarrollo de su constitución física y mental. “yo y mis circunstancias”, decía: Ortega y Gaset.

[1] H. Cámara de diputados. Proyecto de ley (Fundamentos). http://www1.hcdn.gov.ar/proyxml/expediente.asp?fundamentos=si&numexp=4653-D-2015.

ÍNDICE

- Agradecimientos……2
- Resumen……3
- Índice……6
- Introducción……7
  a) Resumen de temas abordados……7
  b) Formulación del problema……7
  c) Objetivos……7
  d) Metodología……8
  e) Relevancia……8
  f) Palabras clave……9
- Presentación……9
- Desarrollo y cuerpo del trabajo……10

Capítulo I

1. Evolución histórica del concepto de infancia…… 10
2. La infancia como sujeto del Discurso……18
3. Ley N°13.298……20
4. ART 4 El interés superior del niño. …… 20
5. Sistema de Promoción y Protección integral de derechos……22

Capítulo II

1. Lo normal y lo patológico como una estrategia de control social……25
2. Salud…… 27
3. Diagnostico……28
4. Diagnostico infantil…… 31
5. Medicalización……34
6. Internación…… 34

Capítulo III

1. Incidencia de casos de patologización de la infancia……38
2. Psiquiatría Infanto Juvenil……38
3. La desatención con o sin Hiperactividad (ADHD)…… 49
4. Los niños desafiantes o el desafío de nuestros días…… 43
5. Patologías graves en la Infancia……44
6. Epidemias nuevas en niños y adolescentes……47

Capítulo IV

1. La constitución subjetiva del niño y las determinaciones de su contexto…… 49
2. Contexto Social……50
3. Características sociales que inciden en la construcción de la subjetividad…… 53
4. Reseña de mi práctica profesional (Prodenya) San Nicolás…… 58

Capítulo V

1. Estrategias de abordaje a la problemática…… 65

2. Concepto de Prevención……....65
3. CDN. Art 31…….. 67
4. Definiciones: Complejidad, Red y Rizoma……..… 69
5. Estrategias de abordaje integral y Comunitario……..…71
6. Intervención. ¿Qué es Intervenir? 73
7. Ejemplo de intervención…….....78

Capítulo VI

1. Desafío de las Políticas que abordan la problemática…….. 82
2. Proyecto de ley……85

- Conclusiones……..... 90
- Bibliografía…….....95

INTRODUCCIÓN

El siguiente trabajo trata de mostrar un análisis sobre la falta de consideración de las variables socio-culturales, políticos, familiares y vinculares que afectan las problemáticas de NN y A., su incidencia en la proliferación de patologías infanto-juveniles y su posterior medicalización e internación, como única vía de tratamiento en el Servicio local de niñez de San Nicolás, Pcia. de Bs. As., durante los períodos 2009-2015.

Se inicia el análisis partiendo de la definición de infancia, desde su contextualización en un principio histórica, para poder compararla con la noción actual bajo la mirada legal del niño como "sujeto de derecho", intentando a la vez articular esto con las nociones de salud y enfermedad, diagnóstico, medicalización e internación, a fin de que las mismas se analicen bajo la mira de la nueva ley de salud mental dando el marco legal. Lo cual incide en la mirada social de lo que es normal o patológico (aceptado o rechazado).

Posteriormente se desarrolla las nociones de sufrimiento psíquico y subjetivo, junto al análisis de las variables socio, culturales, político e ideológicas y vinculares, del contexto social que influyen en la constitución psíquica y comportamientos de los N.N. y A. Fundamentando esto con un pequeño extracto de la práctica profesional dentro del Servicio Local de N.N y A de la localidad de San Nicolás (PRODENYA).

Para así poder finalmente hacer hincapié en los modos de abordaje de dichas problemáticas y de cómo estas prácticas reduccionistas, podría incidir en el aumento y progresivo auge de la patologización y medicalización de los chicos. Poniendo en evidencia, nuevos modos de abordaje más abarcativos e integrales, trabajando los conceptos de red, prevención, complejidad, rizoma y modos de intervención social.

Y concluyo el mismo con el tema de las políticas de estado y como ellas muchas veces no llegan a cubrir los espacios de supervisión de las prácticas, ni hay mecanismos de control en cuanto al exceso de sobre diagnósticos, medicación excesiva e internaciones innecesarias. Evidenciando prácticas abusivas, falta de trabajo en red, corresponsabilidad de los organismos que trabajan en la problemática y escases de recursos al momento de las intervenciones en relación a nuestros N.N y A, que vuelven a dejarlos en una situación de vulneración de derechos.

a) FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿La falta de atención de las variables socio-culturales, políticos, familiares y vinculares de las problemáticas de NN y A. influyen en el aumento progresivo de la patologización y en la medicalización e internación como única vía de tratamiento en el Servicio local de niñez de la S.N., pcia. de Bs. As, durante los periodos 2009-2015?

b) OBJETIVO GENERAL:

Analizar la falta de atención de las variables socio-culturales, políticos, familiares y vinculares de las problemáticas de NN y A., su incidencia en el incremento progresivo de la patologización en N, N y A, y la medicalización e internación como única vía de tratamiento en el Servicio Local de Niñez de San Nicolás, prov. De Buenos Aires durante el periodo 2009 – 2015.

c) OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1) Reflexionar sobre la evolución histórica del concepto de infancia, y su relación con la noción actual del discurso del niño como sujeto de derecho, bajo la mirada del nuevo paradigma de ley.

2) Indagar sobre los diagnósticos infanto-juveniles y su vinculación con la patologización y medicalización de los mismos.

3) Revisar las prácticas profesionales a los efectos de dar cuenta de la creciente patologización de la infancia. Analizar los desafíos actuales de la legalización vigente a fin de poder regular las prácticas abusivas de etiquetación, rotulación, medicalización e internación de nuestros N.N y A., procurando garantizar sus derechos.

d) METODOLOGÍA

El trabajo consiste en una monografía donde, a partir de la problemática especificada anteriormente, se realiza un análisis de la bibliografía abordada durante la Especialización y de distintos autores seleccionados por fuera del programa, que han incursionado y profundizado sobre distintos aspectos en relación a la problemática planteada.

Se incluye una breve reseña de la experiencia laboral en el Servicio Local de Niñez de la localidad de San Nicolás, que intenta aportar material testimonial a través de casos, en donde se puede visualizar variables socio-políticas, culturales y sobre todo familiares que fueron claves en el malestar o sufrimiento del niño, que no siempre se pudieron considerar o trabajar al momento de los tratamientos, y cuya desatención determinó el retorno del sujeto “N.N.y A” en los mismos ámbitos que influyeron en la constitución del síntoma.

e) RELEVANCIA

El fin de dicho análisis y recorte de trabajo diario, es poder repensar el concepto de niño y adolescente hoy, a la luz de las políticas de niñez y tratar de concientizar sobre la necesidad de nuevas políticas de estado que se ajusten a fin de poder dar respuestas a los requerimientos de estos sujetos y a sus demandas actuales.

Pudiendo ofrecerles un espacio de inclusión y soporte social en una red de contención que los incluya y albergue para no caer en un reduccionismo consumista del mercado, tratando de tapar los síntomas con tratamientos medicamentosos exclusivamente, no pudiendo dar lugar a un despliegue subjetivo de ese sufrimiento.

f) PALABRAS CLAVE

Infancia- diagnostico-patologización[2]-medicalización[3]-intervención-política-salud

PRESENTACIÓN

El siguiente trabajo está conformado por 6 capítulos en los cuales se intenta hacer un análisis para dar respuesta a los objetivos planteados con el propósito de trabajar sobre una problemática que cada día va en aumento y que es desmedro de la salud mental de nuestros N.N y A.

Capítulo I: Breve desarrollo histórico sobre la noción de infancia a través del tiempo. Análisis de la infancia como sujeto de derechos, bajo el discurso de la nueva ley y el nuevo paradigma de niñez. Desarrollo de la ley 13.298 y fundamental relevancia del art.4 sobre el interés superior del niño.

Desarrollo de las nociones fundamentales del discurso del niño bajo la nueva óptica de la ley, y las implicancias del nuevo sistema de promoción y protección integral de los derechos del niño.

Capítulo II: Descripción de las nociones de lo normal y de lo patológico a través de la historia como modo de control social de las conductas.

Desarrollo de las nociones de Salud, diagnóstico, medicalización e internación a la luz de la nueva ley de salud mental vigente.

Capítulo III: Resumen de datos estadísticos y artículos relacionados con los diagnósticos y las patologías actuales de la época de nuestros N.N y A.

Capítulo IV: Descripción de la noción de sufrimiento psíquico y subjetivo, a fin de poder explicar cómo el contexto social influye y determina la constitución subjetiva del niño/a o adolescente.

Breve reseña de mi practica laboral con reseña de casos del Servicio local de niñez de la localidad de San Nicolás.

Capítulo V: Desarrollo de la noción de Prevención, articulando con los principios de la CDN., a fin de relacionar las nociones de complejidad, red y rizoma para poder explicar lo difícil que es el abordaje de una problemática de esta índole, describiendo las estrategias integrales y comunitarias. Noción de intervención y un modelo de como intervenir.

Capítulo VI: Desarrollo de los modelos de políticas de ley vigentes y explicación de las limitaciones y desafíos de las mismas, al intentar abordar problemáticas complejas. Análisis de las carencias y proyectos de ley con el objetivo de garantizar, de la mejor manera los derechos de los N. N y A, para que no queden en el lugar de objeto del mercado que los rodea.

---

2 Patologización: Excesivo etiquetamiento de determinados comportamientos como enfermos, siguiendo de manera mecánica y reduccionista el modelo dicotómico salud-enfermedad.

3Medicalización: Tendencia excesiva a buscar recursos propios de la medicina para intentar resolver problemáticas complejas de orden psico-social.

DESARROLLO Y CUERPO DEL TRABAJO.

CAPITULO 1:

1) EVOLUCIÓN HISTÓRICA DEL CONCEPTO DE INFANCIA.

FUNDACIÓN DE LA INFANCIA

Cuando no los mataba la peste, a los niños pobres se los llevaba el frio o el hambre. La ejecución por hambre podía ocurrir en los días tempranos, si no sobraba leche en las tetas de las madres, que eran nodrizas pobres de niños ricos.

Pero tampoco los bebes de buena cuna se asomaban a una vida fácil. En toda Europa, los adultos contribuían a elevar la tasa de mortalidad infantil sometiendo a sus hijos a una educación bien severa.

El ciclo educativo comenzaba cuando el bebé era convertido en una momia. Cada día, la servidumbre lo embutía, de la cabeza a los pies, en un envoltorio con vendas y fajas muy apretadas.

Así se cerraban sus poros al paso de la peste y los vapores satánicos que poblaban el aire, y se lograba que la criatura no molestara a los adultos. El bebé prisionero, mal podía respirar, ni se le ocurría llorar y sus piernas y brazos estrujados le impedían moverse.

Si las llagas o la gangrena no lo impedían, este paquete humano no pasaba a las etapas siguientes. Mediante el uso de correas le enseñaban a pararse y a caminar como Dios manda, evitando la costumbre animal de caminar en cuatro patas. Y después, cuando ya estaba más crecidito, comenzaba el uso intensivo del látigo de nueve colas, los bastones, las palmetas, las varas de madera o hierro y otros instrumentos pedagógicos.

Ni los reyes se salvaban. El rey francés Luis XIII fue coronado cuando cumplió ocho años, y empezó el día recibiendo una ración de azotes.

El rey sobrevivió a su infancia. Otros niños también sobrevivieron, quien sabe cómo, y fueron adultos perfectamente entrenados para educar a sus hijos…

Espejos.
Eduardo Galeano.

Inauguro mi trabajo con esta cita bibliográfica para poder pensar cómo se funda la infancia y que concepto se tiene de ella, según la época en la que la misma se desarrolla y como a lo largo de la historia se ha maltratado, vulnerado y manipulado a nuestro niños en función de las diferentes necesidades, socio, políticas, culturales y económicas que prevalezcan.

El propósito de este desarrollo es poder analizar la noción actual de infancia y su sufrimiento psíquico, la cual se refleja en la alta prevalencia de patologías infanto-juveniles actuales, como un analizador[4] de un problema que se manifiesta a modo de emergente social.

"Los niños y adolescentes son analizadores privilegiados de las instituciones. Sus actos develan y ponen en el discurso social aspectos naturalizados o invisibilizados. Al entrar una generación nueva en escena, entra necesariamente una nueva mirada sobre los hechos cotidianos y suceden actos que iluminan de otra manera los instituidos sociales. Defino un analizador como una persona, acto o acontecimiento que coloca en el discurso social o institucional, que pone en escena algo que estaba naturalizado o invisibilizado. .. Ser analizador es distinto de ser actor: el analizador produce un proceso de revolución del discurso y del sentido sin que necesariamente haya en acto una intención de hacerlo. Un joven que protagoniza un acto de violencia escolar pone en escena toda la institución, lo hace con el cuerpo, pero no necesariamente ha tratado de cambiar algo. Simplemente lo puede hacer, reaccionado a una situación insoportable".[5]

Partiendo de algunos datos estadísticos voy a ir analizando las variables que condicionan, fomentan o ayudan a la incrementación y proliferación de las mismas en nuestros niños y adolescentes hoy en día, más allá de los determinantes biológicos.

Además de poder pensar sobre que marco de ley se resguarda al niño y bajo que paradigma de derecho; que respuestas les brinda nuestra sociedad y que posibilidades de abordaje y tratamientos ofrece como alternativas para poder paliar, curar y contener ese sufrimiento infantil o adolescente.

La problemática social que aparece y que deja a los N.N y A en nuestra sociedad como analizadores, es la incrementación de diagnósticos psiquiátricos y neurológicos en la Argentina en los últimos años. Provocando de esta manera una emergencia social que deba dar respuesta a una pronta atención que logre paliar dicho malestar, marcando una tendencia a medicar dicho sufrimiento como único modo posible de tratamiento.

"Para poder configurarse como actor necesita incorporar una intencionalidad y una búsqueda de asociatividad. Todo nuestro esfuerzo en salud mental debe estar dirigido a favorecer su pase de analizadores a actores.

---

[4] Loreau hay que entender a los analizadores como todo elemento de la realidad social que manifiesta con la mayor virulencia las contradicciones del sistema permitiendo revelar la estructura de las instituciones. El analizador como fenómeno social permite una percepción de la real situación por parte de los actores institucionales involucrados.

Defino el concepto de analizador de una situación o de un problema, que al ser abordado permite dar visibilidad a una lógica de construcción social que trasciende dicha situación o problema.
http://23118.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/informacion_adicional/obligatorias/039_psico_institu2/escritos_docentes/ciabattoni-analizador_no_es_indicador.pdf

[5] Alicia Stolkiner. Las formas de transitar la adolescencia hoy, y la salud/salud mental: actores y escenarios. Novedades Educativas N° 268, año 25, abril del 2013, Bs As. (pag.48).

No debemos tratar de adaptarlos a modelos preconcebidos, sino facilitar dispositivos para que construyan sus modelos. No se trata de atenderlos, educarlos, o curarlos, sino de trabajar conjuntamente para que no sea la sociedad la que habla de ellos sino que ellos hablen en y a la sociedad"[6]

Si bien no hay datos estadísticos certeros, durante el transcurso de mi trabajo como psicóloga durante 6 años en el Servicio Local de niñez de dicha localidad, conjuntamente con mi experiencia de 10 años en consultorio particular, he visto desfilar y me he encontrado con un sin número de casos de niños y adolescentes que deambulan con sus padres por los diferentes servicios de salud mental o consultorios particulares, solicitando turnos o una atención psicológica o psiquiátrica, cuasi de urgencia.

Ha habido un aumento considerable de niños y/o adolescentes con conflictos y problemas neurológicos y psiquiátricos en los últimos años y esto es de público conocimiento, los cuales circulan por diferentes profesionales e instituciones públicas o privadas a fin de poder encontrar una respuesta certera o un "diagnostico" que determine el motivo del mal. Determinando este diagnóstico, situaciones escolares de reducciones horarias, certificados de discapacidad, tratamientos diversos, además de generalmente una dosis de medicación psiquiátrica.

¿Pero qué es ser niño? Y que es lo que esta sociedad espera de ellos?

Según el diccionarios de la Real Academia Española la infancia alude a "período de la vida del hombre que se extiende desde el nacimiento hasta la pubertad", a un "conjunto de niños", y a "el principio de una cosa: la infancia del mundo". Desde la perspectiva del tiempo, el concepto de infancia refiere entonces, en primer lugar, a un período vital, a un tiempo biológico que se sitúa entre el nacimiento y la pubertad.

La categoría infancia, desde el psicoanálisis, se define como el tiempo de estructuración del aparato psíquico, pero en la constitución psíquica siempre desempeña un papel estructurante la relación con el otro, en la medida en que toda tópica psíquica es desde el principio intersubjetiva (Bleichman 1993, 1999).

La definición de lo "infantil" en Freud remite a su indagación de las neurosis y los traumas precoces en la infancia, que parte de su afirmación de que la sexualidad se encuentra desarrollada a partir de los 5 años. Las tesis de Freud sobre el Icc., la sexualidad infantil, la construcción del aparato psíquico en los primeros años de vida, y los procesos de identificación familiar, permitieron una inédita valoración de la edad de la infancia en la constitución de los sujetos adultos y en la conformación de las sociedades contemporáneas.

La tesis de Freud permite pensar la persistencia de lo infantil y su repetición en el adulto. La pregunta que atraviesa a la clínica con niños se refiere a la posibilidad del infans de intervenir sobre las historias que lo anteceden y respecto de las cuales habrá de constituirse (Galende, 1994:39).

Jacques Lacan ha cuestionado algunas de las tesis freudianas sobre la familia y el lugar de las luchas genealógicas. Freud elaboró muy pronto una teoría de la familia, ubicando en el drama psíquico familiar los desarrollos de la

[6] Alicia Stolkiner. Las formas de transitar la adolescencia hoy, y la salud/salud mental: actores y escenarios. Novedades Educativas N° 268, año 25, abril del 2013, Bs As. (pag48).

represión sexual y el sexo psíquico, pero consideró un salto teórico abusivo el haber pasado de la consideración de la familia conyugal a una hipotética familia primitiva caracterizada como una horda dominada por la superioridad biológica del macho, que da lugar al mito del parricidio original. Además de sostener la supervivencia de una estructura matriarcal de la familia. Lacan cuestiono a Freud la prioridad de lo biológico presente en sus escritos sobre la familia: sostuvo en este sentido que... "el orden de la familia humana tiene fundamentos que son ajenos a la fuerza del macho" (1975:59); el complejo de Edipo construido por Freud, en tanto elemento psicológico que constituye la forma específica de la familia humana y que explica todas sus variaciones, esta "dominado por factores culturales"

Althusser calificó esta tesis de Lacán como un verdadero descubrimiento y destacó la dimensión cultural. Según Lacan, el niño es introducido en un orden simbólico, en una cadena significante o simbólica en la que se inscribe desde que es nombrado, y su presencia en esa cadena se estructura a través del lenguaje. La posición del sujeto/niño respondería a una sujetación en el lenguaje operada por el OTRO adulto -encarnable en figuras diversas- y la cadena significante o simbólica se define como una "cadena de las generaciones" que se estructura en el "desfiladero radical de la palabra" (1987:46)

"Este recorrido de Lacan nos permite destacar dos supuestos de este trabajo: la necesidad de desbiologizar / desnaturalizar la visión de la infancia y de la niñez e instalarla en el orden de la cultura y la necesidad de situar a la niñez como sujeto en la cadena de las generaciones (adultos-niños-padres-hijos-maestros-alumnos-mujeres-niños, estado-niños, etc.) y, desde esa ubicación, recuperarla para el análisis histórico educativo. Los significantes que nombran a los niños son, múltiples y suponen una operación en la que se juega la institución de la cultura. Situar la cadena de generaciones conduce a ubicar la posición de los adultos, pero también la posición de los niños, es decir revindicar el carácter intersubjetivo de esta relación social"[7]

Desde la perspectiva de la historia, los niños se constituyen como tales en el tránsito por ese tiempo de infancia cuyos sentidos han variado históricamente. El tiempo de la infancia es un tiempo construido por los adultos, un tiempo histórico- cultural: es en la trama de una sociedad y de una cultura que se dota de sentidos a esa edad instalándola como en otra temporalidad que no se ciñe a la temporalidad biológica, evolutiva, de la edad, sino que se inscribe en el proceso más amplio de reproducción humana de una sociedad (Legendre, 1996).

También ciertas ideas respecto del niño como sujeto social, que se inscriben en el imaginario como inmutables e invariables, son objeto de cambios lentos pero efectivos. Nos referimos por ejemplo al fenómeno de dependencia de los niños respecto de los adultos, o a la cuestión de la edad punible del menor, fenómenos que se vinculan con las ideas de autonomía del niño y de la conciencia infantil de las acciones cometidas.

[7] Carli, Sandra 2002. Niñez, pedagogía y política. Transformaciones de los discursos acerca de la infancia en la historia de la educación argentina entre 1880 y 1955, Miño y Dávila, Buenos Aires. Introducción.

Ambas temporalidades, la del niño como un cuerpo en crecimiento y de la sociedad en la que se constituye como sujeto, están estrechamente articuladas. Es en la ligazón entre la experiencia de los niños y la institución de los adultos, que se produce la constitución del niño como sujeto: esta ligazón es constitutiva. La referencia histórica al proceso de "construcción social de la infancia" no debe hacer perder de vista el hecho de que dicho proceso pretende capturar las construcción simbólica singular de los niños, y que esa construcción opera como vínculo profundamente asimétrico (Bleichmar, 1993).

"Es recién en la Edad Media donde surge una clara diferenciación de los niños con respecto de los adultos. La reaparición del interés por la educación a principio de la edad moderna introdujo la necesidad de someter al niño a un régimen especial de preparación: este interés se trasladó a la sociedad, modificando la familia"[8]

"…La niñez fue gradualmente diferenciada del mundo adulto y se debatió arduamente acerca de las nuevas formas de sujetación de la misma por un autoridad supra-familiar estatal y su integración en un orden nacional. A partir de la obligatoriedad del a escuela pública que estableció la ley 1420, los niños entre los 6 y los 14 años deberán devenir en alumnos. En el imaginario de la época una generación escolarizada se convirtió en condición para la existencia de un país moderno"[9]

Los rasgos que Laclau adjudica a toda relación social: contingencia, poder, carácter político e historicidad, pueden atribuirse a las relaciones entre adultos y niños.

"Las relaciones entre adultos y niños resultan siempre relaciones contingentes[10], cuyo sentido es siempre producto de una construcción histórica fuertemente atravesada por el poder y esa contingencia es mayor en una relación caracterizada por la asimetría. Cuando decimos que son contingentes queremos señalar que no son necesarias, aunque pretenden ser "naturalizadas" desde distintas posiciones. Cuando decimos que son asimétricas queremos destacar la no horizontalidad de la relación entre adultos y niños."[11]

La naturalización de las relaciones entre adultos y niños ha provocado diversos fenómenos: La "minoridad" biológica del niño ha operado vaciando de su contenido histórico los vínculos entre generaciones, justificando múltiples formas de intervención autoritaria y ha sido sustraída u obviada en el relato historiográfico. Desde el reconocimiento de la historicidad de dichos vínculos, es posible leer los discursos acerca de la infancia y analizar sus transformaciones, sin vaciarlos de su significación política afectiva. Las divisiones entre las edades son arbitrarias y las fronteras que las separan son objeto de lucha (Bourdieu 1984b:163).

---

[8] Carli, Sandra 2002. Niñez, pedagogía y política. Transformaciones de los discursos acerca de la infancia en la historia de la educación argentina entre 1880 y 1955, Miño y Dávila, Buenos Aires. Introducción, pp. 13-34.

[9] Carli, Sandra 2002. Niñez, pedagogía y política. La invención de la infancia Moderna. Domingo Faustino Sarmiento y la escuela pública, Miño y Dávila, Buenos Aires. Capítulo I

[10] "Afirmar que algo es radicalmente contingente, que su esencia no implica su existencia, es equivalente por lo tanto a decir que las condiciones de existencia de una entidad son exteriores a la misma" (Laclau, 1993:36). Las identidades contingentes se producen en un campo puramente relacional y no logran nunca constituirse plenamente.

[11] Carli, Sandra 2002. Niñez, pedagogía y política. Transformaciones de los discursos acerca de la infancia en la historia de la educación argentina entre 1880 y 1955, Miño y Dávila, Buenos Aires. Introducción.

"Al pasar por alto el carácter asimétrico de la relación entre adultos y niños ha provocado, entre otros fenómenos, las pérdida del sentido de responsabilidad de los adultos sobre la infancia, y ha evitado el análisis del impacto de las formas de intervención (educativas, sociales, políticas, etc) que los adultos tienen sobre la constitución de las identidades de los niños, del alcance de la complejidad de los procesos de transmisión cultural a las nuevas generaciones en la institución de una sociedad" [12]

María Adelaida Colángelo, nos habla sobre la mirada antropológica de la infancia, en su texto Reflexiones y perspectivas de abordaje, en este trabajo ella hace mención a la Diversidad.

"Una mirada puesta desde la diversidad, nos lleva a ver, en primer lugar, que eso que nosotros llamamos infancia no representa lo mismo ni es vivido de la misma manera en todos los grupos humanos. …

Pensemos en la Argentina ¿en qué idea de niño se fundan las teorías y prácticas pedagógicas? Y ¿Cómo son los niños y niñas concretos con los cuales se está trabajando? En definitiva: ¿de qué hablamos cuando hablamos de niño o de infancia?

Al respecto Bourdie dice "La niñez como grupo no comienza a existir como tal, para sus integrantes y para los demás, hasta que no es distinguida y recortada a través del conocimiento y reconocimiento de ciertas características que, al ser leídas como propias de una clase particular de personas, las transforma en una categoría social".

El antropólogo Meyer Fortes (citado en Nunes, 1999), señala que no son las fases de maduración biológica, sino las relaciones que el individuo establece dentro de su grupo doméstico y la sociedad como un todo, las que delinean y expresan los cambios dentro del ciclo de vida. Podemos preguntarnos, a partir de esto, acerca de la influencia que puede haber tenido la escolarización en las formas de recortar y definir estas de la vida en diferentes poblaciones, pasando la institución escolar a actuar como parámetro de la extensión de la infancia, de la adolescencia y de lo que se considera propio o impropio en ellas

"Los antropólogos empiezan a ver que las sociedades que estudian no están aisladas sino insertas en un mundo capitalista, y que esto las liga a la complejidad de nuestra propia sociedad, las representaciones y prácticas de los grupos sociales empiezan a ser explicadas no solo a partir de pautas consideradas tradicionales, sino también a partir de los condicionamientos derivados de su posición en la estructura social. Es la articulación de estas dos dimensiones-diversidad y desigualdad- la que hace posible analizar los problemas sociales de la infancia en toda su complejidad y se revela especialmente indispensable a la hora de abordar la infancia y la familia de sectores populares, ya que coincidimos con Fonseca (1995) en que es necesario dar cuenta de sus condiciones materiales de existencia, pero sin dejar de examinar los factores sociales y culturales a través de los cuales la pobreza es mediada."[13]

[12] Carli, Sandra 2002. Niñez, pedagogía y política. Transformaciones de los discursos acerca de la infancia en la historia de la educación argentina entre 1880 y 1955, Miño y Dávila, Buenos Aires. Introducción. (pag.6).

[13] La mirada antropológica sobre la infancia. Reflexiones y perspectivas de abordaje. María Adelaida Colángelo (pag3).

A esta mirada también debe sumarse los estudios de género a las ciencias sociales, que proponen una tercera dimensión por la que atraviesa la infancia y que debe ser tenida en cuenta en su abordaje: ya que no se vive de la misma manera como niño que como niña. La historia de la niñez y de la infancia se desdobla en la historia de cada género.

Nuestra sociedad no les da un mismo lugar, ni son los mismos derechos, ni siquiera los mismos juegos.

Si hacemos un poco de memoria ya desde jardín y las diferentes instituciones se marca la diferencia, en jardín las nenas tenían su rincón de la mamá, en donde a ningún varón se le ocurriera pisar.

Los niños por su parte eran dueños de los espacios de juego vinculados al esfuerzo físico.

“Siéntate como una niña” “Los varones no lloran”. “Las muñecas son para las nenas y las pelotas para los varones”

Cientos de mandatos oídos durante nuestra infancia que marcaban lo que estaba permitido y no a modo de disciplinar nuestros comportamientos.

Cada sociedad marca y determina de este modo lo que está bien o mal, lo que está permitido para cada género y lo que se espera de ellos.

Hoy se trata de que los niños tengan más espacios propios y puedan jugar en la diversidad de roles sin encuadres obsoletos, para no caer dentro de estos modismos taxativos de género, pero aun hoy las instituciones familiares y escolares y sociales siguen siendo muy ortodoxas al respecto.

“La perspectiva de la diversidad en este sentido amplio nos lleva a ver en la infancia una categoría socialmente construida en la que se conjugan, por lo menos, estas tres dimensiones de lo social: variabilidad cultural, desigualdad social y género. Las identidades tienen que ver con estas tres dimensiones conjugadas simultáneamente en diferentes grupos sociales: se es niña o niño, se pertenece a un grupo de edad y no a otro, se adscribe a una historia grupal particular, además de aquella que liga a una comunidad particular, se vive en un hogar pobre o en uno donde puedan ser satisfechas las necesidades básicas. Las identidades no pueden ser pensadas en términos de alguna esencia inmutable o cristalizada, sino como construcciones relacionales, contratantes, situadas en la historia y, por lo tanto, en constante transformación.

Todo esto hace que la construcción de la infancia no es un proceso unívoco, sino dinámico y conflictivo. Las divisiones entre edades o etapas de la vida no solo son arbitrarias, sino también objeto de disputas y manipulaciones. .. La forma en que se define y caracteriza la infancia es un fenómeno eminentemente político en el sentido de que tiene que ver con la distribución de poder entre distintos grupos de la sociedad, dado que las clasificas por edad son también una forma de imponer límites, de producir un orden en el cual cada uno debe ocupar su lugar.

Así la definición de que es la “niñez”, que se considera adecuado para este grupo y que comportamientos o características, por no adecuarse a lo establecido, caen en el terreno de lo anormal, no es un dato dado por la

naturaleza, sino el resultado de una disputad de sentido por imponer una visión particular como la legítima y universal"[14]

"Una vez instituida como categoría "la infancia" tiende a homogeneizar y enmascarar una gran variedad de experiencias de vida por las que atraviesan los niños/as concretos/as, experiencias que justamente tienen que ver con la diversidad cultural y la desigualdad social."

Dicha categoría por suerte hoy se pone en cuestionamiento desde diferentes autores los cuales plantean una crisis actual en función de esta noción de infancia propia de la modernidad occidental e intentan dar cuenta de la pluralidad de caras de la niñez y de adolescencia actuales.

Pudiendo hacer un análisis de los autores citados, me quedo con algunas preguntas. Si bien ser niño nunca ha sido fácil en ninguna época de la historia, me pregunto qué lugar tienen hoy los niños y que espacio hay para la niñez. Partiendo desde la idea que la sociedad tiene de un niño, que ya no la imagen de un chico vestido con tiradores o una nena con vestiditos, ya ni siquiera hay ropa para niños, es de adultos en miniatura.

Los mismos llevan una agenda semanal de actividades más compleja que la de cualquier adulto, lo cual hace que no haya ni tiempo ni espacios para el juego, de la prohibición de jugar libremente o correr. Como si el jugar significara una pérdida de tiempo y no un medio para aprender y el mejor modo con el cual, ellos tramitan sus miedos, fantasías e identificaciones. Además de ser el modelo ideal de aprendizaje para ellos.

"Me aburro…. No me dejan jugar…"

"Como se juega a la mancha caminando"

"Voy a la escuela todo el día yo quiero volver a ser bebe para poder estar en casa"

"No quiero tomar esta pastilla, me cansa, me duermo",

Estos son algunos entre otros de los relatos de niños y niñas que se escuchan habitualmente.

En la sociedad actual lamentablemente producto de la globalización y de la idea de avance a cualquier precio, nuestros niños ya no tienen tiempo para ser niños, no hay lugar para ello, deben crecer ¡ya!... Ingresan a las instituciones educativas cada vez más temprano con cargas horarias extensivas, por los tiempos de trabajo de los padres. La inseguridad y la sobrepoblación en las escuelas, hace que ya no haya patios donde correr, ni plazas para jugar libremente y quedan reducidos sus espacios y comportamientos a aquello que podemos controlar, encerrándolos en una encrucijada en donde toda la creatividad y la espontaneidad del niño se obstaculizan y reprimen.

Nos encontramos con chicos abúlicos, apáticos, deprimidos, sin ganas de nada, perdidos en una sociedad que no respeta sus tiempos ni sus necesidades, tratando de imponerles que se adapten y que no molesten a los adultos, dejándolos de lado y confinándolos a la soledad, o a la única compañía que encuentran que es la cibernética.

Por todo esto, es que considero relevante poder poner en análisis la noción de del discurso del niño bajo la mira del nuevo paradigma del "niño como sujeto de derecho" y desde allí poder desplegar su lugar hoy en la sociedad.

[14] La mirada antropológica sobre la infancia. Reflexiones y perspectivas de abordaje. María Adelaida Colángelo (pag.4).

2) LA INFANCIA COMO SUJETO DEL DISCURSO

Es importante poder pensar donde se lo posiciona al niño y adolescente hoy dentro de nuestra sociedad y qué lugar ocupa su palabra para las instituciones.

"Las formas de producción de subjetividad se inscriben en condiciones sociales, culturales específicas y se construye en el encuentro con las instituciones en las que esa subjetividad se alberga. Es decir no son universales ni atemporales. El tipo de subjetividad instituida, varía entonces con las diferentes prácticas de producción, lo que lleva a interrogarse por las políticas y prácticas de los actores sociales llevadas a cabo en las instituciones sanitarias. Así como a la necesidad de revisar los discursos y concepciones de niñez que subyacen a las mismas, en tanto impactan de forma positiva o negativa en los procesos de constitución subjetiva de los niños, niñas y adolescentes"[15]

"La noción de discurso[16]nos permite tejer el amplio conjunto de producciones referidas a la niñez en el período y pensar desde una perspectiva de totalidad significativa. En la medida que el discurso consiste en esta totalidad, resulta el terreno de constitución de los sujetos: los niños se constituyen en sujetos en la trama de los discursos que se configuran en un período determinado. Es el discurso el que constituye la posición del sujeto como agente social: de allí que las posiciones del sujeto niñez deben entenderse como posiciones discursivas…

Los discursos acerca de la infancia serán pensados como un lugar desde el cual se proponen modelos de identificación a los niños: es decir que postulan un tipo de vínculo entre adultos y niños. Estos modelos o polos de identificación intervienen en la construcción de identidades sociales.

En los discursos se ponen en juego también mecanismos de inclusión y exclusión/represión y de distinción /diferenciación de la infancia/niñez. La "naturalización de un concepto universal de infancia es producto de la lucha por disolver/ocultar/negar las diferencias y desigualdades operadas por el poder.

…La política y la educación con espacios en los cuales se hace notoria la propuesta de polos de identificación en los niños.

Los discursos acerca de la infancia se caracterizan por tener un fuerte registro metafórico que desborda la cuestión del niño como sujeto y se proyecta sobre las transformaciones de la sociedad como totalidad, y que indica su articulación con la emergencia de imaginarios sociales acerca de las nuevas generaciones.

La infancia como sujeto del discurso, sujeto caracterizado por su estado de tensión hacía el futuro, de transición entre el no ser y el ser adulto, opera como un significante vacío que puede encarnarse en contenidos diversos. Históricamente, ha habido distintas formas de llenar ese vacío de la infancia:

[15] Revista actualidad Psicológica. La patologización de la infancia. Barcala 21 de marzo de 2013 (Pag.22).

[15] Uso del término en su sentido amplio, para subrayar que toda configuración social es una configuración significativa (Laclau 1993:114).

[15] Carli, Sandra 2002. Niñez, pedagogía y política. Transformaciones de los discursos acerca de la infancia en la historia de la educación argentina entre 1880 y 1955, Miño y Dávila, Buenos Aires. Introducción, (Pag.26-27).

por la vía de la educación en los tiempos de la instrucción pública, por la vía de la política en la experiencia del peronismo, por la vía de las disciplinas Psi. en los años 60 y, seguramente, por la vía del consumo en las últimas décadas".[17]

"En la trama de los discursos políticos y educativos del peronismo en el poder, entre 1945 y 1955, se configuran discursos acerca de la infancia en los cuales los niños son objeto de políticas sociales y moldeados por una pedagogía política progresivamente volcada al adoctrinamiento y a la búsqueda de la inscripción de la niñez en las luchas por la hegemonía. El estado-nación devino terreno de constitución de identidad de nuevas generaciones de una población transformada desde el punto de vista social y demográfico… Una nueva unidad de sentido entre infancia y nación, que establecía nuevos vínculos entre pedagogía y política después del reconocimiento delos derechos infantiles, de la expansión del sistema educativo y de la declinación del movimiento de la escuela nueva. Ella se produjo en la trama de una nueva hegemonía política a niños y jóvenes, convocados a participar en la escena política desbordando las fronteras de la escuela y de la familia.

…La intervención política del Estado a través de la mediación de sus líderes en la constitución de los identidades políticas de niños y jóvenes: La niñez fue construida como un sujeto nacional –popular, como una bisagra generacional entre el nuevo Estado-Nación y el pueblo".[18]

En todo momento se deben tomar en consideración las circunstancias por las que transcurre la vida de nuestros niños hoy, y entre esas circunstancias está también el lugar del discurso disciplinar, técnico, científico y médico sobre ellos. Insisto en esta faceta porque es excesivo el peso de la mirada sobre ellos como peligrosos o en peligro. Se dice adolescencia y se piensa en riesgo de la sexualidad, de las adicciones, de la violencia o el fracaso. Se dice adolescencia y se remite directamente a encasillamientos patológicos, una faceta más de la medicalización y psico-patologización de la vida.

También es fundamental poder pensar en los cambios legales y sociales sobre la concepción de nuestros adolescentes. Antes la mayoría de edad era a los 21 años, lo cual les otorgaba más tiempo de infantes y mayor consideración para tomar decisiones relativas a su vida, que requieren cierto desarrollo cognitivo y madurativo. Como definir una carrera o el destino sentimental de sus vida. Todo eso también se ha modificado. Hoy nuestros adolescentes deben ser adultos y comportarse como tales cuasi mágicamente al momento de cumplir 18 años, imponiéndoles cada vez más obligaciones con menor edad. Por eso también es importante pensar que lugar se les adjudica a ellos en esta sociedad.

Como profesionales Alicia Stolkiner, dice: "nos cuesta reconocerlos como sujetos y no recurrir a herramientas etiquetantes al horror ante la crisis. Con frecuencia pretendemos solucionar con medicamentos o formas terapéuticas estandarizadas problemas de compleja configuración, o problemas que no lo

[18]Carli, Sandra 2002. Niñez, pedagogía y política. Transformaciones de los discursos acerca de la infancia en la historia de la educación argentina entre 1880 y 1955, Miño y Dávila, Buenos Aires. Introducción, (Pag.33-34).

[18] Alicia Stolkiner. Las formas de transitar la adolescencia hoy, y la salud/salud mental: actores y escenarios. Novedades Educativas N° 268, año 25, abril del 2013, Bs As. (Pag.48).

son para ellos sino para nuestra mirada. Mientras tanto, los jóvenes, a veces hacen estallar las representaciones o ponen en escena lo que la sociedad invisibiliza. Nos exasperan y desafían nuestra comprensión"[19]

Es desde el marco del niño como sujeto de derechos y desde este discurso, desde el cual hoy se debe trabajar en función de las direcciones que indica la ley actual provincial 13.298 de Promoción y Protección integral de los derechos de los niños, la cual fue promulgada en enero del 2005. (Decreto 66/05) y reglamentada mediante el decreto Provincial N° 300 en marzo del mismo año.

3) LEY PROVINCIAL 13.298. PROMOCION Y PROTECCION INTEGRAL DE DERECHOS DE NIÑOS NIÑAS Y ADOLESCENTES.

"Su aprobación significó la derogación del antiguo régimen del patronato de Menores (ley 10.903 dictada en el año 1919), sustentada posteriormente por el decreto ley N° 10.067/83).

Este marco legal retoma e instituye como principios rectores de las políticas públicas para la protección y cuidados de la niñez y la adolescencia de la Provincia de Buenos Aires la Convención de los derechos del niño, adoptada tanto por la constitución Nacional como por la Constitución de la Provincia de Buenos Aires tras sus reformas en el año 1994."

Dicha ley define:

"Al adoptar un enfoque de derechos, se considera a los Niños y Adolescentes como titulares de derecho que deben ser garantizados. Esto conlleva necesariamente transformaciones en los modos de intervención de las instituciones vinculadas con el campo de la niñez y adolescencia".

"Los cambios profundos que establece esta ley mediante la creación de un Sistema de Promoción y Protección integral de los derechos de los niños supone un gran desafío para los organismos gubernamentales, agentes públicos y actores privados implicado"

"Reconoce a los niños y adolescentes como ciudadanos con los mismos derechos que los adultos y con otros derechos especiales por tratarse de personas en crecimiento. Las necesidades vitales de los mismos son comprendidas como derechos que deben cumplirse y no como carencias a subsanar o satisfacer.

Esto implica un cambio de paradigma del sistema tutelar e instaura un sistema de garantía de derecho, este cambio implica que los niños y adolescentes ya no pueden ser objeto de control, tutela o disposición por parte de las autoridades administrativas, judiciales u otras instituciones sociales.

Desde este enfoque superador, el Estado asume el rol protagónico y una nueva forma de dar respuesta a las diversas problemáticas que afectan a la niñez de la provincia mediante la implementación de un conjunto de políticas orientadas a apoyar a las familias en la inclusión, protección y desarrollo integral de los niños y adolescentes."

4) Ley 13.298 Art 4: EL INTERÉS SUPERIOR DEL NIÑO.

"Se entiende por esta, la máxima satisfacción integral y simultánea de todos los derechos en un marco de libertad, respeto, y dignidad, para lograr el desarrollo integral de su potencialidad y potencialidades

Para establecer el interés superior del niño en una situación concreta se debe considerar:

- Su condición como sujeto de derecho
- Su opinión en todo momento, inclusive en un proceso judicial.
- La prioridad de sus derechos e interés frente a otros derechos e intereses igualmente legítimos.
- La necesidad de equilibrio entre los derechos y garantías de los niños y las exigencias de una sociedad justa y democrática.

Atender el interés superior del niño implica también garantizar su derecho a jugar, el acceso a la salud y a la educación, el respecto a la personalidad, los derechos a la protección de la maternidad y de la familia en su conjunto".-

Otra reforma importante a citar es que a partir de 1994, la Constitución nacional y la Provincial reconocen a los niños todos los derechos dispuestos por la Convención sobre los derechos del niño, Los tratados Internacionales de derechos Humanos- ratificados por la República Argentina- y los consagrados en la Constitución Nacional y la Constitución de la Provincia de Buenos Aires.

"Los niños, niñas y adolescentes son Sujetos de Derechos:

Todos los niños, niñas, las adolescentes y los adolescentes, sin discriminación alguna, deben ser reconocidos como sujetos de derecho.

Esto significa que les corresponden los mismos derechos, deberes y garantías que a los adultos, más otros derechos especiales"

Por su particular condición de personas en proceso de desarrollo, los niños y adolescentes se encuentran en una situación de especial vulnerabilidad ya que dependen de los adultos para poder crecer saludablemente, participar de la vida en comunidad y desenvolver sus capacidades hasta llegar a la adultez.

Por lo tanto, el Estado y la ciudadanía adulta es su conjunto son los responsables de garantizar y procurar la máxima satisfacción de tales derechos".-

"Los derechos son:

- De orden público (tanto el estado como la sociedad deben respetarlos y hacerlos cumplir en cualquier ámbito.
- Irrenunciables (las personas pueden no ejercerlos pero jamás renunciar a ellos y le son reconocidos sin excepción, bajo cualquier circunstancia).
- Interdependientes entre sí (deben garantizase el cumplimiento de cada uno de ellos ya que sólo en su conjunto permiten un bienestar y desarrollo integrales).
- Indivisibles (deben cumplirse de manera simultánea)".

Conjuntamente con estos dos principios que son los fundamentales, es importante aclarar ¿Que este Sistema de Promoción y Protección integral de los derechos de niños, niñas y adolescentes?

Para que todos estos derechos se puedan llevar a la práctica, la ley 13.298 dispone:

"un conjunto de organismos y servicios en el ámbito provincial y municipal, encargados de formular, coordinar, ejecutar y controlar las políticas públicas destinadas a promover, proteger, restablecer y asegurar el efectivo goce de los derechos de niños y adolescentes.

Este sistema involucra organismos, políticas y programas destinados a asegurar los derechos y garantías de la niñez y adolescencia.

La implementación efectiva de las políticas de promoción y protección integral de derechos de todos los niños requiere de la concertación de acciones entre la Provincia, los municipios y las organizaciones vinculadas a la atención de niñez".

Este sistema se complementa y articula con las instancias judiciales creadas por la ley provincial 13.634; El sistema de Responsabilidad Penal Juvenil. Dicho marco normativo establece un conjunto de criterios, procedimientos y figuras legales que deben garantizar en todos los casos a fin de proteger y asegurar el efectivo goce de los derechos de niños, niñas y adolescentes y de sus familias.

5) SISTEMA DE PROMOCIÓN Y PROTECCION INTEGRAL DE DERECHOS.

Dicha ley de Promoción y protección Integral de los derechos de los niños Decreto 300/05. La cual nos dice que:

"Las políticas de promoción de derecho tienen como objetivo prevenir la amenaza o violación de los derechos de niños y adolescentes:

- Formando al niño y adolescente sobre sus derechos y los medios para defenderlos.
- Procurando su correcta inscripción y obtención del documento de identidad
- Promoviendo el desarrollo integral de sus capacidades.
- Fortaleciendo los vínculos entre las familias y su contexto comunitario.
- Previniendo la aparición de situaciones de vulnerabilidad".

"Las medidas de promoción son:

- Informando al niño, adolescente y sus familias sobre sus derechos y los medios para defenderlos.
- Procurando la inscripción de nacimiento, tramitación de partidas de nacimiento y documento de identidad de los niños.
- Alentando su desarrollo artístico, deportivo, recreativo y cultural.
- Fortaleciendo los vínculos entre las familias y su contexto comunitario.
- Reforzando la capacidad de los actores locales dedicados a la atención de niños y adolescentes.
- Incluyendo al niño y a su familia en programas de asistencia familiar, becas y subsidios."

"Las políticas de protección de derechos

Su finalidad es dar apoyo y ayuda específica a aquellos niños y familias que atraviesan situaciones críticas a nivel familiar, social, jurídico o económico.

- Asistiendo al niño y adolescente en cualquier circunstancia que afecte sus derechos, prioritariamente en casos de: discriminación, malos tratos, abuso, explotación, tortura, negligencia; presentar discapacidades; padecer enfermedades infecto-contagiosas; ser consumidor de sustancias alcohólicas, estupefacientes o psicotrópicos; presentar embarazo precoz.
- Garantizando la satisfacción de las necesidades básicas del niño y su familia. Facilitándoles a los niños, familias y/o responsables adultos la mutua localización en caso de extravío, desaparición, violación del derecho a la identidad, o separación del seno familiar.
- Asesorando al grupo familiar y su entorno comunitario para la integración armónica del niño y adolescente.
- Atendiendo las necesidades de los niños y sus familias en situación de vulnerabilidad.
- Acompañando a los adultos para fortalecerlos como responsables activos de los derechos de los niños.

Finalmente los Principios rectores para la intervención de los actores del Sistema son:

✓ Derecho del niño a ser escuchado en cualquier etapa del procedimiento y a que su opinión sea tenida en cuenta al momento de determinar la forma de restablecer o preservar el derecho violado o amenazado.

✓ Garantizar su participación y la de su familia en el procedimiento de protección de derechos.

✓ Garantizar que el niño sea informado y asesorado por equipos técnicos

✓ Garantizar que no se provoquen intrusiones arbitrarias en la vida del niño y su familia.

En todos los casos se deben agotar todas las alternativas de acción y medios disponibles para evitar la separación del niño de su familia o de las personas encargadas de su cuidado, siempre que no afecte el interés superior del niño.

✓ En ningún caso una medida de protección de derecho implicará la privación de libertad ambulatoria del niño o adolescente".

"Las medidas de protección: Son aquellas medidas que disponen los Servicios cuando se produce, en perjuicio de uno o varios niños, la amenaza o violación de sus derechos o garantías, ya sea por la acción u omisión de personas físicas o jurídicas. La finalidad de dichas medidas es preservar o restituir tales derechos, por lo que se deben mantener mientras persistan las causas que originaron la violación o amenaza, revisándolas periódicamente.

Cuando dichas causas estén asociadas a necesidades básicas insatisfechas, carencias o dificultades materiales, laborales o de vivienda, las medidas de protección consistirán en la inclusión del niño o adolescente y su familia en programas dirigidos a brindar apoyo social y económico.

Si el Servicio comprueba que existen causas que implican una amenaza o violación para los derechos del niño o adolescente, podrá adoptar las siguientes medidas:

❖ Brindar apoyo para que el niño o adolescente permanezca conviviendo con su grupo familiar.

❖ Solicitar becas de estudios, guardería y/o incluirlo en programas de alfabetización o apoyo escolar.

❖ Ofrecer asistencia integral a las adolescentes embarazadas.

❖ Incluir al niño y la familia en programas de asistencia económica y/o de subsidios.

❖ Acompañar el cuidado del niño en el propio hogar, orientando y apoyando a los padres, madres representantes o responsables en el cumplimiento de sus obligaciones, conjuntamente con el seguimiento temporal de la familia y del niño a través de un programa.

❖ Iniciar el tratamiento médico, psicológico o psiquiátrico del niño o de alguno de sus padres responsables o representantes.

❖ Con carácter excepcional y provisorio, gestionar la permanencia temporal del niño o adolescentes en ámbitos familiares alternativos o entidades de atención social y/o salud.

Cabe destacar que si el niño o adolescente decide por su propia cuenta dejar sin efecto la medida proteccional o abandonar el programa en el que se lo incluyó, no corresponderá ningún tipo de sanción ni medida coercitiva bajo ningún criterio o concepto."

Para concluir sobre este tema, cito a Gabriela Dueñas y Adriana Granica las cuales aseguran que "la patologización y la medicalización de las infancias y adolescencias actuales se construyen sobre un tipo de discurso que está avanzando de manera avasallante y desmesurada, y esto es preocupante. Estas prácticas están impulsadas por los laboratorios medicinales a los que se suman otras corporaciones y actores sociales beneficiados por este tipo de propuestas, donde rápidamente se le atribuye a los niños problemáticas que en realidad son muy complejas y que nos involucran a todos"

Lo relevante de estos discursos es poder pensar en cómo influyen en el modo de relacionarnos con los niños, en que entendemos por infancia y cuáles son las obligaciones y derechos que tienen los mismos, lo cual afecta e influye a las instituciones y adultos que debemos trabajar cotidianamente con ellos.

Poniéndonos en el desafío de romper con viejos paradigmas y no dejarnos atrapar por un mercado consumista que hace foco en los niños y adolescentes como medios. Cosificando e hipotecando la infancia de los mismos, quitándoles los espacios y lugares que le son propios. Con un nivel de exigencia extrema que los obliga a ser adultos cada día más rápido, quitándoles el privilegio de ser niños, o adolescentes, respetando los tiempos de madurez de cada sujeto, sumado a la necesidad de adiestrar sus comportamientos a las exigencias de la sociedad o caso contrario, intentando imponer un control sobre ellos, ser medicados para disciplinarlos.

Entonces los comportamientos desadaptados rápidamente tienden a ser diagnosticados dentro de cuadros patológicos, los cuales inciden en situaciones de medicación e internación, respondiendo a necesidades de soluciones mágicas y rápidas, cumpliendo con un mercado mercantilista que fomenta y se beneficia con dichas prácticas.

Capítulo 2:

1) LO NORMAL Y LO PATOLÓGICO COMO UNA ESTRATEGIA DE CONTROL SOCIAL.

"Cada cultura define de una forma propia y particular el ámbito de los sufrimientos, de las anomalías, de las desviaciones, de las perturbaciones funcionales, de los trastornos de la conducta que corresponden a la medicina, suscitan su intervención y le exigen una práctica específicamente adaptada. (…) En último término la enfermedad es, en una época determinada y en una sociedad concreta, aquello que se encuentra práctica o teóricamente medicalizado" La medicación, actuando sobre lo orgánico, sobre el cuerpo, resulta un dispositivo de disciplinamiento rápido y eficaz de las conductas anormales (Foucault 1996: 21). .

Es diferente, si podemos pensar en la conceptualización de la enfermedad mental, como consecuencia del discurrir social en ambientes vinculares rígidos y dogmáticos, donde no distinguimos "buenos y malos", "locos y cuerdos", sino semejantes que se equivocan y sufren, se coloca ese enfermar en el terreno de la contradicción emocional y la eventual persistencia ruinosa en esa condición, alejándolo de las habituales concepciones de culpa y condena.

"Así el problema de la patología desaparece como problema central, y el sufrimiento y la infelicidad… aparecen en su lugar como la experiencia fundamental que atrae nuestra atención en la consulta" (Maturana, Mendez, y Coddou).

Es decir, cada sujeto estará más o menos enfermo o sano, como consecuencia de la única e irrepetible relación consigo mismo, con sus próximos, con la cultura a la que pertenece y que le pertenece.

"Así la aparición de los estados modernos en el nuevo orden capitalista dio lugar a una reconfiguración de la relación entre el poder, y los cuerpos en la que la medicina habría sido llamada a constituirse en dispositivo de normalización y ordenamiento. La población (una categoría abstracta que subsume el contenido político del pueblo), convertida en valor para los estados nacientes, devino objeto de prácticas de cuidado de la salud que constituyeron simultáneamente una medicina de Estado. Una medicina que consistía esencialmente en "un control de la salud y del cuerpo de las clases más necesitadas, para que fueran más aptas para el trabajo y menos peligrosas para las clases más adineradas" (Foucalt, 2008, pág. 105).

En este sentido, el proceso general de normalización del siglo XVIII descripto por Foucault multiplicó sus efectos en la infancia, y aún hoy muchas veces sigue operando. El niño fue y sigue siendo producido en el interior de articulaciones y de un dispositivo de poder/saber, donde se psiquiatrizan sus conductas y se incluyen dentro de sintomatologías y diagnósticos definibles.

Cada grupo social y cada época tienen su propia representación de que debe ser un niño y arman sus propios modelos de maternidad y paternidad.

Así Castoriadis dice: "el individuo es un producto de la sociedad, una fabricación social mediante la cual la sociedad se perpetúa y existe realmente" (Castoriadis, 2004, 38).

Por su parte Conrad da cuenta de una serie de condiciones para que un comportamiento sea medicado, esto es, concebido y tratado como enfermedad, de manera tal que se incorpora al ámbito de injerencia de la medicina. Entre dichas condiciones encontramos que para que un comportamiento sea medicalizado, éste debe ser considerado anormal y problemático por al menos una parte de la sociedad. (Conrad, 1992: 209).

Otra condición para que un comportamiento se incorpore al ámbito de la medicina como enfermedad es que las formas previas o tradicionales de control social (que históricamente han sido la religión y el Estado) sean consideradas como ineficientes o inaceptables para tratar ese comportamiento problemático. (Resulta conveniente aclarar en este apartado qué entendemos por conducta adaptada de un niño y qué tipo de comportamiento se espera de ellos; además de definir los conceptos de deficiencia y discapacidad).

¿Qué significa hablar de déficit? Es un ejercicio de poder que eleva una limitación funcional a la categoría de esencia. Supone un proceso de desvaloración social, producto de un desvío de aquello que se considera normal o esperable, que se pone en funcionamiento dentro del imaginario social a partir de mecanismos operados dentro de instancias de poder en un determinado marco social: la familia, la escuela , la institución médica, etc.

González Castañón analiza la relación entre los conceptos de discapacidad y déficit valiéndose de lo que llama “el paradigma del déficit”, mediante el cual se naturaliza el proceso social de substancialización o esencialización del déficit a partir de la limitación funcional:

“La sociedad naturaliza estos mecanismos por medio del paradigma del déficit. Hablo de paradigma porque es una estructura de pensamiento que condiciona la forma de ver las cosas, prescribe cuáles son las investigaciones y abordajes adecuados y anticipa los modos de verificación de los enunciados que se hagan sobre los objetos abordados. En el paradigma del déficit, se compara cuantitativamente a los objetos, en este caso las personas con limitaciones funcionales, con un patrón o modelo sancionado como normal, (de acuerdo con los diferentes modos de establecer una normalidad: como mayoría, como convención, o como modelo enunciado por la autoridad médica, religiosa o legal). Cuando se interviene sobre estas poblaciones desde el paradigma del déficit se piensa en compensar, reemplazar, dar lo que falta” (González Castañón, 2001: 2)

Frente a este planteo, donde el déficit descansa en un paradigma cuantitativo, se contrapone el paradigma de la diferencia, donde cualitativamente se atiende a las particularidades de cada persona:

“Lo que no se puede pensar es la diferencia, en vez del déficit, como una entidad en sí, (Diferente, del latín diferens: dos caminos), como una condición cualitativa de un sujeto que va por otro camino. El déficit es una descripción cuantitativa de un objeto comparado con un modelo previo.

Pensar a la discapacidad a partir de las diferencias requiere un esfuerzo especial tanto en el campo científico como en el sociopolítico” (González Castañón, 2001: 3)

Para que un comportamiento sea calificado como “anormal” y se mantengan la definición y tratamiento, Conrad establece que es necesario que

existan intereses creados por parte de las instituciones, ya sea bajo la forma de institutos de investigación, centros de tratamiento, e incluso organizaciones burocráticas enteras. También este autor hace un importante aporte al analizar otro aspecto de la medicalización, ubicando las principales consecuencias, que ésta tiene para la vida individual y colectiva de los sujetos (Conrad, 1982: 154).

Entre estas consecuencias destaca:

1- Que un problema de comportamiento sea entendido como causado por un desorden orgánico y no por la voluntad del individuo, libera a éste de responsabilizarse por los actos que comete.

2- La expansión creciente de las áreas de incumbencia de la medicina (en consonancia con los aportes de Foucault) es fomentada por una industria farmacéutica cada vez más poderosa y rentable.

3- El vocabulario tecnológico-científico de la medicina a menudo contribuye a reforzar la suposición de que conceptos médicos –tales como enfermedad o tratamiento–son moralmente neutrales. Pero la medicina refleja un orden que no es moralmente neutro sino que, frecuentemente es influido por el orden moral de la sociedad.

4- Delega en expertos médicos la atención de los problemas humanos y sociales, que se sustraen del debate público y son colocados en un plano de debate entre profesionales y expertos.

Finalmente es a partir de estas categorías, que es posible interrogar en la actualidad cómo se producen los saberes sobre la infancia y las nuevas tecnologías de normalización a través del control de los cuerpos, y cuál es la relación entre el poder disciplinar y la reorganización de los campos del saber que determinan las intervenciones, respuestas institucionales y las políticas específicas en relación a los niños/as y adolescentes.

2) SALUD

Es relevante poder analizar la concepción de salud vigente.

“La salud mental se define como un estado de completo bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad” [20]

La dimensión positiva de la salud mental se destaca en la definición de salud que figura en la Constitución de la OMS: «La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades»

Dicho concepto no ha sido fácil de definir nunca, y ha ido cambiando a través del tiempo.

“Tomando reflexiones sobre el término de salud mental. Éste es un constructo fuertemente ligado a las instituciones y a los modelos de respuesta que la modernidad dio a la problemática de la locura, pero mal puede pensarse en una salud fragmentada en mente-cuerpo-sociedad. Como tampoco puede pensarse en una salud separada de las formas de cuidado y las respuestas que la sociedad da frente a las problemáticas del enfermar”

[20] Ley nacional de salud mental. N° 26.657 Cap. II art 3.

"La Salud mental es, básicamente, un término que define un campo de prácticas sociales. Aquellas que se configuraron como respuesta a los modelos asilares manicomiales de asistencia a la locura, pero no un tipo particular de salud-enfermedad. Se trata de un sub-campo dentro de la salud, que se define por las instituciones y los actores que lo configuran, y también por las formas particulares de producción de sentido que le son propias. Uno de esos sentidos que las instituciones mismas recrean es el de salud-enfermedad mental y una serie de discursos y prácticas consecuentes" [21]

Articulando con esta concepción podemos citar la definición que nos brinda la ley Nacional de Salud Mental en su art. 3 define la Salud Mental: "Como un proceso determinado por contextos históricos, socio, económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramientos implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los Derechos Humanos y sociales de toda persona".

Alicia Stolkiner dice que la "salud es un fenómeno complejo que debe ser comprendido como un proceso y no como un estado. En ese proceso interactúan y devienen corporeidades y, subjetividades configuradas en la trama social. Por eso es preferible hablar de subjetividad más que de mente. Tomando por definición de subjetividad, la que nos brinda el filósofo italiano Giorgio Agamben el cual dice: "el sujeto no es algo que pueda ser alcanzado directamente como una realidad sustancial presente en alguna parte; por el contrario, es aquello que resulta del encuentro cuerpo a cuerpo con los dispositivos en los cuales ha sido puesto en juego"…"La historia de los hombres no es quizás otra cosas que el incesante cuerpo a cuerpo con los dispositivos que ellos mismos han producido: antes que ninguno el lenguaje"[22]

"Los dispositivos sociales configuran también los cuerpos, y es difícil hoy pretender pensar en salud humana, que solo desde lo biológico pueda ser comprendido sin considerar las formas en que se gestiona la vida en general… "Entre los dispositivos están las instituciones mismas de salud, las formas y las prácticas de cuidado. Por eso la denominación que preferimos es proceso de salud-enfermedad-cuidado".[23]

3) DIAGNOSTICOS

La operación diagnostica en el ámbito de la psiquiatría o de la psicología adquiere con notable frecuencia, el formato de diagnóstico médico. Luego de ciertos razonamientos que pueden sostenerse o no en exámenes complementarios, que van desde la dosificación de mediadores neuroquímicos a alguna forma de psico-diagnóstico estandarizada, el profesional elige una categoría clasificatoria (una clase) y emite un veredicto que, queda como cual sello de tinta más o menos indeleble en la "testa" del consultante.

No parece adquirir la misma significación que a un padre le diga que por ej.: su hijo es "diabético crónico" que le manifiesten que su hijo es un "autista", un "border-line"" o un "hiperactivo" con las singular colección de descripciones-

[21] Alicia Stolkiner. Las formas de transitar la adolescencia hoy, y la salud/salud mental: actores y escenarios. Novedades educativas n° 268, año 25, abril del 2013, Bs. As. (pag.40).

[22] Agamber,Giorgio: "Profanaciones". Adriana Hidalgo Editora, 2005, 93-94

[23] Alicia Stolkiner. Las formas de transitar la adolescencia hoy, y la salud/salud mental: actores y escenarios. Novedades Educativas N° 268, año 25, abril del 2013, Bs As. (pag.41)

acusaciones que según los medios google o algún manual (DSM) le adjudican a priori…

Lo relevante de todo esto es que ocurre después del diagnóstico y como el resto del contexto familiar y escolar sobre todo se empieza a vincular con ese niño ya a partir del diagnóstico y desde el niño en sí, cosificando su malestar y obstaculizando el decir de su sufrimiento.

Por eso los convoco a explorar las cuestiones epistemológicas y teóricas que están implícitas en un modo de formular el diagnóstico que alude al consultante adjudicándole una categorización que va a acompañarlo, posiblemente durante toda su vida. Es habitual escuchar decir que éste es un "hiperactivo", este un "autista" o aquel un "psicótico" o un "bipolar". Y es habitual que esto no nos preocupe, a punto tal de convertirse en un modo habitual de decir a cerca de nuestros pacientes.

El contexto social en el que vivimos otorga a los profesionales de la salud mental, psiquiatras y psicólogos, el poder de opinar y a veces decidir acerca de la cordura o locura de nuestros semejantes (Mendez, Coddou, Maturana).

También debemos ser conscientes de cuanto influye lo que decimos al respecto de lo que se nos atribuye. Cuando un sujeto consulta a un profesional psi, lo hace a partir de contradicciones emocionales generadas en relaciones estabilizadas en estilos vinculares de descalificación y/o acusación que generan malestar propio y ajeno.

Toda demanda terapéutica abre la posibilidad de un nuevo juego, de un nuevo comienzo, que ayude al consultante y, en lo posible, a sus otros significativos a correrse de hacer para enfermar, para pasar a un hacer que viabilice supervivencia y todo bienestar posible a través de la solución creativa de sus dramas vitales.

Pero si la primera respuesta del profesional, es una operación diagnóstica en la que se recrea una interacción descalificante basada en la asimetría de poder inherente al acto profesional, se corre el riesgo de producir una reiteración de vivencias enfermantes, esta vez de claro origen iatrogénico.

Cuando reducimos un malestar a un diagnóstico, ya el niño, adolescente o paciente queda reducido por el "rotulo" que se le asigna y el profesional no tratará ya con un semejante que sufre sino con por ej.: "un psicótico".

Lo lamentable es que no solo será el profesional, sino que él mismo se va a posicionar en ese lugar, además de que su entorno reaccionará de un modo singular ante la denominación recibida.

Ian Hacking llama a esto, "clasificaciones (clases) interactivas", dice entonces:

"Nos interesan especialmente las clasificaciones que, cuando son conocidas por las personas o por quienes están a su alrededor y usadas en instituciones, cambian las formas en que los individuos tienen experiencia de sí mismos; pueden llevar a que los sentimientos y conductas de las personas evolucionen, en parte, por ser clasificadas así".

"Los términos y descripciones en la nomenclatura psiquiátrica oficial son- dicen (Efrans, Luckens y Luckens)- una mezcla incongruente de juicios de valor, de atribuciones causales y caracterológicas, de metáforas indefinidas y de criterios de observación de varios grados. Virtualmente cada categoría

diagnóstica contiene términos cargados tales como “explotador”, “indecisión”, “cruel”, “susceptible”, “ impulsivo”, “sobre concienzudo”, y “resentido” Para Szazx, citado por estos autores, el diagnóstico psicopatológico es a menudo manejado como cachiporras semánticas: quebrar la dignidad y la respetabilidad de un sujeto lo destruye en forma tan efectiva como si le quebraran el cráneo.

Esta práctica de diagnosticar puede provocar que el terapeuta quede atrapado en una suerte de “cárcel conceptual”, emitiendo rigurosas afirmaciones “procustistas” (Procusto era un célebre bandolero de la mitología griega que luego de despojar a sus huéspedes los invitaba a acostarse en su lecho. Pero si la persona no pasaba de la medida de su cama, le cortaba las piernas, y si era más pequeño lo estiraba hasta que coincidía).

Esta concepción tropieza con la dificultad de imaginar dinámicas vinculares que, desde su singularidad repetitiva, generan el sufrimiento que moviliza la consulta. Y ese tropiezo es consecuencia de una suerte de “distancia entomológica” (entomología: ciencia de la clasificación y estudio de los insectos) que lanza al profesional a un apasionado coleccionismo de síntomas y signos, pues hace de los cuadros patológicos el pináculo desde donde se organiza luego la intervención terapéutica.

Respecto a los Diagnósticos, también la Ley de Salud Mental nos determina es su art 5 “La existencia de diagnósticos en el campo de la salud mental no autoriza en ningún caso a presumir de daño o incapacidad, lo que solo puede deducirse a partir de una evaluación interdisciplinaria de casa situación particular en un momento determinado”

Y complementariamente en el Art. 3 agrega: “Se debe partir de la presunción de capacidad de todas las personas. En ningún caso se puede hacer diagnóstico en el campo de la salud mental sobre la base exclusiva de:

- Status político, socioeconómico, pertenencia a un grupo cultural, racial o religioso.
- Demandas de familiares, laborales, falta de conformidad o adecuación con valores morales, sociales, culturales, políticos o creencias religiosas prevalecientes en la comunidad donde vive la persona.
- Elección o identidad sexual.
- La mera existencia de antecedentes de tratamiento u hospitalización.”

Por todo esto, la operación diagnóstica debe estar dirigida fundamentalmente a distinguir las coherencias operacionales del consultante y su grupo referente que generan malestar vincular. La pregunta por el ser es desplazada, por la pregunta por el hacer.

La narración en el nuevo conversar de la situación terapéutica, permitirá explorar primero y ensayar después, nuevas acciones que disuelvan ese hacer sufrir, habilitando otros modos de estar con los otros y consigo mismo.

Por supuesto que este tipo de intervenciones con estas características, no es nada sencillo, en un contexto sociocultural que tiende y espero del profesional intervenciones surgidas de registros epistémicos teóricos más positivistas, como lo son, por ej, los de la psiquiatría tradicional.

Sin embargo, el cambio en la producción de diagnósticos psico-patológicos concebidos como sucesos ajenos (objetivos) a la decisión constitutiva del profesional, para centrarnos en la detección de desacuerdos vitales que al ser

vividos como esenciales y definitivos generan experiencias de confrontación y sufrimiento, permite no sólo evitar la reiteración de esas experiencias en terapia, sino que genera formas de intervención más respetuosas, más habilitantes y, seguramente por ello, notablemente más efectivas.

4) DIAGNÓSTICOS EN LA INFANCIA:

"Si hay un psiquismo en constitución, no se pueden plantear "cuadros fijos", lo que implicaría coagular el movimiento, sin pensar que conflictivas están en juego, tanto intra-subjetivas como intersubjetivas, y que se repiten en una historia que excede al niño mismo"

"…Pensar las causas de las dificultades infantiles nos remite a la complejidad de las determinaciones, a lo aleatorio de la constitución subjetiva y a las múltiples posibilidades que debemos tener en cuenta"[24]

Detectar patologías es diferente a colgar un cartel, a plantear un trastorno como un sello inmodificable.

"… una cuestión central es pensar que el niño no es producto liso y llano, efecto de un funcionamiento familiar y social, sino de que, sin tener necesidad de recurrir a hipótesis biológicas, tiene ciertas disposiciones que le permiten de un modo a veces azaroso, registrar e inscribir ciertas representaciones y no otras, vivenciar algunas situaciones como terroríficas y otras como placenteras, sin que esto corresponda puntualmente con la situación misma"

"Diagnosticar no es poner carteles, sino delimitar cuales son las determinaciones, que conflictos están en juego, como pasa lo intersubjetivo (que incidencia tiene el funcionamiento psíquico de aquellos que lo rodean), y que defensas se han estructurado ya en ese niño. Que es lo que el entorno repite y que repite el niño mismo. Y para eso hay que preguntar y preguntarse es estar dispuesto a encontrarse con respuestas que muchas veces, ponen en juego nuestros saberes, y escuchar a los padres y maestros, pero también al niño mismo que dirá como pueda lo que le sucede"[25]

5) MEDICALIZACION

Michel Focault (2008), coloca a la medicación en el vértice entre medicina, Estado, y poder. Los orígenes del proceso de medicalización están fuertemente ligados a la gubernamentalidad estatal"[26]

"En el siglo XX… el desarrollo exponencial de la industria químico farmacéutica y de la aparatología médica, promovió la generación de un mercado mundial al que se sumarían, en la faz de la financiación de la economía, los seguros de salud como forma de acumulación con fines financieros de recursos sociales. Por ello el proceso de medicalización adquirió un nuevo impulso que ya no se centraba en la acción estatal, sino en el mercado. La "mercantilización de la salud" (Laurell, 19994), designa la transformación de las prácticas, tecnológicas y los saberes médico-científicos en bienes transables cuyo acceso requiere de un sujeto capaz de entrar al

[24] El sufrimiento psíquico en los niños. Psicopatología infantil y constitución subjetiva. Beatriz Janin. Colección Conjunciones. Capítulo 2: Diagnósticos en la infancia (pag.33).

[25] El sufrimiento psíquico en los niños. Psicopatología infantil y constitución subjetiva. Beatriz Janin. Colección Conjunciones. Capítulo 2: Diagnósticos en la infancia (pag.35-36).

[26] Propuesta Educativa 37. Infancia y medicalización en la era de "la salud perfecta". Alicia Stolkiner,(pag.29).

mercado como consumidor o cliente. Se comenzaban a sentar las bases para la era que Lucien Sfez denominará “la salud perfecta”, en la cual la salud se constituye, en un imperativo moral y la “utopía” de la época “pregnancia de la utopía médica-hospitalaria de una salud total” (Sfez. 2008, pag.15).

“En la argentina la entrada de la medicina científica en las vidas singulares de la “población”, también fue impulsada por el Estado desde su fundación. Hasta mediados del siglo XX, se instituyó la asistencia estatal filantrópica para pobres, a la que se agregaron las mutuales espontáneas de los trabajadores y la asistencia privada para los pudientes, constituyendo el embrión del futuro sistema de atención en salud del país. Una de las particularidades de ese período fue la presencia de médicos-políticos e higienistas (Álvarez y Carbonetti, 2008) con fuerte influencia no sólo en la fundación de establecimientos asistenciales, sino también en acciones generales y políticas destinadas a enfrentar los problemas que planteaban el nuevo modo de vida urbana, la migración masiva, las formas y hábitos de vida en sectores populares, y las epidemias. .. El alienismo se instala como un modelo de abordaje de la locura.”[27]

Así “ la medicalización, al concebir la sociedad como un organismo que producía en su seno individuos degenerados, hará de lo patológico la categoría conceptual a partir de la cual podía ser pensado lo normal y por lo tanto desde la que plantearán la integración y la segregación” (Ruibal, 1996, pag. 194).

“En la última década se ha reflotado a nivel nacional y en foros internacionales (OMS/OPS) el discurso de la Atención Primaria de la Salud desde una perspectiva de derecho, retomado a nivel nacional.

Este proceso, fue incorporando la atención médica y el uso de medicamentos como parte de las estrategias de cuidado de la salud de la mayoría de las familias, especialmente las clases medias. Es sobre estas prácticas cotidianas que avanza la medicalización ligada a la mercantilización, a la par que, se profundiza la tensión entre ello y la presencia de actores fuertemente construidos en la trágica historia reciente, que han logrado erradicar en la cultura conceptualizaciones de derechos. Entre ellos los que tiene por sujeto a los niños, niñas y adolescentes.

En este debate, y ante la existencia de sectores con déficit de acceso a atención médica, la necesidad de garantizarlo de manera equitativa suele hacer olvidar que derecho a la salud incluye también el derecho a la no medicalización (Stolkiner, 2010).

Por ejemplo, la provisión gratuita de medicamentos, una medida indispensable para garantizar el derecho a la salud de buena parte de la población, sino se acompaña de prácticas integrales de cuidado y de cambio sustancial en la relación profesional/usuario, puede fortalecer la tendencia a homologar la consulta médica a la prescripción- no siempre necesaria- de un fármaco, favoreciendo el consumo (y no el uso racional) de medicamentos en los sectores más desprotegidos”[28]

Aquí también y respecto a la medicación, la ley de salud mental vigente nos marca un horizonte en su art 12 “La prescripción de la medicación solo debe

[27] Propuesta Educativa 37. Infancia y medicalización en la era de “la salud perfecta”. Alicia Stolkiner, (pag.30).
[28] Propuesta Educativa 37. Infancia y medicalización en la era de “la salud perfecta”. Alicia Stolkiner, (pag.31).

responder a las necesidades fundamentales de una persona con padecimiento mental y se debe administrar exclusivamente con fines terapéuticos y nunca como castigo, por conveniencia de terceros, o para suplir la necesidad de una acompañamiento terapéutico o cuidados especiales. Se debe promover que los tratamientos psicofarmacológicos se realicen en el marco de abordajes interdisciplinarios".

Conrad también dice, que la medicina utiliza diversas tecnologías para el tratamiento del comportamiento "anormal". Estos mecanismos tecnológicos –fármacos psicoactivos, cirugías o intervenciones genéticas– generalmente actúan de manera tal que contribuyen a sostener al statu quo de la sociedad, con efectos poderosos y a veces irreversibles sobre quienes se ejercen.

La medicalización retraduce en cuestiones individuales las dificultades humanas. Omite o relega a un segundo plano la naturaleza social del comportamiento humano, ya que se concentra en el medio ambiente interno del individuo. De esta manera, obtura otros niveles de intervención.

Según Conrad este enfoque en el organismo individual –que está en perfecta consonancia con la ética individualista de la cultura occidental– "deforma la realidad y permite el control social en nombre de la salud" (Conrad 1982: 154).

"El mayor peligro que acecha a la práctica clínica con niños lo constituye el intento de componer una lectura fragmentaria y carente de perspectiva, en la cual él síntoma sea definido desde una fenomenología sin espesor que cumple una función de des-responsbilización y se pone al servicio de una práctica de lo inmediato. Propuesta ésta que no es sin el efecto, en el campo de la cura, del modo salvaje de subordinación de las necesidades a las regulaciones de la economía, y del estallido del sujeto en un conjunto de funciones que lo hacen más o menos apto para poner su propia economía psíquica al servicio de las regulaciones auto-conservativas de las corporaciones.

Este avance de la irracionalidad clasificatoria se produce también porque el psicoanálisis, que se ha mostrado como la teoría de la subjetividad más profunda del siglo XX. No ha logrado salvar ciertos impasses de sus propias discusiones internas. Nos vemos entonces ante la urgencia de generar un conjunto de parámetros ordenadores de validación intra-teórica, que puedan ser sometidos a la prueba de la metapsicología y a la castración a través de la investigación" (Bleichman, S. 1998).

Para finalizar sobre esta problemática Alicia Stolkiner no dice que, "el campo de la salud mental es de los que materializa de manera transparente el antagonismo entre la subjetivación y objetivación inherente a la época. En él la práctica curativa ha incluido la posibilidad de privar de libertad a una persona en nombre de su curación, así como lo hacían las instituciones tutelares de la infancia en nombre del cuidado. Es a partir de la segunda mitad del siglo XX que comenzaron sus transformaciones y cuestionamientos, dando lugar a la aparición de formas comunitarias de asistencia. El marco de esta transformación fueron los estados de bienestar y la expansión de las ideas de derechos. Paradójicamente, una de las herramientas fue el desarrollo de la psicofarmacología cuya eficiencia para atemperar los síntomas de las situaciones de crisis y para estabilizar situaciones anteriormente deteriorantes

facilitó la atención ambulatoria. No obstante, aún dentro de los procesos de reforma en salud mental puede reaparecer la tendencia medicalizante en el polo de la objetivación, apoyada hoy en el neo-biologismo que utiliza, a los fines de su legitimación, los avances de la ciencia.

El proceso de la objetivación se produce en el abordaje medicalizante de las así llamadas "enfermedades mentales", por un triple movimiento: individualizar el proceso de salud-enfermedad-cuidado, reducir el padecimiento psíquico a la psicopatología y ontologizar luego el cuadro psicopatológico"[29]

Por este motivo malestares producidos por los niños, conductas disruptivas que dislocan situaciones institucionales, problemas que se generan ente la crisis de las familias o la escuela, son todos síntomas que expresan- a la manera que el niño/a puede- situaciones de abuso o de violencia, rendimientos insuficientes antes las expectativas paternas, conductas dilectivas, etc., son todas problemáticas complejas que resultan reducidas a entidades psicopatológicas (explicadas generalmente de manera genética u orgánica), y que suponen respuestas psicofarmacológicas, lo cual es erróneo.

Por lo tanto y por todo lo anteriormente dicho, concluyo diciendo que el padecimiento subjetivo no es reductible a la psicopatología, ya que esta reducción implicaría negar la complejidad del proceso que obviamente excede el cuadro.

6) INTERNACION

Es importante también poder analizar dentro de este marco de diagnósticos y encuadres gnoseológicos, la implicancia y relevancia que tienen también el aumento progresivo de internaciones, conjuntamente con la carencia de recursos de las Instituciones para poder albergar y brindar las condiciones óptimas que deberían tener para poder albergar a los niños, niñas y adolescentes. Encontrándonos no solo con una marcada internación sino también con situaciones desbordantes en las mismas instituciones, por carecer de profesionales idóneos o personal acorde para dicha atención.

Pero no podemos abordar este tema sin hacer referencia al marco histórico y legal por el cual han transitado las políticas de Salud Mental en referencia a la responsabilidades y competencias de los servicios a cargo de las internaciones y sobre en todo en referencia a las salud mental y en particular en niños, niñas y adolescentes

"En agosto del 2010 a partir de la reforma del decreto N° 647 se transferían las competencias relativas a la atención de niños, niñas y adolescentes con problemáticas de salud mental y discapacidad que vivían en hogares de alojamiento de la órbita de la dirección de Niñez del Ministerio de Desarrollo Social del Gobierno de la Ciudad de Bs As. (GCBA) a la dirección de Salud mental del Ministerio de Salud.

Junto con esto se trasladaban también los convenios suscriptos por dicho Ministerio con instituciones privada de la salud mental y discapacidad donde alojaban a los niños, niñas y adolescentes; y se direccionaban los créditos correspondientes a partidas presupuestarias desde el sector público a efectores privados pagando una suma considerable por cada uno de ellos.

[29] Propuesta Educativa 37. Infancia y medicalización en la era de "la salud perfecta". Alicia Stolkiner, (pag.35).

Este traspaso constituyo un punto de viraje en términos de modalidades de intervención respecto de los problemas de salud mental infantil en la ciudad de Bs As. Junto con la suscripción de un nuevo convenio con una clínica de internación psiquiátrica privada, por primera vez la Dirección de Salud Mental de esta ciudad tercerizaba su responsabilidad- hasta ese momento a cargo de instituciones estatales- abriendo de este modo, las puertas a dispositivos de mercantilización en el ámbito sanitario y social.

Esta medida se tomé en ausencia de un plan de salud mental para la ciudad que incluyera la comprensión, el diseño e implementación de abordajes de la complejidad de estas nuevas problemáticas infantiles que desbordaban las clasificaciones psiquiátricas clásicas."[30]

"Naturalizaba que niños y niñas menores d e18 años con sufrimiento psíquico, privados temporariamente de cuidados parentales, vivieran en instituciones que se iban configurando así en "instituciones totales" (Goffman, 1998). Es decir, lugares de residencia donde un gran número de niños desarrollan todos los aspectos de su vida en el mismo espacio y bajo la misma autoridad, con un limitado contacto con el exterior. Lugares en donde reciben "tratamiento" y son medicados, y en muchas ocasiones ni siquiera asisten a la escuela, ni se les permiten salidas o visitas, perdiendo así-cada vez más- su autonomía personal. Lugares que no cuentan con dispositivos de externación y fortalecimiento familiar en su propuesta institucional, lo cual implica la vulneración de las leyes N° 114 y N° 26061 que entienden que el alojamiento debe ser un recurso subsidiario, excepcional y transitorio y que recurrir a una forma convivencial alternativa al grupo familiar del niño debe constituir siempre una medida excepcional, y en ningún caso puede consistir en privación de la libertad."

Este pasaje del ámbito de Desarrollo Social al ámbito de salud contribuyo a modificar la modalidad de cuidados establecida en los hogares de niños, niñas y adolescentes, estigmatizando y medicalizando el sufrimiento de los mismos. Dividió a los hogares en: convivenciales, terapéuticos y de atención especializada.

A medida que se especializaban, se complejizaban los equipos técnicos dentro de la institución, incluyendo obligatoriamente a un psiquiatra, al mismo tiempo que aumentaba considerablemente la cápita por niño.

"Las instituciones transferidas al área de salud, denominadas hogares de atención especializadas, lejos de desarrollar modalidades de intervención que promovieran la atención personalizada, al respecto de los aspectos socioculturales, la inclusión en espacios educativos, de salud, recreación y capacitación inherentes al proceso de constitución subjetiva de cada niño, niña y adolescente, se iban convirtiendo en instituciones de internación psiquiátrica, concentrando características semejantes a aquellas. Destinadas a niños, niñas y adolescentes que presentaran cuadros psicopatológicos, definición que fundamentó el traslado al ámbito de salud mental. Así la fragilidad psíquica

[30] Revista Actualidad Psicológica. La patologización d la Infancia, (pag.21-23) Marzo del 2013.Sufrimiento psicosocial en la niñez: el desafío de las políticas en salud mental.

producto de traumatismos sociales severos terminó explicada y diagnosticada en términos psicopatológicos.

Fomentando diagnósticos y etiquetas psiquiátricas, que inician un circuito de deriva institucional de los niños, niñas y adolescentes con sufrimiento psicosocial a hogares cada vez más especializados. Incrementando el estigma del diagnóstico….Profundizando esa tendencia es que en el año 2012 se crea una institución pública para recibir solo niños y niñas externados del Hospital Tobar García con una propuesta poco clara des una perspectiva de derechos y salud mental comunitaria"[31]

Se instalaba de este modo un modelo de intervención que contribuía a reforzar y consolidar los procesos de medicalización e internación que se venían desarrollando en épocas anteriores.

Al hablar de internaciones, la ley de salud mental, también nos brinda el marco y las directivas con las cuales debemos guiarnos, en el art 14 dice:

"La internación es considerada como un recurso terapéutico de carácter restrictivo, y sólo puede llevarse a cabo cuando aporte mayores beneficios terapéuticos que el resto de las intervenciones realizables en el entorno familiar, comunitario o social. Debe promoverse el mantenimiento de vínculos, contactos y comunicación de las personas internadas con sus familiares, allegados y con el entorno laboral y social, salvo en aquellas excepciones que por razones terapéuticas debidamente fundadas establezca el equipo de salud interviniente"

"Art 15: La internación debe ser lo más breve posible, en función de criterios terapéuticos interdisciplinarios. Tanto la evolución del paciente como cada una de las intervenciones del equipo interdisciplinario deben registrarse a diario en la historia clínica. En ningún caso la internación puede ser indicada o prolongada para resolver problemáticas sociales o de convivencia, para la cual el Estado debe proveer los recursos adecuados a través de los organismos públicos competentes"

Muchas veces en este punto, en la práctica no es así, ya que el Estado no puede cubrir las necesidades porque la localidad carece de dichos organismos para poder cubrir las mismas en dicho territorio, por ejemplo en San Nicolás no hay desde hace ya más de 7 años, atención pública en Neurología Infantil ni Psiquiatría, ni lugares idóneos para el trabajo con niños con problemas de orden psiquiátrico ni temáticas de adicciones, incluso centro de internación en la misma localidad, lo cual dificulta enormemente los tratamientos ambulatorios, o si hay internaciones son en La plata, en Bs As u otras localidades dificultando enormemente el poder garantizar el sostenimiento y apoyo de los vínculos familiares, haciendo aún más compleja la internación del paciente.

Además la ley determina que las internaciones deben ser acompañada por la voluntad del paciente salvo en el art 20 donde dice que: "La internación involuntaria de una persona debe concebirse como recurso terapéutico excepcional en caso de que no sean posibles los abordajes ambulatorios, y sólo podrá realizarse cuando a criterio del equipo de salud mediare situación de riesgo cierto e inminente para sí o para para terceros.

[31]Revista Actualidad Psicológica. La patologización d la Infancia, (pag.21-23) Marzo del 2013. Sufrimiento psicosocial en la niñez: el desafío de las políticas en salud mental

El único articulo respecto a los niños en dicha ley es el Art 26 que dice: “En caso de internación de personas menores de edad o declaradas incapaces, se debe proceder de acuerdo a lo establecido por los Art 20, 21, 22, 24 y 25 de la misma. En el caso de niños, niñas y adolescentes además se procederá de acuerdo a la normativa nacional e internacional de protección integral de derechos.

En relación a este tema es de público conocimiento las irregularidades que se han encontrado en los institutos de internación en Salud Mental y sobre todo con niños, niñas y adolescentes. A veces no hay pabellones especiales para los mismos y sobre todo en Adicciones cuando se ingresa por una urgencia, los escasos recursos humanos especializados en la temática, sumado a la ausencia de dispositivos innovadores destinados a niños, niñas y adolescentes denominados “graves” por los servicios.

Sería relevante poder plantar prácticas transformadoras y adecuaciones legales, junto con instancias supervisoras que pudieran dar una respuesta garantiza y adecuada, tomando en consideración cada situación particular de los a los niños, niñas y adolescentes, a fin de no vulnerar nuevamente sus derechos, y permitirles una posibilidad diferente de reestructurarse, de re aprender conductas. Tomando en consideración no solo que es un niño el que sufre, sino no también considerar que es un psiquismo en construcción, con posibilidades de cambio, crecimiento y aprendizaje. Pudiendo habilitar el espacio y el tiempo, además de los recursos necesarios para que ello acontezca.

“Entonces hablar de psicopatología infantil lleva indudablemente a reflexionar sobre las condiciones socio-culturales en las que se gesta dicha patología y también sobre qué es considerado patológico en cada época.

En la época actual, una sociedad en la que se idealiza el éxito fácil, el consumo, el poder, la imagen, en la que los mandatos son del tipo: “solo hazlo”, en que hay un exceso de información, en que los ritmos son vertiginosos, en la que temido es la exclusión, ¿Qué lugar pueden ocupar los niños?”[32]

Por eso es fundamental poder pensar ¿Cuánto incide, cada época en la mirada que los otros le otorgan al niño y en la que tiene de sí mismo? Y ¿Cómo incidirá esto en la estructuración de la representación que cada uno haga de sí mismo? Representación que es constitutiva para el sujeto.

[32] El sufrimiento psíquico en los niños. Psicopatología infantil y constitución subjetiva. Beatriz Janin. Noveduc. Cap. 3 (pag.62).

CAPITULO 3:

2) INCIDENCIA DE CASOS DE PATOLOGIZACIÓN DE LA INFANCIA.

Es por lo anteriormente expuesto, que me resulta interesante poder tomar como referente los indicadores estadísticos actuales de la incidencia de casos de patologización.

En primera instancia porque nadie lo tiene en cuenta, ni se realiza; y en segundo lugar porque es sobre la base de dichos números sobre los que se trabaja al momento de destinar recursos y políticas de estado que respondan a ella. Pero sin datos numéricos o estadísticas que planteen esta situación como una proliferación, cuasi una epidemia, jamás se la tomara como algo serio; además de saber que no se trabaja desde la Prevención Primaria en Salud Mental, ni el abordaje de los mismos se efectúa desde una mira global sino, solo médico- clínica, dejando de lado otras variables que intento marcar en mi trabajo, que a modo de hipótesis considero que muchas veces favorecen o gestan un terreno propicio para la proliferación o aumento de patologías en niños y/o adolescentes. Debido a los contextos en los que viven y a los vínculos que se establecen en ellos, tomando como contexto la familia, la sociedad, la cultura, el barrio, la ideología y el modo particular de cotidianidad en la que los niños y jóvenes viven hoy en día , pudiendo pensar en contextos más saludables para ellos.

3) LA PSIQUIATRIA INFANTO JUVENIL

En los últimos años ha aparecido una rama de la Psiquiatría, destinada a la infancia y adolescencia a fin de poder dar cuenta y respuesta a los diversos comportamientos de los mismos, y poder encuadrarlos dentro de un marco de control y poder.

"La psiquiatría infanto-juvenil es una rama de la medicina que se ocupa de la población con problemas mentales y que se encuentra en la franja de edad comprometida entro los 0 y los 18 años".

- La tasa de prevalencia de enfermedades mentales en niños y adolescentes, se sitúa entre el 15 y el 20% de la población infanto-juvenil.
- En los estudios científicos, el 80% de los trastornos mentales de los adultos tuvo su comienzo antes de los 18 años.
- El 22,1 % de los niños entre los 4 y los 15 años presentan riesgo de mala salud mental (En nacional de salud mental de España 2014)
- El 24 % de los niños y adolescentes sufre algún trastorno mental.
- En el año 2020 el 50% de la población infanto-juvenil sufrirá un trastorno mental a nivel mundial.
- El Suicidio es la 3 causa de muerte en adolescentes y jóvenes.
- El 8% de los niños pueden padecer un trastorno de hiperactividad, de estos el 70 % padecerá otros trastornos mentales.
- Los trastornos alimenticios se presentan en niños de 6 a 10 años
- El n° de fracasos escolares, cuyo origen es un trastorno emocional o de conducta, es cada vez mayor.

- El consumo de alcohol y otros tóxicos crece sin cesar. Los adolescentes se inician en el alcohol entre los 11 y 12 años. El 33 % ha probado cannabis.
- El desarrollo de una buena asistencia en salud mental infanto-juvenil propiciará una sociedad con más capacidad preventiva de trastornos mentales."

4) LA DESATENCIÓN CON O SIN HIPERACTIVIDAD

¿A que le prestan atención los niños hoy?

Una patología actual interesante a analizar es el síndrome denominado ADHD "disturbios de atención con/sin hiperactividad (ADHD) el cual ha sido objeto de una cantidad impresionante de investigaciones experimentales y de estudios científicos. "Las investigaciones realizadas, dependientes de recursos financieros aportados por los mismos laboratorios, están fundamentalmente orientadas a identificar las presuntas causas biológicas del problema y su respuesta a tratamientos farmacológicos, acompañadas de un significativo desinterés por indagar variables de tipo psicológico, ambientales o sociales y los efectos de intervenciones pedagógicas o psicoterapéuticas"

"Es ya costumbre definir al ADHD, en primera instancia, como una "enfermedad genéticamente determinada", considerando las condiciones psicosociales de los sujetos como variables ajenas a la etiología del problema que presentan o entendiéndolas en términos de " comorbilidad", es decir, en calidad de trastornos secundarios generados como consecuencia del trastorno genético que padecen, influidos, a su vez, por el tiempo transcurrido sin atención y la gravedad con que se presenta la sintomatología.

A propósito resulta necesario aclarar que aún no hay evidencias experimentales que demuestren la causa directa a través de algún gen o pool de genes y que ningún marcador biológico (fenotipo) pudo hasta el momento ser demostrado con certeza"[33]

Respecto al ADHD voy a tomar la definición de Gloria Setó (1999), "El síndrome de hiperactividad con déficit de atención es una agrupación de síntomas que se presentan juntos y que no tienen una etiología determinada sino múltiple- social, familiar, psicológica, psicopatológica y biológica- y las opciones terapéuticas, siempre que sea posible, tienen que ser igualmente multidimensionales y centradas en las primeras relaciones del niño con sus padres. El tratamiento mediante fármacos psicoestimulantes, que sin duda reducen a corto plazo la sintomatología en un porcentaje significativo de casos, pensamos que no tendría que ser el tratamiento exclusivo ni tampoco siempre el de primera elección"

En 1998 El Instituto Nacional de Salud de EEUU (NIH), realiza un consenso sobre ADHD, concluyendo que:

- " En el promedio general, el 10% de las atrofias cerebrales vistas en pacientes con ADHD, por medio de la resonancia magnética estructural cerebral, no eran ocasionadas por este "síndrome", sino por el largo tiempo de tratamiento con metilfenidato /anfetamina"

[33] ADDH Niños con déficit de atención e hiperactividad ¿Una patología de mercado? Anexo Consenso Internacional de Expertos en Italia (pag.246-247).

- El ADHD es comúnmente diagnosticado como un problema conductual que representa un costo importante para la salud pública.
- No hay test válido independiente para el diagnóstico del ADDH.
- No hay datos que indiquen un mal funcionamiento cerebral relacionado con el cuadro.
- Finalmente, después de mucha investigación médica, nuestro conocimiento de las causas que producen el ADDH permanecen especulativas.
- No se poseemos estrategias documentadas para su prevención.

En el año 2000: El marketing se mezcla con la ciencia: Se denuncia que algunos miembros de la Asociación de Psiquiatras Norteamericanos (APA) tienen vinculación con la industria farmacéutica y que ellos colaboraron en la organización del Manual del Diagnóstico y Tratamiento, llamado DSM IV, facilitando la unificación diagnóstica y terapéutica.

"El ADHD, por lo tanto, a lo sumo, sólo puede considerarse en términos hipotéticos como un simple grupo de comportamientos disfuncionales, demasiado ambiguos como identificar una enfermedad.

La insuficiente definición de estos comportamientos-síntomas, desde el punto de vista operacional, impide configurar netamente al ADHD como un psicopatológico con entidad propia.

Sobre la base de los resultados científicos actualmente disponibles, el diagnóstico de ADHD corre el riesgo de ser sostenido fundamentalmente por motivaciones de carácter económico y no direccionado en función de un real beneficio del niño/paciente"[34]

Tomo datos también, de un estudio que se elaboró sobre la base de entrevistas realizadas en el Servicio de Psicodiagnóstico de la cátedra de Psicopedagogía Clínica, de la Facultad de Psicología (UBA) en el período 2003-2005

"La muestra que se utilizó para este estudio fueron 100 niños y niñas, cuyas edades estaban comprendidas entre los 6 y los 12 años, derivados- por los equipos de orientación escolar en el período 2003.-2005 por manifestar dificultades escolares- al Servicio de Psicodiagnóstico de la Cátedra de Psicopedagogía clínica de la Facultad de Psicología. De allí se tomaron 75 niños acerca de quienes los docentes realzaban sus dificultades atencionales.

- El 60 % de los consultantes son varones y el 40% niñas.
- El 27 % de los niños consultantes han repetido por lo menos un grado.
- El 44% de los niños conviven con el padre y la madre, y el 51% sólo con la madre.
- Sólo el 15 % delos casos trabajan el padre y la madre, en el 41% trabaja sólo la madre y en el 19% de las familias ambos padres están sin trabajo.
- El 55% de las familias conviven en un único cuarto, ya sean en casa de algún familiar, en hoteles, pensiones o casas tomadas; lo cual implica que la mayoría de estos niños comparten el lecho con algún hermano o alguno de sus padres.

[34] ADDH Niños con déficit de atención e hiperactividad ¿Una patología de mercado? Anexo Consenso Internacional de Expertos en Italia (pag.248).

- En el 70 % de las familias aparecen situaciones de maltrato, violencia y/o abuso, tanto sobre el niño como padres que han sido maltratados desde pequeños y /o parejas que se maltratan entre sí.
- El 71% de los casos derivados los docentes refieren dificultades atencionales en los niños.
- Cada vez son más los casos en los cuales debemos solicitar diferentes tipos de intervenciones, como la Defensoría del pueblo por problemas de abuso y/o violencia, o el Servicio de Neuro-pedriatría por la indagación de distintos diagnósticos que no habían sido investigados anteriormente, incluso aunque hubiera casos recurrentes de patología similar en varios miembros de la familia.

Sin duda, como se puede observar en este pequeño recorte de datos estadísticos, la realidad en la cual están inmersos los niños y niñas de la sociedad actual excede ampliamente las cuestiones para las que hemos sido preparados como profesionales, tano en la salud como en la educación, con la cual las herramientas con las que creíamos contar anteriormente ya no nos alcanzan para intervenir en las circunstancias actuales

Los profesionales tendremos que construir, junto con los docentes, nuevas herramientas que permitan disminuir el riesgo de fracaso escolar, las dificultades sociales y familiares a las que cada uno de estos niños se ve sometido y romper así el aparentemente inevitable circuito de exclusión que se produce".[35]

También respecto a esta proliferación, patologización y el sobre-diagnóstico del ADD y al ADHD, Mariana Carbajal, escribe:

"La venta de estimulantes y otras drogas que se recetan a chicos inquietos y desatentos en la aulas de colegios, aumenta sin causa en la Argentina: la industria farmacéutica facturó, solo en los primeros nueve meses de 2006, casi 125 millones de pesos en ese rubro, un cifra de facturación equivalente a la de todo 2003. El principal psicofármaco que se usa para tratar los cuadros diagnósticos con el llamado Síndrome de Déficit de Atención con y sin Hiperactividad (ADD /ADHD, por sus siglas en inglés) es el metilfenidato una droga de acción similar a la de las anfetaminas, que por su potencialidad adictiva está incluida en el listado de dragas de alta vigilancia controladas por la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE) de la Organización de Naciones Unidas (ONU). En una sociedad acostumbrada, cada vez más, a las soluciones rápidas. La aparición de una "pastillita mágica" ha tenido un fervoroso recibimiento."

"La venta de metilfenidato fue interrumpida décadas atrás, en la Argentina, por decisión de la misma compañía farmacéutica que ese momento la importaba, debido al extendido uso de la droga entre estudiantes universitarios como estimulante. Pero a comienzos de los 90 se volvió a comercializar a partir del gran interés expresado al laboratorio por un grupo de padres y profesionales de la salud infantil, interesados en acceder a la droga sin tener que gestionas su compra en Estados Unidos. Las fundaciones de padres y algunos neuro-pediatras se encargarían de difundir el uso de la medicación para chicos desatentos."

[35] Diagnósticos en la Infancia: Complejidad de las problemáticas actuales. Gisela Untoiglich (pag.92-93).

Durante la década del 90, el diagnóstico de chicos inquietos y desatentos con ADD y ADHD se extendió como una epidemia en sectores medios y altos, especialmente en la metropolitana, siguiendo la misma tendencia que en los Estados Unidos, de la mano de profesionales que convirtieron los cuadros virtualmente en una especialidad médica.

Los especialistas aseguran que la patologización y la medicalización de las infancias y adolescencias es un fenómeno cada vez más frecuente en la actualidad. Lo que antes se presentaba como casos aislados ahora se torna habitual y en este proceso las escuelas no permanecen ajenas, ya que se trata de una franja etaria que permanece gran parte del tiempo afectada a este ámbito. Gabriela Dueñas, psicóloga y licenciada en Educación, explicó:

"Estos discursos biologicistas parten de recortes que se hacen desde determinados lugares de la ciencia y no tienen fundamento, sino que trabajan sobre lecturas que terminan induciendo a la comunidad a pensar que los que padecen deficiencias son los niños, cuando en realidad lo que están padeciendo es un déficit de atención por parte de la sociedad adulta, que no nos estamos pudiendo ocupar de atenderlos como se merecen".

"Muchos de los comportamientos por los cuales los chicos terminan siendo medicados son síntomas de problemáticas de carácter social, familiar, escolar; y otras tantas son simplemente conductas con las que hoy se nos presentan las nuevas infancias y adolescencias. Se patologiza, cuando en realidad muchas veces un niño padece, por ejemplo, situaciones de violencia familiar y a esto lo expresa en la escuela a través de determinado tipo de dificultades para prestar atención en clase".

Y creo que es fundamental lo que ella argumenta al momento de trabajar con los niños como profesionales, "Si no somos capaces de escuchar lo que nos está tratando de comunicar ese niño con esa dificultad le ponemos una etiqueta de ADD (trastorno por déficit de atención con hiperactividad, Attention Deficit Disorder, en inglés) y encima lo estamos sometiendo a la administración de drogas psicoactivas, como anfetaminas, y a programas de adiestramiento conductual. Estamos arrasando con sus derechos, lo estamos silenciando, y ejercemos sobre él una nueva forma de violencia, esta vez por parte de la escuela y de los profesionales que están en esta línea de trabajo".

"La mayor parte de los cuadros diagnosticados como ADDH, rigor de verdad, son manifestaciones secundarias o alteraciones de diverso orden, donde encajan lo social, lo psicológico, la patología neurológica, lo psicopedagógico y lo emocional.

Una consecuencia importantes es que, al conformarnos con el diagnóstico de ADDH y entenderlo como un cuadro de existencia objetiva, con características propias que lo identifican y permiten un tratamiento, corremos el riesgo de proponer un tratamiento para un nombre y no para lo que realmente le ocurre al paciente. Si aceptamos, en cambio la existencia de diferentes componentes, distintos en los distintos pacientes, deberíamos pensar en opciones terapéuticas (medicamentosas o no) para cada uno, de acuerdo a sus necesidades." [36]

[36] Colección Conjunciones. ADDH Niños con déficit de atención e hiperactividad. ¿Una patología del mercado? .Una mirada alternativa con enfoque multidisciplinario.

"El efecto del metilfenidato parece ser sensible al contexto en el cual la droga es administrada. La relación entre la dependencia del contexto y la utilización del metilfenidato y su relación con la dopamina fue demostrada por Oberton y Clark en 1997, al demostrar que la actividad dopaminérgica responde a la estimulación del medio ambiente.

Además, Schultz en 1998 dijo que esto era más evidente cuando la actividad a realizar era novedosa e impredecible y reafirmó que los estímulos interesantes activan las células dopaminergicas. Las modificaciones dela dopamina inducidas por el metilfenidato aumentarían en mayor grado en la medida que las tareas a realizar sean de interés para el niño, no así cuan do las tareas son rutinarias. Me pregunto entonces: ¿No sería menos nocivo (aunque más trabajoso) proponer la realización de tareas desafiantes, que estimulen el intelecto de los niños, en vez de medicarlos con drogas cuyo efecto a largo plazo desconocemos y que presentan riesgos ya demostrados a corto plazo?"[37]

5) ¿LOS NIÑOS DESAFIANTES O EL DESAFÍO DE NUESTROS DÍAS?

La Licenciada Beatriz Janin nos dice al respecto:

"Son niños a los que se adjudica "mala conducta" o "mala educación". Algunos de estos niños fueron rotulados por diferentes profesionales como síndrome de Déficit de atención con Hiperactividad. Otros, como trastorno negativista desafiante o trastorno oposicionista desafiante, una nueva clasificación que circula por los ámbitos de la salud y la educación.

Otros trastornos de época con una supuesta solución de época. Así, algunos niños a los que pone este "sello" son medicados con antipsicóticos en dosis leves, para mejorar su conducta.

Es una denominación que suele abarcar patologías muy diferentes. Desde las respuestas impulsivas y agresivas de un niño que siente que su psiquismo estalla frente a las exigencias del mundo, hasta las dificultades de otros que no tolera las normas, todos son ubicados del mismo modo. A la vez, es frecuente que estos niños susciten hostilidad de los adultos. Es decir, no se lo piensa como una conducta que suscita preguntas, que "dice" algo, sino como algo a acallar.

El comportamiento transgresor y desafiante de los niños de hoy no tiene que ver necesariamente con una falta de castigos o con actitudes demasiado permisivas de los padres.

Considero, por el contrario, que los adultos presentan dificultades para sostenes las diferencias, niño-adulto, no pueden ser garantes de un futuro mejor y esperan que los niños los sostengan narcisísticamente.

Así generan actitudes y respuestas frente a las que luego son violentas. Son niños a los que se han imbuido de un poder omnímodo. Es decir, son los mismos adultos los que los han convencido de que son seres poderosos, que

[37] León Benasayag. Desconstrucción neurológica del llamado "ADDH". Cap. III. (pag28) Colección Conjunciones. ADDH Niños con déficit de atención e hiperactividad. ¿Una patología del mercado? .Una mirada alternativa con enfoque multidisciplinario.

deben cumplir con todo lo esperado “ya” y que este cumplimiento les traerá satisfacciones inmediatas.

¿A qué se oponen los niños? ¿A qué se niegan? Qué desafío está en juego. ¿Qué nos están diciendo con tanto negativismo?

Es frecuente que los niños de hoy traten a los adultos como pares e intenten imponer su voluntad a todo costo.

Hay determinaciones sociales, familiares e individuales que debemos tener en cuenta en la producción de estas conductas que suelen denunciar dificultades en la estructuración narsicistica.

El problema con el que solemos encontrarnos es que, al considerar el comportamiento como algo estático, un trastorno que el niño trae y que es atemporal, no se toma en cuenta su sufrimiento. Estos niños, a su vez, suelen desmentir el dolor, justamente porque suponen que tienen que funcionar como poderosos y que si se muestran débiles quedan a merced de un tirano.

Generalmente, son sancionados, castigados, expulsados, lo que refuerza la idea de un mundo hostil y arbitrario.

Lo fundamental es devolverles a estas conductas su carácter de incógnita, de aquello que nos hace preguntarnos que nos están diciendo.

Considero que lo que aparece como conducta oposicionista desafiante o negativista, puede responder a múltiples determinaciones y que en estas tiene peso tanto el medio social como el familiar, así como el modo particular en que ese niño tramita sus vivencias.”

“Hoy la batalla es contra las resistencias, las cuales están centradas en la desmentida generalizada de los deseos sexuales, es pos del dinero y la apariencia.

En un mundo en donde se privilegian los números y lo que se ve, los niños deben cualificar sensaciones, armar cadenas representacionales, traducir afectos, construir una imagen de sí y corren el riesgo de que predomine el vacío, como ausencia de cualidades y matices, o de hacer un armado que encubra un vacío.

Vacío que aparece como el gran protagonista de la psicopatología infantil y juvenil en este momento.

Vacío que a veces, se intenta llenar con movimientos o con acciones disrruptivas, o con conductas desafiantes”[38]

6) PATOLOGIAS GRAVES EN LA INFANCIA.

Psicólogos en alerta por sobre-diagnóstico de autismo[39]

Profesionales de la salud mostraron su preocupación ante la aprobación de la nueva ley que establece la aplicación en la provincia del nuevo Protocolo de Prevención y Detección Temprana de Trastornos de Espectro Autista (TEA).

La Ley Nº 8.863, que fue aprobada por el Senado y la Cámara de Diputados, pretende en un plazo de 90 días poner en funcionamiento la aplicación de un test denominado M-CHAT/ES que permite la identificación temprana del trastorno y del desarrollo en general, en niños entre doce y veinticuatro meses de edad.

[38] El sufrimiento psíquico en los niños. Psicopatología infantil y constitución subjetiva. Beatriz Janin. Cap. 4 (pag.88)

[39] CRIANZA, FAMILIA, PSICOLOGÍA, SALUD.

Contempla que el Ministerio de Salud, Desarrollo Social y Deportes, o el organismo que en el futuro lo reemplace, deberá dentro de los sesenta días a partir de la sanción de la ley, capacitar a los profesionales respecto del contenido del Protocolo. Además formularán campañas de información, difusión y capacitación al público en general respecto de los beneficios de su aplicación.

Los especialistas rechazan la aplicación del nuevo protocolo para la prevención y detección temprana del trastorno. Por medio de una Carta Abierta, los profesionales nucleados en el Forum Infancias Mendoza, alertaron sobre los riesgos de este método que podría provocar la sobrediagnosticación del autismo.

Los especialistas enfatizaron que “la ley atenta contra los principios básicos de protección de los Derechos del Niño y Niña, la Ley Nacional de Salud Mental, la Ley Nacional de Autismo y del Derecho a la Libertad de Diagnóstico”.

“Como consecuencia de la aplicación compulsiva a toda la población y el registro en la libreta salud de los resultados del M-CHAT, entendemos que estas dos acciones suponen un riesgo cierto de estigmatización y movilización de angustias y ansiedades en padres y familiares sobre la posible problemática de su hijo/a“, explicó Florencia Álvarez, psicóloga del Hospital Notti.

En el escrito afirman que “aplicar el test a toda la población es innecesario ya que el autismo no es una epidemia” y someter a niños de uno y dos años de edad a este tipo de examen provoca en las familias situaciones de angustia y los ubica como potencialmente patológico.

Por otra parte, denunciaron que el proyecto le abre las puertas a la salud privada, según entienden conforme al inciso que reza: “Controlar la efectiva aplicación del Protocolo de Prevención y Detección Temprana de Trastornos de Espectro Autista por parte de los efectores privados de la salud en Mendoza”. Al intervenir tempranamente sin patologizar, las desviaciones del neuro-desarrollo pueden ser compensadas porque es la etapa de mayor plasticidad cerebral

El M-CHAT es un instrumento únicamente utilizado para el propósito de un screening, de una revisión inicial y no es un instrumento de diagnóstico (Robins, Fein, Barton y Green, 2001, pp, 141). Los mencionados autores refieren que es un screening rápido y sencillo, no un test para diagnosticar. En este sentido, los profesionales consideran que “sería imposible diagnosticar o rotular un niño o niña a partir de este instrumento”.

“El niño es un sujeto en crecimiento y desarrollo, un diagnóstico rápido y desacertado a sus 18 meses, conlleva un primer rótulo de autismo. Este método se realiza a través de un protocolo de veinte preguntas que implica hasta la autoadministración. Se realizaría por el efector de red primaria y va en contra de cómo se hace un diagnóstico en los niños que debe ser multidisciplinario, longitudinal y transversal”, afirmó Álvarez.

“Hay signos de autismo que también son de sufrimiento infantil. Cuando llega un paciente con algunos síntomas al tomarlo en tratamiento podemos ver que esos signos ceden o desaparecen. Entonces en la presentación puede ser autista pero no serlo”, explica. En el escrito afirman que “los propios autores refieren que este screening se basa en la percepción y reporte de los padres, ni

siquiera en la observación comportamental del niño por parte del pediatra, razón por la cual plantean los autores hay que ser cuidadoso al querer hacer un diagnóstico solo con este screening ya que hay padres que no son lo suficientemente observadores de sus hijos para poder detectar tales comportamientos o descripciones que plantea el cuestionario (Robins, Fein, Barton y Green, 2001, pp 141)".

El autismo se define en el tratado de psiquiatría del niño y adolescente (Lebovici; Diarkine; Soulé, 1988, Tomo III, 245/293) en el cual afirman que, en sus múltiples formas, es la expresión manifiesta de un modo del funcionamiento mental.

"Si la infancia es devenir, cambio, ¿qué ocurre cuando nos encontramos con niños en los que la vitalidad está ausente, que no hablan ni juegan, o con aquellos que no pueden controlar su cuerpo o en los que insiste un movimiento estereotipado? Venimos diciendo que todo niño es un sujeto en devenir. Sin embargo, hay dos ideas que insisten cuando se consultan por un niño al que se suponen dificultades severas: la exigencia de que se cure con urgencia y la fantasía de cronicidad.

Es fundamental detectar patología psíquica tempranamente para poder trabajar en los primeros tiempos de la estructuración psíquica, antes de que la repetición se haya instalado con fuerza, pero, a la vez, esto puede coagular el devenir. Detectar patología es diferente a colgar un cartel, a plantear un trastorno como un sello inmodificable.

Detectar dificultades implica poder descubrir que es lo que ese niño tiene para decir, qué conflictos está manifestando. Por el contrario, clasificarlo, catalogarlo, supone despojarlo de su subjetividad como se singular.

¿Qué es lo "grave" en un niño? ¿De que "gravedad" se habla? Quizás de un malestar que se impone cuando algo no encaja en lo esperable, cuando un niño no responde a las expectativas o cuando un funcionamiento infantil nos perturba".[40]

Debemos pensar al niño como un ser sufriente, deseante, como un sujeto en devenir, tratando de que no quede pegado a funcionamientos autodestructivos. Hay que impedir que los diagnósticos operen de obstáculos para poder conocer al niño, poner en duda al mismo, suponiendo que todo niño tiene mil posibilidades impensadas.

"Sujeto en estructuración... y por ende con múltiples posibilidades.

Niños que no hablan, que no juegan, que no establecen relación con otros o que entran en estallidos de terror con la mirada fija en un punto en el nosotros no vemos nada.

Tolerar idas y vueltas, sostener la conexión, posibilitarle a un niño regresiones y progresiones, es parte de la tarea analítica. Diferente a la postura en donde el niño, queda como siervo de los mandatos de la "salud" de una sociedad normatizante. La cuestión es, entonces, más allá de los rótulos, determinar las conflictivas en juego."[41]

"Los padres inciden en el niño y las vivencias tempranas ocupan un lugar fundamental, pero no es solo lo externo lo que determina el funcionamiento

[40] El sufrimiento psíquico en los niños. Psicopatología infantil y constitución subjetiva. Beatriz Janin Cap. 8 (pag84)
[41] El sufrimiento psíquico en los niños. Psicopatología infantil y constitución subjetiva. Beatriz Janin Cap. 8 (pag85-86)

psíquico. En principio, es un interno-externo indiferenciado, pero en el que no podemos eludir el poder creativo de la psiquis"[42]

Resumiendo, me resulta sumamente relevante lo que marca Beatriz Janin sobre estos casos.

"Lo que me importa destacar es : 1) la singularidad de cada coso; 2)el que los llamados Trastornos Generalizados del Desarrollo (TGD), que incluyen generalmente autismos, psicosis infantiles y otras patologías, suelen trastornos en la estructuración del psiquismo; 3)que las causas no son unívocas; 4)que los momentos tempranos de la estructuración psíquica van a estar en juego ; 5) que son tratables psicoanalíticamente y 6) que las intervenciones del analista, en estos casos, son estructurantes.

Considero que las patologías severas implican siempre a muchos participantes, que están multi-determinadas y que incluyen un espectro muy amplio de funcionamientos, desde la psicosis infantil hasta el autismo (o los "autismos"), pero también niños que presentan dificultades en la adquisición del lenguaje, en el vínculo con otros, en el juego, o en la expresión de sus afectos. Son niños muy diferentes con conflictivas diferentes. Y la generalización puede llevar a perder de vista la especificidad de cada caso"[43]

Y finalmente cierro este capítulo con una nota, realizada en el Congreso este año en Salta sobre "Los rostros del malestar".

7) "EPIDEMIAS NUEVAS EN NIÑOS Y ADOLESCENTES: SOLEDAD Y CANSANCIO PRECOZ" (Dr. Enrique Orschanski.)[44]

Este médico cordobés visitó Salta hace poco para ser parte del Congreso Latinoamericano de Psicología, denominado "Los rostros del malestar". Orschanski pide pensar en la infancia, no como un ciclo biológico, limitado a ello, sino como construcciones humanas que consolidan la vida de una persona.

El especialista mencionó que detecta epidemias en la infancia, tales como soledad, tecno-adicciones, cansancio psicofísico precoz, sobrepeso y obesidad. Ante esto, propone "hacer la revolución de devolver la infancia", para contrarrestar esas epidemias y lo que denomina el síndrome de las casas vacías.

¿Cuáles son los rostros del malestar en la infancia de hoy?

Tuve el privilegio de participar como pediatra comentando mi experiencia profesional en torno de los malestares que perturban a familias actuales. Desde mi punto de vista, siempre acotado a la población a la que asisto, veo cuatro epidemias nuevas en edades infantiles y adolescentes: soledad, tecno-adicciones, cansancio psicofísico precoz y sobrepeso u obesidad. Todas están relacionadas entre sí y vinculadas al cambio en las relaciones interpersonales entre padres e hijos, docentes y alumnos, ciudadanos y dirigentes.

"hacer la revolución de devolver la infancia". ¿Por qué?

Se trata de una propuesta de estrategia contra las epidemias que mencioné. Que los niños vuelvan a ser niños; que duerman mejor, que coman

[42] El sufrimiento psíquico en los niños. Psicopatología infantil y constitución subjetiva. Beatriz Janin Cap. 8 (pag89)
[43] El sufrimiento psíquico en los niños. Psicopatología infantil y constitución subjetiva. Beatriz Janin Cap. 8 (pag96-97)
[44] http://www.eltribuno.info/veo-epidemias-nuevas-ninos-y-adolescentes-soledad-y-cansancio-precoz-n614889

a horario, que beban agua y no brebajes azucarados, que jueguen y se aburran creativamente. Todo esto aportaría salud, para lo cual es imprescindible que los adultos recuperen, a su vez, su lugar.

¿Por qué lo plantea como una premisa a alcanzar ahora?

Lo que denominó "síndrome de casas vacías" resume el concepto de padres ocupados y con muchas horas fuera del hogar, lo que deriva en niños tercerizados en su educación, que también pasan demasiado tiempo fuera del hogar. De tal modo, los rituales de convivencia cotidiana se van perdiendo, en especial los ritmos de sueño/vigilia, la nutrición entendida como comunión familiar a la hora de alimentarse y el respeto por las jerarquías amorosamente ganadas. Al respecto, opino que la familia no es una estructura democrática; es una jerarquía de amor en la que los chicos encuentran protección cuando los adultos se comportan como tales, y lo agradecen creciendo con la suficiente autoestima para diferenciarse como individuos.

Que los niños duerman mejor, coman a horario, beban agua, jueguen y se aburran de forma creativa".

¿Cuál es el rol de los pediatras y qué desafíos tienen en el escenario que describe?

Los pediatras y otros profesionales de la salud pasamos a ser palabras autorizadas cuando la palabra de los que deberían ser verdaderos modelos para los chicos desaparecen. "Dígale usted (me piden en el consultorio) que no coma tantos caramelos". En esa frase muchos padres admiten la caída de su autoridad y piden auxilio a quien -desde su rol profesional- pueda ser escuchado por los chicos y obedecido. Los pediatras debemos manejarnos con extrema prudencia y humildad, aportando elementos que siempre devuelvan la autoridad paterna, quitando culpas, promoviendo el encuentro, sugiriendo apagar pantallas para que se vuelvan a encender corazones.

Muchos padres repiten que a los hijos hay que ofrecerles tiempo en calidad y no en cantidad ¿Cómo impacta este concepto en la infancia de los hijos?

La ausencia no debería ser origen de culpa en los padres. Ellos trabajan por y para sus hijos. Lo imperdonable es que vuelvan a la casa y sigan conectados a algún artefacto y no quieran ni sepan compartir tiempo con sus hijos. Hay muchos chicos huérfanos de padres vivos.

Cada vez a más temprana edad los niños tienen actividades extracurriculares. ¿Hasta qué punto es bueno estimularlos con este tipo de tareas?

Los pediatras sabemos que estas generaciones no requieren de estímulos especiales para desarrollar sus capacidades. Ellos saben resolver cómo jugar, inventar, protagonizar y guionar sus actividades sin atarse a cursos, escuelas de fútbol, horarios o transportes. Mi personal opinión es que los chicos deberían asistir a jardines de infantes a partir de los 18 meses, luego de que desarrollan un lenguaje primario y ya completaron el esquema de vacunas.

Las actividades extracurriculares no son importantes hasta los siete u ocho años. Su uso en edades previas solo denuncia la necesidad paterna de dejarlos en algún lugar seguro, mientras ellos no están en casa. Lo veo más como necesidad social que pedagógicas.

Capítulo 4:

1) LA CONSTITUCIÓN SUBJETIVA DEL NIÑO Y LA DETERMINACIÓN DE SU CONTEXTO SOCIAL Y AMBIENTAL

Para poder hacer un análisis del malestar actual de nuestros niños hoy en día, es imprescindible hablar de la categoría de: "SUFRIMIENTO PSÍQUICO O SUBJETIVO" para poder diferenciarla de la nosografía clásica que define a las enfermedades mentales, y para poder explicarlo voy a citar a C. Ausburger: "En nuestra perspectiva, la incorporación del concepto de sufrimiento psíquico y su distinción de la patología mental permite ubicar dos cuestiones específicas de los problemas atinentes a la salud mental. Por un lado, evita considerar los conflictos que deviene de la vida cotidiana y de las interrelaciones sociales, en términos de patologías. Y por el otro, las condiciones concretas en que se generan los padecimientos le otorgan a éstos un carácter procesual e histórico que no queda expresado en las clasificaciones mórbidas; y cuya utilización conduce a la patologización de las situaciones cotidianas. Asimismo, la emergencia del sufrimiento psíquico no conduce necesariamente a la enfermedad, puede tanto precederla como ser divergente de ella".[45]

Es imposible por consiguiente si vamos a hablar de sufrimiento psíquico, dejar de lado los contextos sociales que influyen en los modos de padecimiento y también poder analizar que respuestas dan el Estado al sufrimiento psicosocial en la niñez.

Freud en el texto "la novela familiar del neurótico" (1908-1909), nos explica la posición subjetiva del infante ante sus padres y de como ellos son los modelos a copiar e identificarse para conformar su psiquis

"Para el niño pequeño los padres son, al principio, la única autoridad y la fuente de toda fe. El deseo más intenso y decisivo de esos años infantiles es el de llegar a parecérseles-es decir, al progenitor del propio sexo-; el deseo de llegar a ser grande, como el padre o la madre".

"Conoce a otros padres, los compara con los propios y llega así a dudar de las cualidades únicas e incomparables que les había adjudicado. Pequeñas experiencias de la vida infantil, que despiertan en él un sentimiento de disconformidad, lo incitan a emprender la crítica de los padres, proceso muy común en la adolescencia.

"Este incipiente extrañamiento de los padres, que puede designarse como novela familiar de los neuróticos, continua con una nueva fase evolutiva que raramente subsiste en el recuerdo consciente… el niño se dedica, pues, a la tarea de liberarse delo padres menospreciados y a reemplazarlos por otros.." generalmente mejores y de mejor estatus social.

Finalmente Freud resume en que "todo ese esfuerzo por reemplazar al padre real con uno superior es solo la expresión de la añoranza que el niño siente por aquel feliz tiempo pasado, cuando su padre le parecía el más noble y fuerte de los hombres, y su madre, la más amorosa y bella mujer".

[45] Ana Cecilia Ausburger : "La inclusión del sufrimiento psíquico: un desafío para la epidemiología". Psicología & sociedades; 16 (2): 71-80; maio/ago. 2004 p.45

Sus fantasías, son la expresión de su pesar por haber perdido esos días tan felices".

"El aumento progresivo de las problemáticas psicosociales en la niñez ha situado este grupo poblacional como uno de los de mayor nivel de vulnerabilidad, requiriendo de iniciativas y universales para la promoción y atención de la salud mental y para hacer frente al estigma, a la discriminación y a la exclusión que sufren los niños, niñas y adolescentes con sufrimiento psíquico.

Pensar la subjetividad en la niñez y comprender los nuevos modos de padecimiento contemporáneo implica analiza las profundas transformaciones de la realidad socio-económica que junto con los cambios culturales y la fragilización de las instituciones, en especial en el ámbito de la familia en las últimas décadas, generando cada vez más niños, niñas y adolescentes en situación de vulnerabilidad social y fragilidad psíquica.

Numerosos hogares fueron quedando excluidos como efecto de la creciente pobreza y el desempleo, aumentando la brecha de inequidad, que acentuó un nuestro país la desigualdad y la fragmentación social".[46]

2) CONTEXTO SOCIAL

Ser niño nunca es ni ha sido fácil nunca. La infancia es una época tormentosa de la vida en la que se está sujeto a los avatares de otros.

"Con poco experiencia para afrontar las situaciones, asombrados, apasionados, aterrados en una mundo en el que la fantasía y la realidad se superponen, los niños van armando su propia subjetividad. Sujetos a los deseos de sus padres, pero también a sus ideales, a sus normas, a sus triunfos y desdichas cotidianas. Padres que están enmarcados por su propia historia, por las de sus antepasados y también por la época que les toca vivir"[47]

Citando al Dr. Abel Albino, podemos decir que, "las capacidades que puede alcanzar un individuo depende tanto de los factores genéticos como de los ambientales, que es durante los primeros años de vida cuando las experiencias dejan huellas profundas ya sean positivas o negativas. Durante ese período crítico, gracias a las características del desarrollo cerebral, podemos intervenir positivamente: a nivel familiar, fortaleciendo vínculos y lazos, a nivel del desarrollo estimulando al niño; a nivel psico-afectivo y motor, permitiendo de esta manera revertir los daños. Pero pasado este período pueden quedar secuelas permanentes que dificultan la adaptación a la sociedad, la habilidad emocional y el aprendizaje".

También manifiesta que: "son muy variados los factores que determinan el crecimiento y desarrollo de un ser humano. Entre ellos, el equilibrio emotivo y los determinantes psicológicos del entorno juegan un papel preponderante. En condiciones de pobreza crónica, propias del subdesarrollo, gran parte de los individuos se ven limitados en la expresión de sus potencialidades genéticas, tanto físicas como intelectuales. No solo el individuo sufre estas circunstancias,

[46] Revista actualidad Psicológica. La patologización de la infancia. Barcala 21 de marzo de 2013 (pag.21).
[39] El sufrimiento psíquico en los niños. Psicopatología infantil y constitución subjetiva. Beatriz Janin. Cap. 3 (pag.59)

sino también la sociedad entera, limitándose en sus posibilidades de progreso y desarrollo".

Considero que para pensar la psicopatología infantil, es fundamental ubicar el contexto en que estamos inmersos, ese mundo del que formamos parte y que en cierta medida nos determina.

"Aquello que se espera de los niños, lo que se considera sano o patológico, lo que se les propone como ideal, será diferente en las distintas épocas y en los diferentes grupos sociales. Así, nos preguntamos: ¿qué es lo patológico en este momento? ¿Cómo determinar qué es lo sano y qué es lo enfermo en una sociedad como actual? Muchos parámetros han variado, a un ritmo vertiginoso, en las últimas décadas. La idea misma de niño se ha modificado. Y aquello que se le exige, que se espera de él, que se supone "normal" en un niño hoy muy distinto de lo que se exigía y esperaba en otra época.

El psiquismo es una estructura abierta al mundo. Y el mundo es para un niño, fundamentalmente, los otros que lo rodean, marcados a su vez por una sociedad y una cultura. Otros que son sostén y fuente de placer, pero también portadores de angustias, temores y dolores. Otros que son figuras de identificación y que transmiten valores, normas e ideales."[48]

Como afirma Cornelius Castoriadis, madre y padre son "claramente la sociedad en persona y la historia en persona inclinados sobre la cuna del recién nacido; siquiera porque hablan. Padre y madre trasmiten lo que viven, trasmiten lo que son, proveen al niño de polos identificatorios simplemente siendo lo que son"

"Los estados anímicos de los padres, la posibilidad de sostenerse narcisísticamente, sus propias identificaciones, van a estar influenciados por el marco social del que forman parte.

Cuando un niño nace lo hace dentro de un grupo familiar y social que lo incluirá de determinada manera, que le asignará lugares y que proyectará en él anhelos y desventuras. "El grupo que nos precede, en particular algunos de sus miembros, que son para el infans sus representantes, este grupo nos sostiene y nos mantiene en una matriz de investiduras y cuidados, predispone signos de reconocimiento y de convocación, asigna lugares, presenta objetos, ofrece medios de protección y de ataque, traza vías de cumplimiento, señala límites, enuncia prohibiciones (Kaës,1996,17).

Todo sujeto firma cuando nace, mucho antes de tomar conciencia de esto, un contrato con el grupo social al que pertenece. Contrato en el cual se compromete a cumplir con determinadas pautas para ser considerado parte del grupo y obtener su reconocimiento"[49]

A este primer grupo de pertenencia social se lo llama FAMILIA

Esta institución es definida por Bourdieu: "la familia es un principio de construcción de la realidad social, este principio ha sido socialmente construido y es común a todos los agentes que han sido socializados de determinada manera. Las realidades sociales son ficciones sociales son otro fundamento

[48] El sufrimiento psíquico en los niños. Psicopatología infantil y constitución subjetiva. Beatriz Janin. Cap. 3 (pag.60)
[49] El sufrimiento psíquico en los niños. Psicopatología infantil y constitución subjetiva. Beatriz Janin. Cap. 3 (pag.61)

que la construcción social y que las misma existen realmente, en tanto se las reconoce colectivamente"

"Este principio de construcción es uno de los elementos constitutivos de nuestro habitus, una estructura mental que, habiendo sido inculcada a todos los cerebros socializados de cierta manera, es a la vez individual y colectiva…"

"Así, la familia como categoría social objetiva (estructura estructurante) es el fundamento de la familia como categoría social subjetiva (estructura estructurada), categoría mental que es el principio de miles de representaciones y de acciones (matrimonios por ej.) que contribuyen a reproducir la categoría social objetiva".

"En efecto la familia es el producto de un verdadero trabajo de institución, a la vez ritual y técnico, con vistas a instituir en forma duradera, en cada uno de los miembros de la unidad instituida, sentimientos adecuados para asegurar la integración, que es la condición de la existencia y la persistencia de esta unidad. Los ritos de institución, se dirigen a constituir la familia como una entidad unida, integrada, unitaria, por tanto estable, constante, indiferente a las fluctuaciones de los sentimientos individuales…. La familia juega un rol determinante en el mantenimiento del orden social, en la reproducción, no solo biológica, sino social, es decir, en la reproducción de la estructura del espacio y de las relaciones sociales"[50]

Si analizamos esta definición de familia hoy nos encontramos con una realidad social bastante diferente, en donde a partir de la legalización del nuevo código civil se institucionalizan diferentes modos de construir este modelo familiar, además de la nueva formas de convivencia, legalizando estos nuevos modos de cohabita un espacio en común.

Nos encontramos con modelos diferentes de familias (homosexuales, monoparentales, familias ensambladas, monoparentales, concubinatos etc.)

Por todo esto fue necesario darles un marco legal a dichas convivencias y poder pensar un concepto más amplio que el modelo ortodoxo de la familia patriarcal, además, "es necesario dejar de considerar a la familia como un dato inmediato de la realidad social, para poder ver en ella una instrumento de construcción de esta realidad… La familia es, una ficción, un artefacto social. Una ilusión en el sentido más vulgar del término, pero una "ilusión bien fundada" porque, producida y reproducida con la garantía del Estado, recibe de éste, en cada momento los medios para existir y subsistir"[51]

En definitiva; la institución Familia: es el "entorno en donde por excelencia se debe dar el desarrollo integral de las personas, especialmente los niños. Pero la familia es mucho más que cuidado y apoyo mutuo, es el espacio donde realizamos nuestras más profundas experiencias humanas. Los más profundos sentimientos tienen su fuente en la familia, lo mejor y lo peor tienen lugar en ella" (Organización Panamericana de las Salud – OPS).

"La economía capitalista del mercado promovió la mercantilización de las relaciones sociales modelando un nuevo tipo de sociabilidad que debilitó los vínculos y disgregó las formas tradicionales de convivencia. La penetración del individualismo, desregulado de todo encuadre colectivo, impactó en la

[50] Espíritu de familia. Pierre Bourdieu.
[51] Espíritu de familia. Pierre Bourdieu.

constitución de las subjetividades produciendo constituciones yoicas cada vez más fracturadas y fragmentadas, sin referentes simbólicos de identidad. El mismo tiempo, la globalización de los mercados y la implementación de reformas neoliberales estuvo acompañada por una fuerte segmentación en el interior de la sociedad que debilitó las instituciones" (Lechner 1997).

3) CARACTERÍSTICAS DE LA ÉPOCA ACTUAL QUE INCIDEN EN LA CONSTRUCCIÓN DE LA SUBJETIVIDAD:

- El temor a la exclusión: No hay donde huir y todo es transitorio.

"El terreno sobre el que se presume que descansan nuestras perspectivas vitales es, sin lugar a dudas, inestable, como los son nuestros empleos y las empresas que los ofrecen, nuestros colegas y nuestras redes de amistades, la posición de la que disfrutamos en la sociedad, la autoestima y la confianza en nosotros mismos que se deriva de aquella" (Z Bauman, 2007. 20)

El temor a la exclusión es generalizado. Silvia Bleichmar afirma: " estamos frente a situaciones en las que el temor de los padres a que los hijos queden fuera de la cadena productiva los lleva a perder de vista toda posibilidad de construcción de un sujeto, para centrarse en cambio en la administración de conocimientos, como si uno construyera una computadora. La escuela tiene que ayudar a producir subjetividades que no solo sirvan para la aplicación de conocimientos, sino para la creación de conocimientos y de conocimientos con sentido, no solo con el único sentido de ganarse la vida" (Bleichmar, 2008,51).

"Este terror lleva a que un fracaso escolar en los primeros años de la vida, sea vivido como una tragedia, que deja al niño fuera del mundo.

Se les transmiten vivencias catastróficas de fracaso tempranamente y, al no ubicar a los niños en un proceso de crecimiento y cambio, se ejerce sobre ellos una violencia. Violencia que se inscribe de diferentes modos. Al esperar que puedan todo "ya", se los pone en un lugar de adultos antes de tiempo.

Padres y maestros que temen ser excluidos del sistema suponen que un niño que tiene tiempos diferentes, u otros intereses, fracasara en la vida. Y alguien que es ubicado tempranamente en el lugar del fracaso deberá realizar un trabajo terrible para poder remontar ese destino"[52]

Así es como se escenifica el fantasma de la exclusión que rige todo: si un niño fracasa en la escuela, es vivido como un futuro marginal, sino tiene amigos, vivirá aislado toda su vida, y un niño que tiene respuestas violentas, será un futuro delincuente.

- Idealización de la infancia: "En tanto los adultos se sienten vulnerables, se produce como defensa una desmentida generalizada de la indefensión infantil, lo que lleva a suponer a los niños como poderosos, confundiendo la fantaseada omnipotencia infantil con la realidad. Así, no son seres dependientes a los que hay que cuidar y proteger, sino que son ellos los poderosos, frente a adultos que quedan inermes.

Así la diferencia niño-adulto se quiebra y los niños se sienten depositarios de un poder que los supera, que los deja desamparados y son sostén. Frente al desafío a la autoridad que todo niño suele hacer, el adulto se siente anulado como tal, si siente sin lugar. Esto se agrava cuando el adulto espera el

[52] El sufrimiento psíquico en los niños. Psicopatología infantil y constitución subjetiva. Beatriz Janin. Cap. 3 (pag.64)

reconocimiento del niño para sostenerse como autoridad o cuando teme al niño. Esto deja a los niños detenidos en una "falsa infancia", siendo eternamente niños y en realidad nunca "niños", en tanto hay ausencia de un contexto protector" [53]

- Amenaza de un futuro incierto: "el advenir adulto aparece como un problema, no como un logro. Y los niños lo reflexionan diciendo. "no quiero ser grande", "me gustaría volver a ser bebe". Miguel Benasayag y Gerard Schmit sostienen que los adultos hoy, frente al fracaso de las ideas ligadas a un futuro mesiánico, plantean la creencia opuesta: la de un futuro lleno de amenazas y que de este modo encaran la educación de los niños (2003,59).

Z Bauman afirma: "Ahora el ´progreso´ representa la amenaza de un cambio implacable e inexorable que, lejos de augurar paz y descanso, presagia una crisis y una tensión continuas que imposibilitarán el menor movimiento de respiro" (Z.Bauman 2007, 21).

De este modo "si el futuro es temible, si los vaticinios son catastróficos, no se puede proyectar ni soñar. Y tampoco es posible prevenir las dificultades, aprender o esperar, tolerar compartir, porque todo es "ya" y el placer tiene que ser inmediato"[54]

- La intolerancia frente al sufrimiento y la carencia de espacios para procesar el dolor: "hay una necesidad de que el dolor sea ocultado, que el dolor no se muestre. Así se considera que los duelos tienen que ser rápidos y que los seres humanos no tenemos derecho a estar tristes. Esto lleva a situaciones en las que se les exige a los niños una rápida superación de todas aquellas situaciones que les resultan difíciles y dolorosas, como separarse de los padres en la entrada al jardín de infantes, o la pérdida de un juguete, o la muerte de un animal querido. El ideal es la adaptación rápida a las penurias de la vida, pensando al ser humano con el modelo de una máquina. Es decir hay que funcionar bien, cueste lo que costare.

El sufrimiento parece ser insoportable, tanto en uno mismo como en los otros, en tanto su reconocimiento se contrapone al modelo de felicidad imperante. Además de la carencia de espacios y tiempos para elaborar situaciones dolorosas"[55]

- La desvalorización del juego: "el modo privilegiado de elaboración de situaciones difíciles es el juego dramático, el que este tenga poco espacio dificulta aún más la tramitación del sufrimiento.

No se favorece el "jugar solo" bajo la mirada del adulto, como desarrolla Winnicott (1971), ni se comparten sus juegos. Se los llena de juguetes que se mueven solos, frente a los que el niño queda como espectador y con los que no puede construir el pasaje activo-pasivo. Los niños de clase media y alta tienen tantas horas ocupadas con actividades regladas (8 hs de clase, más actividades extra-curriculares) que no tienen tiempo para jugar libremente. Y los niños pobres se ven obligados a trabajar o a suplir a los adultos en las tareas de la casa o cuidando hermanitos, por lo que tampoco tienen espacios de juego.

[53] El sufrimiento psíquico en los niños. Psicopatología infantil y constitución subjetiva. Beatriz Janin. Cap. 3 (pag.64-65)
[54] El sufrimiento psíquico en los niños. Psicopatología infantil y constitución subjetiva. Beatriz Janin. Cap. 3 (pag.65)
[55] El sufrimiento psíquico en los niños. Psicopatología infantil y constitución subjetiva. Beatriz Janin. Cap. 3 (pag.66)

Lo que se les niega es el medio para desarrollar sus potencialidades creativas (quizás lo más importante para poder afrontar cambios). Todos tiene que saber lo mismo, todos tienen que poder realizar las mismas acciones, olvidándose de la diversidad de las posibilidades humanas. La infancia deja de ser tal, el tiempo de juegos y cuentos, para convertirse en una preparación para el "éxito" en una especie de jungla.

La carencia de juegos libres, espontáneos, a solas o con otros niños, tiene consecuencias en las constitución subjetiva. No solo dificulta la elaboración de situaciones traumáticas, sino que traba el placer en una actividad creativa. Para crear, el juego es fundamental, ya que está logado al fantaseo y por ende a la sublimación".[56]

- La prevalencia de la imagen: "Las imágenes son representaciones que prevalecen sobre la palabra. Así los cuentos han perdido valor. La televisión, los videos ocupan el lugar de los relatos. Pero hay diferencias. Las palabras son un tipo de representación que permite traducir pensamientos, afectos, de modo que pueden ser compartidos, respetando secuencias. Los cuentos permiten ligar huellas de vivencia, armando mitos que pueden se re-creados y modificados, dando lugar a la imaginación. En términos de transmisión, los relatos de historias reales o fantaseadas permiten la apropiación y la recreación de lo transmitido.

Las imágenes por el contrario, sobre todo en la medida que vengan de aparatos, no tienen en cuenta los tiempos ni las reacciones del niño. Lo dejan como espectador pasivo frente a estímulos rápidos e incontrolables, generando la confusión entre aquello que ellos generan y lo que les viene de afuera".[57]

- La rapidez de la información: "El filósofo Franco Berardi atribuye a la hiper-expresividad, a una sociedad en la que los problemas son la hiper-visión, el exceso de visibilidad, la explosión de la infosfera y la sobrecarga de estímulos info-nerviosos, los problemas de atención en la infancia. La rapidez de los estímulos a los que los niños están sujetos los deja sin posibilidades de procesarlos, así como carentes de elementos de procesar sus propios pensamientos despertados por esos estímulos.

Considera que la constante excitación de la mente por parte de flujos neuro-estimulantes lleva a una saturación patológica, que desemboca en dificultades para atender a un estímulo durante más de unos segundos. "Los individuos no están en condiciones de elaborar conscientemente la inmensa y creciente masa de información que entra en sus ordenadores, en sus teléfonos portátiles, en sus pantallas de televisión, en sus agendas electrónicas y en sus cabezas" (F. Berardi, 2003,18-19).

El niño queda entonces solo frente a un exceso de estímulos que no puede metabolizar, en un estado de excitación permanente. La motricidad, con el dominio del propio cuerpo y del mundo, es una vía posible para tramitar esa excitación y transformarla, pero el movimiento suele estar sancionado, lo que lleva a que niño quede acorralado por el exceso de estímulos y la intolerancia de los otros frente a la excitación desencadenada.

[56] El sufrimiento psíquico en los niños. Psicopatología infantil y constitución subjetiva. Beatriz Janin. Cap. 3 (pag-67).
[57] El sufrimiento psíquico en los niños. Psicopatología infantil y constitución subjetiva. Beatriz Janin. Cap. 3 (pag.68)

Franco Berardi dice: “La menta infantil se forma en un ambiente mediático totalmente diferente respecto de la humanidad moderna, y experimenta el tiempo según una modalidad fragmentaria y recombinante. No flujos de tiempo continuo, sino paquetes de tiempo-atención. Conexiones puntuales, ámbitos operativos separados” (F. Berardi, 2007).

“Esta situación no solo provoca niños hiperactivos, sino que es fundamental para pensar las dificultades en la adquisición del lenguaje con las que nos encontramos cotidianamente. Más que un mundo de palabras, les ofrecemos un universo de imágenes, en las que los flujo de información son muy veloces y en los que no hay tiempo para el pensamiento, para la construcción del proceso secundario.”[58]

Maud Manonni dice: “Lo que ahora se construye es un mundo esquizofrénico e inhumano, un mundo donde el valor mercantil, la productividad, se lleva, a su paso, el ser del hombre. En este universo de máquinas, de microcomputadoras, ya no hay lugar para lo imprevisto. Peor aún, lo imprevisto y la fantasía perturban” (Mannoni,M 19995, 23).

- La urgencia en la resolución de los problemas “ ya ahora”: “Todo debe resolverse rápido. No se da tiempo ni al niño ni a los padres ni a la escuela para resolver situaciones. Cualquier dificultad debe encontrar su solución inmediata. No se considera que toda situación tiene su historia, sino que impera el aquí y ahora, como si solo existiera el presente.

Esto supone una modificación de la idea del tiempo. El tiempo presente toma todo y aparece como único. Esto cobra mucha importancia; su la infancia es el tiempo de crecimiento, de las transformaciones, de la apertura de posibilidades, pensar que un niño tiene que poder cumplir con toso los logros estipulados socialmente en los primeros años de su vida supone desconocerlo como sujeto en crecimiento. Y esto puede derivar en sensaciones muy tempranas de fracaso”.[59]

La institucionalización temprana también influye en la comparación con los logros de otros niños, también prematuramente, lo cual lleva a que variaciones que podían ser transitorias, se vivan de un modo permanente, rotulando a alguien para siempre.

“Se supone que el rendimiento de un sujeto durante los primeros años de su vida determina su futuro, desmintiendo que todo niño, como sujeto en crecimiento, está sujeto a cambios. Desmentida que lleva a coagular un proceso, dificultando el desarrollo.

Frente a esto suele aparecer la necesidad de resolver todo rápidamente, sin lugar a duda. Ese niño tiene que acomodarse ya a lo que se espera de él, sin poner en juego al contexto. Esto explica la facilidad con que los adultos aceptan que un niño necesita medicación, con la idea que, a cualquier costo, tiene que resolver la situación de modo inmediato. En lugar de preguntarse por lo que ocurre, se tapona con drogas.”[60]

- La deificación del consumo y del dinero: “Cuando, como es el caso de todas las sociedades occidentales (…) se proclama abiertamente que el único

[58] El sufrimiento psíquico en los niños. Psicopatología infantil y constitución subjetiva. Beatriz Janin. Cap. 3 (pag.69)
[59] El sufrimiento psíquico en los niños. Psicopatología infantil y constitución subjetiva. Beatriz Janin. Cap. 3 (pag.70)
[60] El sufrimiento psíquico en los niños. Psicopatología infantil y constitución subjetiva. Beatriz Janin. Cap. 3 (Pag.70)

valor es el dinero, el provecho, que el ideal sublime de la vida social es enriquézcase, ¿es posible pensar que una sociedad pueda seguir funcionando y reproduciéndose sobre esta única base?"(C. Castoriadis, 1997,113).

"El consumo desenfrenado, se pueda o no consumir, aparece como parte del ideal cultural, con la tendencia de llenar toso los vacíos con objetos. De este modo, los vínculos quedan en un segundo plano, no hay tiempo para desear o los deseos son imperativos y cambiantes permanentemente, obturando el armado de fantasías. Lo que importa es la posesión del objeto, más que lo que se puede hacer con él. El placer queda degradado a una satisfacción instantánea que tiene más que ver con la pulsión de dominio (sobre el objeto y sobre el semejante que se lo provee) que con un despliegue erótico.

Los adultos tratan de sentirse vivos y potentes a través del consumo desenfrenado. Esto lleva a un estado de excitación permanente, en el que se busca acumular posesiones más que profundizar vínculos o producir actos creativos"[61]

"También con los tratamientos el tema del consumo cobra importancia. Así como los adultos consumen pastillas para paliar cualquier tipo de sufrimiento (insomnio, exceso de peso, depresión, angustia, etc.), los niños también caen bajo la lógica del mercado y así se los medica indiscriminadamente. Lo que prima es la transmisión de una cultura hedonista. El "goza ya" como mandato termina siendo contradictorio, porque es una orden que se contrapone al deber de estudiar, de obedecer, etc. Al mismo tiempo, no queda clara la necesidad de cumplir con esos mandatos cuando el futuro no está garantizado y lo único importante es el presente.

¿No produciremos, como sociedad, niños a los que no podemos contener, a los que no toleramos, que nos molestan?".[62]

"En una sociedad en la que la tendencia es clasificar el sufrimiento, la idea es poder rescatar la complejidad de la vida psíquica, las vicisitudes de la vida constitución subjetiva y el tránsito complicado que supone siempre la infancia.

Indudablemente, sostener el pensamiento complejo se hace difícil y tendemos a ordenar, simplificar, a reducir a leyes claras y distintas lo intrincado y ambiguo de la vida, que siempre resulta inquietante. Pero es reducción, cuando están en juego los niños, puede ser peligrosa porque nos vuelve ciegos a la realidad de sus avatares.

Entonces, en lugar de rotular, considero que debemos pensar que es lo que se pone en juego en cada uno de los síntomas que los niños presentan, teniendo en cuenta la singularidad de cada consulta y ubicando ese padecer en el contexto familiar y social en el que ese niño está inmerso.

El sufrimiento infantil suele ser desestimado por los adultos y muchas veces se ubica la patología allí donde hay funcionamientos que molestan dejando a un lado lo que el niño siente. Es frecuente así que se ubiquen como patológicas conductas que corresponden a momentos en el desarrollo infantil, mientras se

[61] El sufrimiento psíquico en los niños. Psicopatología infantil y constitución subjetiva. Beatriz Janin. Cap. 3 (Pag.71-72)
[62] El sufrimiento psíquico en los niños. Psicopatología infantil y constitución subjetiva. Beatriz Janin. Cap. 3 (Pag.72)

resta trascendencia a otras que implican un fuerte malestar para el niño mismo"[63]

"Consultan por un niño. Se despliegan historias, y el consultorio se puebla de recuerdos, fantasmas, ilusiones perdidas, reproches, y nos piden que pongamos un nombre: un diagnóstico, es decir, un cartel que señale a ese niño como portador de tal o cual patología. Lo que molesta debe ser delimitado, clasificado. Hay sufrimiento. Pero, ¿Qué molesta de un niño? Y ¿Quién o quienes sufren?

Son los padres, muchas veces, los que dictaminan que un tipo de funcionamiento sea patológico. Pero son ellos, a la vez, los que erotizan, prohíben, son modelos de identificación, portadores de normas e ideales, primeros objetos de amor y de odio, transmisores de una cultura. Sus deseos, sus modos defensivos, sus normas super-yoicas, sus terrores tienen un poder estructurante sobre el psiquismo infantil. Aparto psíquico en constitución, el niño va armando diferentes modos de reacción frente a los otros, diferentes modos de defensa frente a sus propias pulsiones. Va estableciendo modos privilegiados de conseguir placer, va consolidando lugares…"

.."La clínica suele cuestionar todos los intentos de "encuadrar" los diversos modos del sufrimiento infantil. "Neurosis", "perversión", "psicosis", resultan insuficientes por la extensión y complejidad de la problemática. Es por ello que, sin desconocer la importancia de los grandes cuadros, creo, que es fundamental pensar las fallas en la estructuración del psiquismo, las características peculiares de la patología en un aparto psíquico que está en vías de constitución y la incidencia de los otros en esa estructuración"[64]

4) RESEÑA DE MI PRÁCTICA LABORAL.

SERVICIO LOCAL DE N. N y A. (Prodenya) DE SAN NICOLÁS.

En la cotidianeidad de mi trabajo como Psicóloga durante 6 años en el Servicio Local de niñez, de la localidad de San Nicolás, he visto pasar y he atendido y trabajado muchos casos, de los cuales siempre nos hemos quedado pensando con el equipo que eran escasas e insuficientes nuestras intervenciones.

Una de las primeras cosas que como psicólogos tuvimos que desandar fue el hecho de empezar a trabajar en "situaciones de crisis", y otra muy interesante para mí era la ida al "terreno". Cuando íbamos a las casas de los niños que atendíamos y veíamos las situaciones, el "contexto" familiar y social en donde se desarrollaban y originaban los trastornos y problemáticas de los mismos, más las entrevistas con los padres, ahí mismo entendíamos todo.N.N

Era imposible que en ese contexto esa criatura pudiera desarrollar otra cosa, y era el lugar propicio para sostener más de un problemática de índole afectiva o vincular.

Recuerdo una vez, un menor que vino al Servicio solo, pidiendo ayuda para poder internarse por consumo de drogas. Se le explicó que debía venir con sus padres para que ellos pudieran hacer la internación. Al día siguiente el jovencito se presenta con su familia (su padre en estado de ebriedad, su madre

[63] El sufrimiento psíquico en los niños. Psicopatología infantil y constitución subjetiva. Beatriz Janin. Introducción. (Pag.10)
[64] El sufrimiento psíquico en los niños. Psicopatología infantil y constitución subjetiva. Beatriz Janin. Cap. I (Pag.16-17)

medicada cursando un cuadro de depresión severo y su hermana también con problemas de drogas y abandono escolar); en ese contexto el enfermo, el portavoz, el emergente era este pobre chico que a modo de auxilio pedía ser internado. Frente a este contexto familiar, el joven era el único que deseaba salir en un intento casi de fuga para poder salvarse.

Es interesante pensar también de qué estrategias íbamos a implementar para poder internarlo, si para su rehabilitación no contábamos con ningún adulto de referencia potable; lo recomendable sería poder trabajar con toda la familia, ayudando a cada uno a poder hacerse cargo de su enfermedad, siendo que el comportamiento del niño era producto de un intento de evasión de un contexto familiar problemático.

En otra oportunidad internamos después de varios intentos fallidos de tratamientos ambulatorios a un jovencito de 15 años, el cual convivía con su padre alcohólico y su madre víctima de malos tratos y violencia. Además de un hermano que también consumía.

En este caso la temática de base era el vínculo con su padre, y el ejercicio del poder que el mismo realizaba en su casa, sumado a un contexto social y barrial de pares en donde todos sus amigos consumían, y ante la situación familiar, Alexis decía: “yo consumo para olvidarme de los problemas de mi casa, al menos durante ese tiempo estoy en paz”

En el trascurso de los dos años que duró su internación en una Institución bastante lejana de la localidad, en la Pcia de Bs. As, el crecimiento y cambio del joven fue sorprendente, pero se trabajó mucho y fundamentalmente con la familia, con el tratamiento del padre acá por consumo de alcohol y en la relación padre-hijo, tanto desde el servicio local de niñez como la terapeuta de la institución. Además de trabajar también en forma independiente con la madre, a fin de fortalecer su autonomía y dejar de permitir situaciones de abuso o de malos tratos tanto para con ella como para con sus hijos. Todo eso favoreció un contexto y un terreno mucho más sano para todos.

“El ser humano, es un ser de necesidades que se satisfacen socialmente”, así decía Pichón Riviere, y yo creo que es la base fundamental, ya que es en el vínculo con el otro en donde se satisface esa necesidad.

Alexis sentía un vació de su padre que lo llenaba de sustancia, era tal el malestar que sentía que recurría a un poco de placer externo para poder “estar mejor”, además de la necesidad de ser parte de algún lugar y de ese modo tener un grupo de pares al cual pertenecer.

Fue muy bueno su tratamiento mientras estuvo internado, pudo hacer sus estudios en la escuela de la institución, estableció buenos vínculos con profesionales y pares, y finalmente hubo una comunicación con su padre, la terapeuta del Instituto nos comentaba que en muchas de las visitas el padre iba pero no le hablaba, ni siquiera lo miraba y esto era más angustiante aún para Alexis.

Después, desde el Servicio Local se empezó a trabajar todas las semanas con los padres, ya que no había atención psicológica en el barrio. Esto ayudó a que ambos referentes paternos pudieran cambiar el modo de vínculo con su hijo y poder responder a sus necesidades o demandas.

Aquí voy a hacer una aclaración sobre el tema de poder escuchar la demanda de los pacientes, ya que considero fundamental, porque muchas veces no es tenido en cuenta al momento de entrevistarlo: ¿Cuál es la demanda del niño y/o adolescente? ¿Qué viene a pedir realmente, que está queriendo buscar o provocar con sus actos? ¿De qué carece, qué necesita, qué no puede decir con palabras o actos?

Muchas veces nos encontramos con chicos en serias situaciones de riesgo y sobre todo, adolescentes. (Consumo de alcohol, prostitución, drogas, intentos de suicidios o cortes en los brazos, fugas de hogar, anorexia, bulimia y conflictos con la ley penal) ¿Qué me están significando con todo esto? ¿De qué adolecen realmente?

De esta forma, observando en forma directa las interacciones entre el enfermo y su grupo familiar, el relato del que se completa y se comprende. Accedemos así a las condiciones concretas que en un determinado momento llevan a un sujeto a la enfermedad o hacen que ésta eclosione críticamente, pudiéndose así establecer verdaderas relaciones de causalidad.

Cuando hablamos de “causalidad” no estamos utilizando el término en un sentido lineal “este individuo está enfermo porque su familia es así” o “esta familia está mal porque tiene un sujeto enfermo”) sino en el sentido de una causalidad dialéctica. Llamamos así a un proceso de condicionamiento recíproco donde es posible entender lo que le pasa al sujeto a la luz de lo que le ocurre al conjunto de los miembros de la familia, así como entender los procesos familiares a partir de la observación de aquello que manifiesta el sujeto

Esta causación recíproca entre las características de la estructura y las características del sujeto enfermo es lo que lleva a Pichón a postular que la enfermedad aparece como una novedad del grupo familiar y el enfermo como el portavoz del conflicto que allí se manifiesta.

Desde esta óptica, definimos a la enfermedad como el emergente de una situación familiar y al enfermo como aquél que la denuncia en lo que dice, en lo que hace, en sus formas de conducta. La familia queda pues planteada como un sistema, como una estructura en la cual cada cosa que le sucede a cada quién es función de lo que le pasa al conjunto y viceversa.

Llamamos estructura al conjunto cuyos elementos están de alguna manera articulados, interrelacionados, en mutua dependencia. Esta concepción focaliza su mirada en los procesos de interacción. Desde la posición terapéutica el centro de atención se sitúa en la situación de vínculo, no solamente entre el sujeto enfermo y los restantes sino entre todos los sujetos, revelándose como dijimos, sutiles juegos de alianzas y exclusiones. Si sólo mirásemos al sujeto enfermo recortado de su entorno, de alguna manera lo estaríamos fragmentando de una estructura de la que forma parte por lo que sólo desarrollaríamos una comprensión pobre.

Desde la óptica pichoniana, centrándonos en la estructura de la interacción, llegaremos a una comprensión más acabada de los fenómenos que se manifiestan en la enfermedad. Para la Psicología Social la unidad de análisis deja de ser el sujeto y pasa a ser la familia, más concretamente la red vincular que estructura a sus miembros.

Dice Pichón: “La enfermedad es el emergente de un proceso grupal familiar, de un proceso de interacción, que en un determinado momento y por las formas que reviste, genera patología”. Desde esta mirada, si bien la patología aparece en un momento puntual, sus raíces se remontan a formas históricas de vinculación, de interacción en el seno de una familia.

Esto me recuerda el caso de una jovencita de 15 años que llega al Servicio por motivos de internación en el hospital por consumo de drogas, prostitución e infección urinaria, cuando se llega al mismo a fin de entrevistarla, nos encontramos con una problemática netamente familiar, la joven convivía con su madre, la cual hace poco había salido de condena por tenencia y consumo de estupefacientes, lo cual hizo que su hija se criara desde hace varios años a cargo de su abuela materna.

Durante su detención la misma se infecta de HIV y actualmente convivía con un joven casi de la edad de su hija. La misma tenía muy mala relación con su hija y había perdido todo poder de autoridad y respeto para con la misma.

Su abuela materna era un referente potable, pero la joven había abandonado la escuela y se había dedicado al consumo y a la prostitución para poder obtener dinero fácil, lo cual la había llevado a un estado de promiscuidad en donde, teníamos dudas de su estado de infección de HIV y un diagonostico de embarazo positivo.

Respecto a su padre, el mismo hacía más de 10 años, que producto de una infidelidad de su ex mujer, se habría radicado en Bs As desconociendo la joven hasta el día de la fecha su paradero.

El trabajo se centró en tratar de brindar un espacio de escucha el desborde de la joven, y poder entender sus comportamientos a modo de reclamo de una demanda de “amor” de “escucha” y de poder ser atendida por sus padres.

En relación a la madre, la misma ayudo en todo su tratamiento de Re-vinculación con la joven y en poder restituir un lugar de respeto para con su hija, la cual ya no era más una niña. Restituyendo sentimientos de abandono sufridos, que se revivían en la relación con su hija a diario.

Por otra parte, después de varias averiguaciones se logra localizar, informar y comprometer al padre de la joven, y vuelven a encontrarse después de 10 años. Todo esto genera que el padre incorpore a su hija en su vida, en su realidad y se pueda hacer cargo de ella afectiva y económicamente.

Todo este nuevo contexto, ayuda a que la misma, pueda dejar de prostituirse y de consumir drogas, pudiendo restaurar sus vínculos primarios con sus padres y poder ella enmarcarse en función de su nuevo rol materno.

“Tradicionalmente -y aún hoy en muchos casos- el enfermo era segregado e internado. En una relación víctima/victimario la familia aparecía como víctima y se recurría a una solución de tipo quirúrgico: extirpación y encierro; es más, se lo encerraba detrás de un muro de ninguna manera metafórico, por cuanto respondía a la necesidad de que ni la familia ni la sociedad pudieran ya verlo o enterarse de su existencia. Como se observa, el atravesamiento ideológico es aquí muy fuerte.

Para entender una conducta, y no solamente para entender una patología, va a ser necesario tomar en cuenta las condiciones del contexto. Y dice: “siempre las condiciones relacionales de un sujeto van a terminar siendo las

que nos permiten acabar de comprender todo lo que el sujeto hace, lo que elige como vocación para su vida, la manera en que elige pareja, la forma en que aborda las relaciones con sus amistades, las mayores facilidades o dificultades que tenga para desarrollar sus aptitudes, etc."

Vale decir que este pasaje que inicialmente está referido al campo de la enfermedad, va siendo ampliado, y permite una comprensión general del sujeto como el emergente y portavoz de una situación de vínculo.

Al referirnos a la práctica clínica y al modo de abordaje de estas problemáticas al momento de poder pensarlas por fuera de un diagnóstico que encasilla es interesante partir de una multi-causalidad de factores que influyen en un comportamiento determinado, la historia particular del sujeto y lo determinantes que desencadenaron tal o cual síntoma. Poder dejar que el síntoma se exprese, hable desde ese lugar de angustia y pueda surgir en ese contexto un sujeto que sufre

En función de estas palabras es que menciono el caso de una joven que llega por derivación de otra colega con un diagnóstico de "Trastorno distimico[65] de la personalidad". La misma manifestada un cuadro general de desgano y apatía, había dejado de asistir a la escuela y estaba en situación de abandono escolar.

Por otra parte su estado de abandono era generalizado, con descuido de su persona, en cuanto a cuidados personales y sobrepeso.

Su madre aludía que todo esto era producto del cercano fallecimiento de su pareja, la cual no era el padre de la niña.

Sin embargo a partir de entrevistas con la niña, no aparece angustia en relación al duelo de su padrastro, sino que aparecen más bien sentimientos ambivalentes (amor-Odio), en donde se puede empezar a trabajar y desplegar desde allí la angustia y el sufrimiento psíquico de lo que acalla.

Después de varias sesiones, y con un contexto de transferencia favorable la joven, empieza a dejar deslizar algunas situaciones de molestia para con su padre y de alivio en relación a la muerte de su padrastro.

Lo cual nos conduce finalmente a poder ir deduciendo algunas inferencias en relación a una situación incestuosa de abuso de parte de este padrastro. Entonces lo que aparecía como síntoma evidente, era en realidad la manifestación externa de un sufrimiento psíquico de índole abusivo e incestuoso, que esta joven niña de apenas 13 años no podía decir, no podía nombrar, ya que este hombre tan joven y bondadoso, víctima de cáncer, fue quien cumplía ese rol de padre dulce y tierno para el resto de la familia y de la sociedad. Además de ser el sostén económico y afectivo de su madre y de ella.

El discurso que trae el niño es relevante, al momento de pensar en el abordaje de una problemática ya que desde esta visión es imposible pensar en una intervención unilateral desde una sola disciplina, biológica, genética, o neurológica, es necesario un abordaje interdisciplinario. No se deben dejar de lado todos estos aspectos fundacionales en la constitución del psiquismo del niños y poder pensar en son la base de sus comportamientos y conductas, las

[65] Distimia, de unas palabras griegas que significan "humor perturbado", es uno de los trastornos más abundantes en nuestros tiempos. Se emplea el nombre de distimia para calificar una alteración del estado de ánimo que también se denomina con otros nombres (http://www.drromeu.net/distimia-o-trastorno-distimico/)

mismas que luego la sociedad y la familia, cuestiona, etiqueta o intenta moldear y como no puede entender dichos comportamientos intenta anularlos, negarlos a fin de poder controlar al niño mediante una sepo medicamentoso.

"La desintegración familiar manifiesta por la precariedad habitacional ocupacional, o las exigencias de la supervivencia velan que hoy otras formas de des-integración más sutiles. Algo se ha "roto" en la "química" moderna entre chicos y padres. Algo que no se arregla con la química que aportan los psicofármacos" [66]

"Investigaciones científicas recientes (Schwartz, 1996) indican que el factor ambiental puede tener un fuerte efecto en el metabolismo cerebral". Winnicott en particular enfatizó el papel etiológico del medio y sus diversas disfunciones, acentuando su intervenir en el cuerpo del bebe o del niño pequeño, hipótesis para la que mucho le sirvió su doble práctica como pediatra y psicoanalista. Y para lo que tuvo que no dejarse dominar por la estéril confrontación entre lo genético y lo ambiental.

Una primera operación consiste en desconocer radicalmente los rasgos propios de la subjetividad de un niño convirtiéndolos en patológicos: que los niños- e incluso los adolescentes- sean más inquietos más turbulentos, que presentan una atención más errática e irregular, que sean más impulsivos y menos reflexivos, es algo inherente a la condición de tales, tanto en nuestra cultura como en otras durante mucho tiempo y nunca se percibió esto como enfermedad"[67]

"El niño se encuentra objetivamente desgarrado entre estos dos discursos de la cultura y ello da cuenta, a menudo, de como un niño se muestra simultáneamente o sucesivamente perfectamente capaz de concentración en la Internet, tanto como absolutamente disperso a la hora de leer un libro o escuchar una clase (Corea, C. y Lewcowicz,I, 200).

Con respecto a la medicación, se puede decir que "hay situaciones en donde la medicación es necesaria y efectiva, y hay otras donde está integrado a un tratamiento, con apoyo psicológico, psicopedagógico, etc. Pero siempre partiendo de una evaluación multidisciplinaria que no caiga en las fantasías reduccionistas de que la psicoterapia resuelve todos los problemas o de que la medicación es la única vía posible y suficiente" [68]

El gran dilema no es medicar o no, sino Diagnosticar Adecuadamente

"Para poder pensar las formaciones psicopatológicas, el modelo de causación de síntomas planteado por Freud sigue siendo de fundamental importancia para evitar reduccionismos, tanto organicistas como psicolingüistas. Este es un modelo multifactorial que hoy debemos ampliar, más allá del campo de las neurosis, y poder procesarlo en el campo de la psicopatología de la niñez y adolescencia.

Tres series independientes, no reductibles las unas a las otras, permiten una relativa descentración, no obstante, el peso va a recaer en la segunda serie, ya que Freud polemiza con las posturas organicistas de la época.

[66] Juan Vansen. Niños, padres y maestros hoy (Pag.41).

[67] M Punta Rodulfo Artículo: "El ADD/ADHD como caso testigo de la patologización de la diferencia", (Pag.49-50-51).

[68] Desconstrucción neurológica del llamado "ADDH". Leon Benasayag. (Pag.34).

Ricardo Rodulfo, desde hace dos décadas viene trabajando en un replanteo y puesta al día de este modelo. El replanteo va dirigido a distintos aspectos fundamentales que hacen tanto a la psicopatología como a la clínica que se desprende de modelos psicopatológicos vigentes, dependan éstos de corrientes más o menos organicistas, como de esquematismos en los que muchas veces ha caído nuestras disciplina, el psicoanálisis. Lejos de plantear una oposición entre lo "psíquico" y lo "biológico", este modelo articula de manera novedosa y productiva, justamente al permitirnos pensar que "el cachorro humano "es una subjetividad (psiquesoma) irreductible a ninguno de los niveles anteriormente citados.

La importancia del modelo plantado por Freud consiste en que se desprende del mono-causalismo imperante a fines del siglo XIX y principios del siglo XX, de características fundamentalmente organicistas, y que retorna actualmente a partir de un cientificismo "puro", que lo único que hace es mantener la dicotomía "cuerpo" "alma" que, desde Platón hasta la actualidad, impregna improductivamente el pensamiento occidental. No obstante, y justamente para no caer en el reduccionismo simétricamente opuesto, el de reducir todo a lo "psíquico", incorpora a estas series la de los constitucional, que se irá completando y desarrollando con los avances de la ciencia del siglo XX y principios del siglo XXI".[69]

"Todos esta temática requiere del trabajo de investigación en las distintas disciplinas que dan cuenta de una subjetividad (biología, psicoanálisis, antropología, educación, sociología, lingüística, etc.), en una dirección muy diferente a como se ha venido operando la creciente masificación del diagnóstico de ADD/ADHD…." " ..En realidad, podrían existir tantas respuestas como niños afectados por problemáticas similares, pero mal diagnosticados y maltratados (no solo en la dimensión de "tratamiento terapéutico" erróneo, sino, más específicamente, en la acepción de "echar a perder", lo que en el campo de la salud se designa como iatrogenia). Mientras, tanto no suscribamos una solución engañosamente fácil en la que único beneficiario real es la industria farmacéutica".[70]

Es por todo esto que las nuevas demandas que generaban las complejas problemáticas infantiles a los servicios públicos de salud comenzaron a requerir de una respuesta estatal acorde a los nuevos paradigmas vigentes y al marco legislativo vigente.

[69] Una perspectiva psicoanalítica, Ni biologismo, ni psicologismo, el modelo multifactorial de las series complementarias. M Punta Rodulfo

[70] M Punta Rodulfo: "El ADD/ADHD como caso testigo de la patologización de la diferencia" (Pag.68).

Capítulo 5:

1) ESTRATEGIAS DE ABORDAJES E INTERVENCIONES A LA PROBLEMÁTICA

Frente a este tema de la patologización de la infancia, a fin de investigar sobre este fenómeno y con la intención de abordar un tema tan sensible para la sociedad como es la salud mental de los niños/as y adolescentes, es que intento poder pensar en los modos de abordajes de las problemáticas de nuestros N.N y A. y de cómo dichas prácticas pueden incidir en la patologización y medicalización de los mismos.

Gabriela Dueñas, sostiene: "Que cuando hacemos referencia a esto de patologizar y medicalizar, estamos hablando de un fenómeno donde se está silenciando a los niños con algunas prácticas que nosotros llamamos desubjetivantes, que son protocolizadas y llegan a nosotros a través de manuales descriptivos estadísticos de otros países, y que tienen por objeto tratar de resolver fácilmente, como por arte de magia, a través de medicamentos, de drogas psicoactivas, las distintas conductas con las que los chicos de hoy nos interpelan, por ejemplo, en las aulas".

Esta problemática se aborda justamente en el marco de Ley de Salud Mental Nº 26.657, aprobada en 2010, la cual, piensa a los niños, niñas y adolescentes con sufrimiento psíquicos de distinta índole, como sujetos de derechos. Y pone el énfasis en que para su atención se requiere un abordaje interdisciplinario.

Al respecto, Dueñas aseveró: "Nos debemos involucrar todos los actores sociales que nos ocupamos de estas instancias, los profesionales de la salud mental, y sobre todo los docentes, porque no nos olvidemos que los niños están escolarizados la mayor parte de su vida y en este proceso de la patologización y la medicalización, la escuela es clave".

"Se le atribuyen conductas a niños y adolescentes bajo la excusa de que son generadas por deficiencias de carácter neurológico y genético portadas por los mismos. Sin embargo, para decir esto nunca se presentan pruebas. En realidad los chicos están padeciendo un déficit de atención, pero por parte de la sociedad adulta. Todos esto favorece a los laboratorios".

Hablar de estrategias de abordaje, con el propósito de poder frenar los diagnósticos y medicalización de los mismos. Significa poder apostar a un trabajo integral y comunitario en donde sea posible pensar en el concepto de Prevención Primaria en Salud Mental y en mejorar la calidad de vida de nuestros niños y adolescentes. A tal fin, tomo en consideración varios conceptos y visiones más amplias, tomando aportes de diferentes disciplinas que puedan brindarnos su apoyo, sin caer en reduccionismos obsoletos.

2) CONCEPTO DE PREVENCIÓN

Del latín praeventio, prevención es la acción y efecto de prevenir (preparar con antelación lo necesario para un fin, anticiparse a una dificultad, prever un daño, avisar a alguien de algo).[71]

[71] Definición de prevención - Qué es, Significado y Concepto http://definicion.de/prevencion/#ixzz4OaW9K4Fn

Por lo tanto voy a marcar el modelo conceptual de Prevención Primaria como el más relevante e importante al momento de abordar estas problemáticas.

“La prevención primaria es un concepto comunitario; implica la disminución de la proporción de casos nuevos de trastornos mentales en una población durante cierto período, contrarrestando las circunstancias perniciosas ante de que tengan ocasiones de producir enfermedad. No trata de evitar que se enferme un individuo en especial, sino de reducir el riesgo de toda una población, de manera que aunque algunos puedan enfermarse, su número sea reducido. Contrasta pues con la psiquiatría orientada hacia el paciente individual, que se centra en una sola persona y se ocupa de las influencias generales sólo en cuanto afectan a este sujeto.

Cuando un programa de prevención primaria se ocupa de un individuo, lo ve como representante de un grupo, y su tratamiento está determinado, no solo por las necesidades de la persona en cuestión, sino principalmente por su relación con el problema comunitario que representa y con los recursos asequibles para enfrentarlo”[72]

Trabajar desde la Prevención también nos implica poder entender que es la Promoción en Salud mental:

"Las actividades de promoción de salud mental implican la creación de condiciones individuales, sociales y ambientales que permitan el óptimo desarrollo psicológico y psicofisiológico. Dichas iniciativas involucran a individuos en el proceso de lograr una salud mental positiva, mejorar la calidad de vida y reducir la diferencia en expectativa de salud entre países y grupos. Es un proceso habilitador que se realiza con y para las personas. La prevención de los trastornos mentales puede ser considerada como uno de los objetivos y resultados de una estrategia más amplia de promoción de salud mental (Hosman & Jané-Llopis 1999)."

La prevención de los trastornos mentales tiene el objeto de "reducir la incidencia, prevalencia, recurrencia de los trastornos mentales, el tiempo en que las personas permanecen con los síntomas o la condición de riesgo para desarrollar una enfermedad mental, previniendo o retardando las recurrencias y disminuyendo también el impacto que ejerce la enfermedad en la persona afectada, sus familias y la sociedad " (Mrazek & Haggerty, 1994).

La distinción entre la prevención y promoción de la salud radica en sus resultados proyectados. La promoción de la salud mental intenta promover la salud mental positiva aumentando el bienestar psicológico, la capacidad y la fortaleza emocional, y creando condiciones y entornos favorables a la vida. La prevención de los trastornos mentales tiene como objetivo la reducción de los síntomas y en última instancia, la reducción de los trastornos mentales. Utiliza estrategias de promoción de salud mental como uno de los medios para lograr esas metas. Cuando la promoción de la salud mental tiene el objeto de mejorar la salud mental positiva en la comunidad, también podrá tener el resultado secundario de disminuir la incidencia de los trastornos mentales. La salud mental positiva actúa como un poderoso factor de protección contra las enfermedades mentales. Sin embargo, los trastornos mentales y la salud

[72] Principios de psiquiatría preventiva. Gerald Cáplan. Editorial Páidos. Cap. II (Pag.43).

mental positiva no se pueden describir como extremos diferentes de una escala lineal, sino más bien como dos componentes superpuestos e interrelacionados de un solo concepto de salud mental (Detels y otros., 2002). Los elementos de prevención y promoción a menudo están presentes dentro de los mismos programas y estrategias, involucrando actividades similares y produciendo resultados diferentes pero complementarios. Debido a que tanto la promoción de la salud mental como la prevención de los trastornos mentales se ocupan principalmente del mejoramiento de la salud mental y la influencia de sus antecedentes, se deben entender como enfoques conceptualmente distintos pero interrelacionados.

También la ley nos da el marco para poder trabajar en dicha prevención desde los principios básicos de la Convención, en donde determina que es el Estado el que debe poder garantizar los derechos de nuestros niños, lo cual si bien no nos garantiza, que no haya niños con dificultades, si nos determina y explica cuáles son los requisitos mínimos que debe tener un niño para poder desarrollarse en un contexto sano y poder crecer y afianzar una mente saludable.

3) CONVENCIÓN DE LOS DERECHOS DE NIÑOS

Los principios de la CDN[73], definen el marco de las políticas sociales de niñez y sus prácticas de abordaje.

“Los cuatros principios de este instrumento de DDHH (no discriminación, interés superior del niño, autonomía, y participación, y supervivencia y desarrollo) son los ejes centrales para el diseño de los programas y las políticas de infancia y adolescencia … es necesario explicitar y consensuar las interpretaciones qua se dan a varios aspectos de estos instrumentos en el ámbito local, tomando en cuenta los contextos culturales, pero evitando caer en posiciones que lleven a concebir y tratar a estos contextos como ya dados, naturalizando las relaciones de poder y la desigualdad que conllevan las distintas prácticas histórica y socialmente aceptadas”

“.. La intervención en el campo de las políticas de infancia debe ser abordada desde políticas, sociales, integrales y articuladas en su conjunto, diferenciándose de las políticas de segmentación y aislamiento basadas en el supuesto de responsabilidad individual.

Teniendo como fundamento el enfoque de derechos, el concepto de Políticas Sociales Integrales nos remite a la idea de complementariedad de aquellos y a la necesidad de superar la perspectiva de los “estándares mínimos”.

Trabajar desde una mirada de Calidad de vida para nuestros niños significa poder brindarles las condiciones necesarias para poder desarrollarse sanamente, más allá del bienestar bio-físico es de relevancia el contexto y las posibilidades que el mismo brinda para poder generar un ámbito saludable.

La CDN en su introducción nos dice:

“La importancia del juego y la recreación en la vida de todo niño ya fue reconocida hace ya tiempo por la comunidad internacional, como lo demuestra la Declaración de los Derechos del Niño de 1959, en que se proclamó que, .. “

[73] CDN (convención de los derechos del niño)

el niño debe disfrutar plenamente de juegos y recreaciones; la sociedad y las autoridades públicas se esforzarán por promover el goce de este derecho" (principio 7) . Esta proclamación se reforzó luego en la Convención sobre los Derechos del Niño (la Convención) de 1989, en cuyo artículo 31 se declara explícitamente que "Los estados partes reconocen el derecho del niño al descanso, y al esparcimiento, al juego y a las actividades recreativas propias de su edad y a participar libremente en la vida cultural y en las artes".

Es de fundamental importancia el art. 31 en la vida de los niños, en donde se remarcan algunas cosas fundamentales:

"..Los entornos en que los niños juegan y las posibilidades recreativas que se les ofrecen establecen las condiciones para la creatividad; las oportunidades de competir en juegos iniciados por ellos mismos potencian la motivación, la actividad física y el desarrollo de aptitudes; la inmersión en la vida cultural enriquece la interacción lúdica; y el descanso permite a los niños tener la energía y la motivación necesarias para participar en los juegos y las actividades creativas.

EL juego y la recreación son esenciales para la salud y el bienestar del niño y promueven el desarrollo de la creatividad, la imaginación y la confianza en si mismo y la propia capacidad, así como la fuerza y las aptitudes físicas, sociales, cognitivas y emocionales. El juego y la recreación contribuyen a todos los aspectos del aprendizaje; son una forma de participar en la vida cotidiana y tienen un valor intrínseco para los niños, por el disfrute y el placer que causan.

El juego es también un elemento central del impulso espontaneo hacía el desarrollo y desempeña un papel importante en el desarrollo del cerebro, especialmente en la primera infancia. El juego y la recreación promueven la capacidad del niño de negociar, restablecer su equilibrio emocional, resolver conflictos y adoptar decisiones"

También el art. 31, determina los factores que determinan un entorno óptimo para la creación de dicho contexto:

"Es preciso asegurar ciertas condiciones, de acuerdo con sus capacidades en evolución, para que puedan ejercer los derechos provistos en el artículo 31 en un grado óptimo. A tal efecto los niños deben:

- Estar libres de estrés,
- Estar libres de exclusión social, perjuicios o discriminación
- Tener un entorno en que estén protegidos del daño o la violencia social
- Tener un entorno suficientemente libre de desechos, contaminación, tráfico y otros peligros físicos para que puedan circular libremente y de forma segura dentro de su vecindario
- Disfrutar de un descanso adecuado a su edad y su desarrollo.
- Disponer de tiempo libre, sin actividades impuestas de ningún tipo
- Contar con tiempo y con un espacio accesible para jugar, sin control ni gestión de los adultos
- Contar con un espacio y oportunidades para jugar al aire libre, no acompañados, en un entorno físico diverso y estimulante y con fácil acceso a adultos que los ayuden, cuando sea necesario.
- Tener oportunidades de experimentar e interactuar con entornos naturales y con el mundo animal y jugar con ellos

- Tener oportunidades de invertir en su propio espacio y tiempo para crear y transformar su mundo, usando su imaginación y su lenguaje.
- Tener oportunidad de explorar y comprender el patrimonio cultural y artístico de su comunidad y participar en él, crearlo y plasmarlo.
- Tener oportunidades de participar con otros niños en juegos, deportes y otras actividades, recreativas, apoyados, cuando sea necesario, por facilitadores o instructores cualificados.
- Contar con el reconocimiento, por los padres, por los profesores y la sociedad en su conjunto, del valor y la legitimidad de los derechos consagrados en el art 31".

También determina los problemas que hay que superar para poder llevarlo a la práctica

- La falta de reconocimiento de la importancia del juego y la recreación
- Entornos insalubres y peligrosos
- Resistencia al uso de los espacios públicos por los niños
- Equilibrio entre el riesgo y la seguridad
- Falta de acceso a la naturaleza
- Exigencias de éxito académico
- Horarios excesivamente estructurados y programados
- Olvido del art 31 en los programas de desarrollo
- Falta de inversión en oportunidades culturales y artísticas para los niños
- El papel creciente de los medios electrónicos
- Promoción comercial y comercialización del juego.

Son estas las condiciones que como sociedad debemos replantarnos y sobre todo el Estado y sus políticas, a fin de poder brindar estas garantías a nuestros niños. Trabajar en función de estos derechos bajo las condiciones óptimas de desarrollo, pudiendo brindar un ámbito social más saludable, que nos ayude a poder apuntar a una prevención en salud mental, ofreciendo un contexto de contención e integración, para poder así mejorar la realidad que viven hoy los niños, niñas y adolescentes de nuestro país.

4) COMPLEJIDAD-RED Y RIZOMA

Abordar la problemática de la niñez y adolescencia no es tarea sencilla, por eso, creo relevante considerar la idea de complejidad, para el abordaje de la misma.

"¿Que es la complejidad? A primera vista es un tejido (complexus: lo que esta tejido en conjunto) de constituyentes heterogéneos inseparablemente asociados… Se presenta con los rasgos inquietantes de lo enredado, de lo inextricable, del desorden, la ambigüedad, la incertidumbre… La dificultad del pensamiento complejo es que debe afrontar lo entramado (el juego infinito de inter-retroacciones), la solidaridad de los fenómenos entre sí, la bruma, la incertidumbre, la contradicción.

Un pensamiento mutilante conduce, necesariamente, a acciones mutilantes. Mi propósito es tomar conciencia de la patología contemporánea del pensamiento… La patología moderna del espíritu está hiper-simplificación que la complejidad de lo real" (Morín, E 2004, 32-34).

Me parece fundamental entender esta visión, para que desde aquí, se pueda analizar, pensar, reflexionar y postular cualquier tipo de intervención en la complejidad de la realidad psíquica y el sufrimiento subjetivo de nuestros niños, niñas y adolescentes en la realidad actual que les toca vivir.

"Bourdieu plantea que no pueden generarse estrategias objetivamente conforme a los intereses objetivos de sus autores sin haber sido concebidas expresamente con este fin. Lo que permite pensar al agente como productor de prácticas sociales en un momento histórico determinado condicionado por las relaciones que establece con los otros agentes del campo y la gobernabilidad que tiene en dicho momento sobre recursos críticos para el juego en cuestión.

El habitus constituye un sistema de disposiciones durables, pero no inmutables. El carácter dinámico de éste, permite identificar los condicionantes objetivos de las propias prácticas, el agente social puede permitirse trabajar para modificar sus percepciones y representaciones de los condicionantes extremos de sus prácticas y de ellas mismas, y por lo tanto elaborar estrategias diferentes de acción."[74]

Por lo tanto, para sintetizar: "El habitus es a la vez un sistema de esquemas de producción de prácticas y un sistema de esquemas de percepción y de apreciación de las prácticas". [75]

Para un abordaje integral me resulta imprescindible tomar en consideración el concepto de Red: La "red" es una metáfora que permite hablar de relaciones sociales aportando los atributos de "contención", "sostén"," posibilidad de manipulación", "tejido", "estructura", "densidad", "extensión", "control", "posibilidad de crecimiento", "ambición de conquista", "fortaleza", etc. tomados en préstamo de su modelo material (red de pescar).

También se puede ver la analogía en la definición que dieron Félix Guattari y Gilles Deleuze[76] del Rizoma: "Esto es una red que opera con sistema de raíz, como lo son las raíces de las cañas, en donde cada punto de la raíz es un nodo de la cual puede seguir la caña. El rizoma procede por variación, expansión, conquista, captura. Por oposición al grafismo, al dibujo o a la foto, por oposición a los calcos el rizoma se remite a un mapa que debe producirse, construirse, siempre desmontable, conectable, invertible, modificable, con entradas y salidas múltiples, con sus líneas de fuga. Son los calcos los que hay que llevar sobre los mapas y no a la inversa. Contra los sistemas centrados, de comunicación jerárquica y vínculos preestablecidos, el rizoma es un sistema acentrado, no jerárquico absoluto".

Trabajar desde una perspectiva de Red se entiende la posibilidad de ir arribando, desde un enfoque relacional, a un proceso de conocimiento del contexto de un individuo u organización así como de las interacciones con y entre los componentes del mismo.

"Para poder utilizar el pensamiento de red, se requiere un "marco de referencia teórico". El modelo teórico sistematizado más relevante es el socio-ecológico de Urie Bronfrenbrenner. A través de él podemos pensar la sociedad desde un punto de vista teórico, tomando la red como el nivel más elevado

[74] Rodolfo Alberto Núñez, Redes comunitarias. Afluencias teórico metodológicas y crónicas de intervención profesional.
[75] Bourdieu, Pierre. Cosas dichas. Editorial Gedisa. Serie mayor. Colección el mamífero parlante. Barcelona, 1987.
[76] Deleuze, Gilles Guattari, Felix. Rizoma. Introducción. Ediciones Coayoacán. México 1994.

para observarla. Así resulta qué reacciones o intervenciones en los diversos niveles de la red pueden producir repercusiones sobre la globalidad del sistema.

"Bronfrenbrenner, psicólogo ruso- americano, presenta una descripción del proceso de desarrollo del niño visto desde una perspectiva sistémica. Su modelo de desarrollo ecológico muestra claramente al individuo y su medio como partes de un sistema de red, cuyas influencias son mutuas y circulares. De acuerdo con este modelo, cada persona se halla en una realidad que consiste en un número de sistemas de diferentes niveles." [77]

Finalmente debemos ver los modos de abordaje y de intervención que deben hacerse cuando ya estamos frente a una problemática particular a resolver de vulneración de derechos de niños, niñas y adolescentes, tratando de resguardarlos y de restablecer en el menor tiempo posible sus derechos pudiendo resguardarlos de los daños y ante la menor exposición posible

5) ESTRATEGIAS DE ABORDAJE INTEGRAL Y COMUNITARIO

"Las estrategias de abordaje comunitaria encuentran sustento en principios básicos que van guiando y direccionando las acciones en el proceso de inserción e intervención. Estos principios básicos constituyen dos ejes. Uno es el denominado de interacción activa y un segundo de identificación histórica. El primero constituye el eje de la sincronía y el segundo el de la diacronía.

Se define como interacción activa al principio por el cual la comunidad es consciente de las interacciones que se establecen entre los actores sociales, directa o indirectamente involucrados en el proceso de mejora de la calidad de vida y de sus posiciones ente las situaciones problemáticas que los atraviesan, y se activan los mecanismos vinculares que permiten potencializar positivamente estas interacciones sociales para alcanzar las metas deseadas, se promueve así un aprendizaje de formas de organización creativa que van promoviendo la adquisición de capacidades para el abordaje de situaciones emergentes.

También señala que "la interacción activa supone que la comunidad, una vez que alcanza clara conciencia de los vínculos que la ligan a los distintos actores sociales y a éstos con la producción del espacio y que reconoce los mecanismos a través de los cuales dichos vínculos se establecen, se encuentra capacitada para diseñar líneas de acción que le permitan potenciar dichas interacciones en beneficio del emprendimiento y recaudar sus metas en función de sus probabilidades de éxito". [78]

"Solo a partir de un pasado reconocido y reelaborado en el presente es posible conformar prefiguraciones que impliquen la formulación de un proyecto de vida comunitaria en el que se incluya un proyecto adecuado de mejora de la calidad de vida. En estos principios se basan las estrategias operativas, las que van definiendo una modalidad de acción con la comunidad. Estrategias que a modo de actuación, los equipos profesionales pueden adoptar en el trabajo con ese particular espacio vincular en el que se desarrolla su "encuentro" con la

[77] Rodolfo Alberto Núñez, Redes comunitarias. Afluencias teórico metodológicas y crónicas de intervención profesional.
[78] Dabas, Elina. Red de redes. Las prácticas de intervención en redes sociales. Paidós. 1993. (Pag.56).

comunidad, es decir en su proceso de inserción y acople a las red de relaciones de la misma."

"En principio conviene identificar cinco estrategias operativas: interdisciplinaria, participante, participativa, de la incorporación del conflicto y de la incorporación de la solidaridad y cooperación."[79].

Hacer un trabajo psicoterapéutico para niños, niñas y adolescentes sin tener en cuenta su contexto familiar, social, y cultural es caer en un reduccionismo obtuso, ya que el niño es producto de ese contexto, por eso es tan importante poder ser lo suficientemente empáticos al momento de poder diseñar un abordaje integral y sobre todo si se trata de una estrategia desde un servicio de salud mental comunitaria.

Para esto nos debemos refugiar en los conceptos que nos brinda la Antropología y en los grandes aportes teóricos que nos pueda brindar al respecto.

"Captar la perspectiva de los propios actores sociales, es decir, por tomar distancia del propio sistema simbólico para intentar penetrar en la "lógica del otro social o cultural", lleva a reconocer que nuestro sistema de pensamiento-científico, moral, intelectual-no es más que uno entre los posibles (Fonseca 1995).

Las miradas hacia otros sistemas socioculturales producen una nueva forma de ver la propia sociedad, en un constante juego de aproximación y distanciamiento, del que resulta inevitable desnaturalización de categorías y prácticas.

Podemos caracterizar la perspectiva particular de la antropología como un producto de esta tensión constante entre "cotidianizar" lo exótico y tornar exótico lo cotidiano, entre intentar aprehender categorías de los otros en sus propios términos y desnaturalizar, efectuar rupturas epistemológicas con nuestro sentido común, a modo de un constante juego de espejos (Peirano 1995).

Es evidente la tensión entre los antiguos paradigmas sobre la niñez y los que se encuentran en formación, además del agotamiento y desfasaje, de las instituciones –especialmente familia y escuela- las cuales son las más afectadas al momento de pensar el modelo de niñez actual.

Para salir de esta homogeneización es valioso el énfasis de la antropología en la comprensión y valoración de la "lógica del otro", como igualmente legítima, posibilitando recuperar múltiples formas de entender la infancia, la maternidad o la familia.

A esto se refiere Nunes (1999) con su propuesta de una "antropología del niño", una antropología interesada en el modo en que los niños entienden el mundo y su sociedad…. Un niño concebido como agente social, dotado de capacidad de reflexión y acción sobre la sociedad, frente a las nociones de sentido común que lo definen a partir de sus carencias- de madurez sexual, de autonomía, de responsabilidad, de ciertas facultades cognitivas- y le atribuyen el papel de receptor pasivo de educación y protección (Szulc, 1999).

[79] Dabas, Elina. Red de redes. Las prácticas de intervención en redes sociales. Paidós. 1993.(pag 61)

La desnaturalización y particularización de la noción de infancia, nos lleva a poner en tela de juicio ideas y acciones que se formulen en términos vagos de lo "mejor para el niño".

"A fin de diseñar políticas para la infancia orientadas no por alguna ideología abstracta o por el sentido común generalizado, sino por la realidad de los sujetos involucrados. Prácticas y representaciones diferentes sobre la niñez y la familia, gestadas desde distintos grupos sociales no serán vistas como obstáculos, sino como opciones válidas y más aún como aportes valiosos para la elaboración de políticas que pretendan responder a la compleja realidad a la que se dirigen".

Incluir efectivamente a los niños/as como interlocutores válidos para la planificación de políticas, como sujetos portadores de conocimiento que puedan dar cuenta de sus necesidades y contribuir a la búsqueda de soluciones. Hablaríamos así de la gestación de "políticas de la infancia", del reconocimiento de nuevas prácticas sociales que ya están siendo inventadas por niños y niñas (Biberti, 1997).

Por otra parte Fonseca nos plantea "¿Qué contradicciones surgen de la aplicación de una legislación que presupone la desigualdad en abstracto de todos los niños y niñas –como lo es la legislación que se ajusta a los principios de la Convención Internacional de los derechos del niño- en términos del "interés superior del niño", en una sociedad profundamente desigual?.

Esto instala la pregunta acerca de cuál es el lugar que se otorga a lo sociocultural en la explicación de los problemas de infancia.

Ante estas dificultades se impone la necesidad de construir mediaciones analíticas entre lo individual, lo familiar y lo socio cultural, entre las explicaciones en términos macro y los casos concretos, si se pretende recuperar la complejidad de los problemas que implican a la infancia.

"Considero como punto de partida, la idea de la niñez como una categoría socialmente construida que expresa los intereses de un determinado momento histórico y, como tal, guías políticas sociales y las practicas concretas de los actores sociales. La infancia debe dejar de ser pensada desde un concepto neutro y abstracto, signado por caracteres biológicos invariables, para recuperar toda la riqueza de sus determinaciones socio-historicas. De este modo, tal vez, hablar de "infancia", plurales, múltiples, en el contexto de nuestra sociedad compleja."[80]

6) INTERVENCIÓN

Para pensar en los modos de intervención, primero vamos a definirla

"El término intervenir es un término que hace referencia a la acción de participar o tomar parte en alguna situación, en alguna cuestión. La intervención puede ser muy variada dependiendo de cada caso particular pero siempre supone algún tipo de compromiso o interés ya que de otro modo no estaríamos hablando de este término si no de una participación (lo cual puede ser tal vez mucho más desinteresado).

Es común usar el término intervención en ámbitos como la medicina cuando se hace referencia a una operación, o en el ámbito del arte cuando se

[80] La mirada antropológica sobre la infancia. Reflexiones y perspectivas de abordaje. María Adelaida Colángelo (pag.7).

habla de intervención como una forma de alterar o producir una obra artística en un momento dado.

En términos generales, la palabra intervenir como verbo hace referencia siempre a la acción que una persona, una entidad, una institución, una fuerza o grupo de personas realizan ante un evento. La intervención tiene un objetivo específico y no es casual si no que por lo general está dirigida a un fin particular. La intervención es normalmente voluntaria ya sea por cuestión solidaria o porque quien la lleva a cabo tiene un interés o una responsabilidad sobre ese acto."[81]

"Recientemente la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la salud (OPS/OMS, 2009,2010). Identificaban entre los desafíos emergentes para los gobiernos, dar respuestas apropiadas a las problemáticas de la niñez y adolescencia.

La convención Internacional de los derechos del niño (CIDN) -que a partir de su incorporación a la Constitución Nacional introduce la concepción del niño como sujeto de pleno derecho y considera a los niños y niñas como ciudadanos- brinda un nuevo marco a nuestras prácticas, y promueve la transformación de las mismas hacia la consolidación de un paradigma de protección integral. La sanción de la ley Nacional N° 26061 (2005) de Protección Integral de delos derechos de niños, niñas y adolescentes junto a la sanción de la ley Nacional de Salud Mental N° 26657 (2010) reconocen el derecho a la protección en salud mental, impulsando a los servicios de salud a dar respuestas que incluyan una perspectiva de derechos y ciudadanía y que eviten la vulneración de derechos, específicamente en nuestro campo, el derecho a la salud mental.

Paradójicamente el avance legal en nuestro país y particularmente en Bs.As. A partir de los años 90 no estuvo acompañado de políticas y respuestas institucionales que aseguraran el acceso gratuito, universal e igualitario a los servicios de salud mental, al tiempo que aumentan cada vez más los niños, niñas y adolescentes en situación de vulnerabilidad psicosocial, en los márgenes de la infancia".[82]

"En la ciudad de Bs. As producto de décadas de desintegración social, familiar y de la desprotección estatal de la niñez, es prioritaria hoy abordar la dimensión del sufrimiento de muchos niños, y niñas que viven en circunstancias que provocan arrasamiento y desmantelamiento subjetivo". Estos niños los cuales son "sometidos a traumatismos sociales cuya violencia impacta sobre la subjetividad con una intensidad que los incapacita para responder adecuadamente, la manifestación de su sufrimiento es definido en los servicios de salud como excitación psicomotriz, y de este modo interpretado en términos psicopatológicos dando origen a un circuito de patologización y medicalización de situaciones sociales.

Freud remite el concepto de traumatismo a una concepción económica que se caracteriza por un aflujo de excitación excesivo, en relación con la tolerancia

[81] Definición ABC http://www.definicionabc.com/general/intervenir.php

[82] Nuevas intervenciones ante complejas situaciones con las que nos confrontan niños, niñas y adolescentes en situación de vulnerabilidad psicosocial. La experiencia de PAC. Un programa emblemático. (pag3).

del sujeto y su capacidad de controlar y elaborar psíquicamente dichas excitaciones (Laplanche y Pontalis, 1971).

Precisado por Silvia Bleichman (2000) como aquello que viniendo del exterior hace imposible la huida, pone en riesgo las defensas psíquicas habituales y llevan a la ruptura de las redes de ligazón representacional con la que yo cuenta, estos niños, niñas y adolescentes sometidos a reiterados traumatismos se encuentran sujetos a pérdidas de investimentos ligadores al semejante que dejan al sujeto sometido al vacío, y lo sumen en la desesperanza melancólica del desarraigo a sí mismo, despojado de una proyecto transcendente.

Por eso frente a estos niños que no responden a expectativas educativas y sociales, que no se adiestran, que son definidos como peligrosos, violentos y diagnosticados psicóticos, que sufren discriminación, estigmatización y exclusión, nos convoca la responsabilidad ética de desarrollar prácticas que eviten etiquetar y estigmatizar, y que favorezcan el acceso a los cuidados de salud mental necesarios e intenten modificar este doloroso destino para los niños y niñas"[83]

Todo esto nos hace pensar en modos novedosos de intervención. En cuidados integrales y de inclusión social donde se promuevan y garanticen sus derechos (Barcala, Torrialli, Alvarez, Zunnino y Marotta, 2009)

Dichos autores trabajan sobre ejes centrales que me resultan sumamente importantes e interesantes de un programa que intenta la adecuación de los servicios de salud mental, según los criterios de buenas prácticas. Los cuales se pueden resumir de la siguiente manera y son relevantes para poder considerar en cualquier programa de intervención.

1- Pensar la intervención desde una perspectiva de derecho que dimensione la necesidad de la integralidad de derechos y cuidados integrales, que incluya un abordaje conjunto clínico y social. Ampliar lo terapéutico institucional y recuperar el valor de las redes comunitarias que favorezcan la inclusión, la autonomía y la calidad de vida de los niños, a través de un abordaje interdisciplinario y trabajo en Red.

2- Organizar una red comunitaria para atender a los niños con trastornos mentales severos para poder armar con los hospitales y centros de salud y acción comunitaria, para poder desarrollar un trabajo en red a fin de acercar los servicios superando la estratificación por niveles de atención. A fin de tener como propósito la transformación de las instituciones y de los servicios hacia una perspectiva territorial.

3- Sumar a la red, los centros educativos, los concejos de derecho de niños, niñas y adolescentes, la asesora, las ONG vinculadas a la niñez y otros sectores promoviendo la integración intersectorial y el abordaje de estas complejas problemáticas aunando criterios y esfuerzos desde los diferentes ámbitos de actuación.

Promover un trabajo coordinado y asociado entre los efectores del subsector público junto con los privados y las familias como referentes

[83] Nuevas intervenciones ante complejas situaciones con las que nos confrontan niños, niñas y adolescentes en situación de vulnerabilidad psicosocial. La experiencia de PAC. Un programa emblemático.(pag5)

afectivas tratando de poner en marcha un dispositivo de responsabilidad compartida que garantice el acceso de los niños a todos sus derechos.

Apuntar a un trabajo basado en la Co-responsabilidad en las estrategias por parte de todos los actores intervinientes. Plantear un trabajo colectivo interdisciplinario e intersectorial para pensar en todos y cada una de las situaciones singulares y elaborar y sostener una estrategia en un trabajo colectivo que brinde posibilidades para cada chico de acuerdo a sus necesidades.

4- Colaborar en la historicidad de la vida de los niños a través de dispositivos de elaboración simbólica de los efectos de los acontecimientos traumáticos, alojar la angustia de desestructuración y pérdida, acompañar y ayudar a simbolizar significar y soportar lo vivido para lo que no estaba preparado. Es necesario contextualizar y territorializar sus historias. Producir una elaboración simbólica e histórica a través de sesiones de terapia, trabajo grupales, talleres, o abordajes familiares de re vinculación con padres, hermanos o referentes familiares o vecinales

5- Dar centralidad a los niños, niñas y adolescentes, a su contexto y no centrarse en la enfermedad o el déficit, generando un proyecto singular diferente personal para cada niño o niña, acorde a sus intereses y posibilidades, en función de su constitución subjetiva previa, evitando formatearlos a las expectativas sociales que responden a mandatos de control social. Donde el propósito sea escuchar al niño, apuntar a la participación activa del mismo, dándole protagonismo a los mismos y el respeto por sus opiniones, para poder delinear nuevas prácticas enmarcando un escenario legal que favorezca un nuevo paradigma y obligue a la reformulación de los servicios de salud

6- Capacitación permanente de los profesionales y de los que trabajan en relación a la temática, pudiendo construir la articulación entre teoría y práctica frente a situaciones tan específicas. Pudiendo además elaborar un trabajo particular sobre las propias representaciones y prejuicios arraigados en los paradigmas anteriores. Implementar y transformar prácticas orientadas a favorecer procesos de subjetivación en la niñez y así poder generar una mayor equidad incluyendo en los servicios de salud, a los niños, niñas y adolescentes en situación de vulnerabilidad psicosocial.

7- Y finalmente es fundamental la participación directa de los padres, tutores o referentes familiares, organizaciones de la sociedad civil en el diseño, gestión y realización de las actividades. Promoviendo la solidaridad y evitando la estigmatización y la discriminación. La propuesta es “tratar de evitar y/o aliviar el sufrimiento psicosocial de muchos niños, niñas y adolescentes nuestro país lo cual convoca a un trabajo colectivo que promueva conceptualizaciones, articulaciones teórico-clínicas rigurosas, y a la construcción de herramientas y prácticas que ayuden a facilitar procesos de simbolización de los traumatismos sociales.

La violencia institucional estructural y simbólica que ejercen las instituciones y las prácticas desubjetivantes suscitadas, por el creciente auge de la medicalización y patologización de la infancia, cuestionando al escenario político donde la desatención deliberada, la ausencia de políticas y dispositivos

adecuados abandona al colectivo de niños y niñas con vulnerabilidad psicosocial a la suerte de la institucionalización psiquiátrica"[84]

"Las principales problemáticas giraban en torno a la exclusión social, la marginalidad, y la ruptura de lazos sociales, las políticas y las prácticas de los actores responsabilizaban y atribuían las causas del sufrimiento a los sujetos que los padecían, como una suerte de "privatización" del dolor. En lugar de afectar favorablemente en las condiciones de salud de los niños modificando sus circunstancias adversas y garantizando el acceso a los cuidados integrales que atenúan el sufrimiento de los mismos, las políticas de salud mental dirigidas a la niñez en su lugar colaboraron en la génesis y producción de procesos de medicalización del sufrimiento psíquico de los niños, niñas y adolescentes dela ciudad de Buenos Aires, dándole características específicas: la exclusión y el encierro" (Barcala, 2010).

Se deberían repensar las intervenciones en el campo de la salud para cuestionar un nuevo modelo bio-político (Barcala, 2011) que ya no trata de normalizar a los niños y niñas bajo la protección de menores (paradigma de situación irregular) proponiéndose "reeducar" "reformar" para integrar a la sociedad, sino que la institucionalización psiquiátrica pensada como "protección" conlleva a la aniquilación misma de la subjetividad. La violencia sobre los cuerpos de los niños y niñas ejercidas por la medicación abusiva, así como por la internación compulsiva, constituye una forma más de control social.

Los niños y niñas patologizados- medicalizados se convierten en seres humanos residuales, excedentes y superfluos, consecuencia inevitable de la modernización y efecto de la construcción de un orden y progreso económico que asigna a ciertas partes de la población el papel de "fuera de lugar" "carentes de hogar social" (Baumann, 2007) y en el caso de los niños y niñas con vulnerabilidad social, carentes de instituciones propias de la niñez en los que puedan ser cuidados.

"Todo esto deja en evidencia las carencias con las que se debe abordar la problemática y marca "el déficit de las intervenciones actuales del subsector público en el cumplimiento de los criterios de buenas prácticas, la falta de disponibilidad, interdisciplinariedad, la discriminación, las barreras de accesibilidad junto con las graves secuelas que las vivencias traumáticas producidas dejan en la estructuración psíquica de los mismos, son una manifestación de la vulneración de derechos de niños, niñas y adolescentes que corren mayor riesgo y la violencia más invisibilizada.

Necesitamos renovar el compromiso y enfrentar desafíos evitando la naturalización y el sometimiento de discursos hegemónicos que cierran las posibilidades de imaginar y poner en marcha acciones transformadoras, con el fin de dinamizar la generación de políticas públicas que reviertan la situación existente, ya que el modelo institucional de muchos países dio muestras que sí es posible la sustitución de los servicios asilares (hospital psiquiátrico) por otras estrategias de atención.

[84] Nuevas intervenciones ante complejas situaciones con las que nos confrontan niños, niñas y adolescentes en situación de vulnerabilidad psicosocial. La experiencia de PAC. Un programa emblemático. (Pag.7).

Debemos poder ser protagonistas en la construcción de una lógica anti-manicomial, objetalizante-patologizante y excluyente, y construir colectivamente condiciones de intervenciones clínicas y comunitarias que promuevan dispositivos que apuesten a favorecer la constitución subjetiva y la inclusión rompiendo los circuitos de repetición de la exclusión desde una perspectiva de derecho en especial el derecho a la salud y a la asistencia adecuada, en el marco del paradigma de Protección Integral

El desafió es poder implementar prácticas que demuestren que se puede superar el estigma y las desigualdades, y revertir el destino de una niñez cuyo futuro está hipotecado desde la temprana infancia; desarrollar propuesta innovadoras que puedan favorecer la construcción de un proyecto para cada niño, niña y adolescente que articule sueños y un futuro; demostrar que no son una utopía sino posibles las propuestas innovadoras que aporten al avance y consolidación de políticas integradas."[85]

7) EJEMPLO DE INTERVENCION

Como ejemplo de un modelo de intervención, tomando en consideración este abordaje y los conceptos previamente desarrollados, es que cito un trabajo realizado en la Provincia de Buenos Aires a modo de dar respuesta a la creciente demanda de salud mental y frente a la escasez de recursos que brindan contención y turnos para abordar dicha temática.

Planteando una modalidad diferente de abordaje desde una estrategia operática interdisciplinaria:

En un contexto de crecientes desigualdades e inequidades, la subjetividad de cada vez más individuos en situaciones de vulnerabilidad. De este modo, los niños/as que continuaban llegando a la consulta presentaban cada vez problemáticas más complejas, y los dispositivos para albergarlos mostraban sus limitaciones.

Planteamiento del problema: la desigualdad e inequidad en el acceso a los servicios de Salud Mental

En el año 1989 se crea un Hospital de Día Infantil, organizado como un dispositivo interdisciplinario de tiempo parcial en el Centro de Salud Mental N°1 (CSM N° 1), con el propósito de construir una herramienta terapéutica eficaz, para el abordaje de las patologías graves de la infancia.

Las distintas disciplinas se articulaban alrededor de una concepción teórica en común en una doble dimensión, por un lado un modo particular de concebir tanto al sujeto psíquico y sus condiciones de estructuración y por el otro un modelo institucional para el abordaje de las patologías graves de la infancia. El marco teórico-clínico psicoanalítico dio lugar a un dispositivo que permitiendo el advenimiento de un sujeto, evitaba que los/as niños/as quedaran tomados en su subjetividad, objetalizados, atrapados en un circuito repetitivo y de pulsión de muerte.

Por ese motivo, se eligió como uno de los ejes descentradores dentro de este nuevo proceso el hecho de no pensar en "la patología del sujeto"

[85] Nuevas intervenciones ante complejas situaciones con las que nos confrontan niños, niñas y adolescentes en situación de vulnerabilidad psicosocial. La experiencia de PAC. Un programa emblemático.(Pag.8-9)

tendencia en la que se ha insistido históricamente- sino en las "situaciones complejas" en las que los/as niño/as y adolescentes estaban comprometidos.

Los niveles de intervención fueron entonces múltiples: subjetivo, familiar, escolar y político-social. Desde esta perspectiva, un dispositivo debía entonces alojar al niño, a su padecimiento, a su familia y a sus circunstancias económico-sociales. Dentro de esta concepción la idea tradicional de "cura" se relativizó y el objetivo principal de toda acción consistió aquí en "hacer entrar en curso" una realidad/ situación compleja que de otro modo hubiera estado destinada al "desauxilio", a la marginalidad, a la manicomialización y a una adultez lesionada.

Se combinaron así premisas del campo psicoanalítico, con postulados del campo de la salud comunitaria, y la investigación en sistemas y servicios de salud, con conceptos provenientes del campo sociológico ligados a la idea de "redes". De modo tal que este nuevo saber se convirtió en superador y estimulante de nuevas producciones, en el cual los aportes de los distintos marcos teórico-clínicos lejos de ser un obstáculo han constituido un plus para el funcionamiento en red. Evitando ser una sumatoria de miradas disciplinares relativizadas, se propuso una puesta en diálogo entre los diversos actores intervinientes.

La idea y el funcionamiento en red permitieron diluir la carga que puede implicar el peso del sufrimiento y del desamparo en el que estos niños/as y adolescentes se encontraban siendo entonces esta trama/sostén mucho más fecunda que una sola persona como soporte. Al mismo tiempo el trabajo en red favoreció "el encuentro" con otros y la posibilidad de vivenciar satisfacción y creatividad en este pensar y construir colectivamente.

Como en la mayor parte de los países del mundo, en la Argentina no hay políticas de salud mental referidas a la infancia, y las acciones y las prácticas institucionales se orientan mediante la percepción de las necesidades de una población y no de precisiones epidemiológicas.

En la Ciudad de Buenos Aires muchos niños/as con padecimientos mentales son excluidos y desalojados de espacios sociales, incrementándose de este modo su sufrimiento. El Hospital Neuro-psiquiátrico Infanto-Juvenil "Dra. Carolina Tobar García", junto con el Hospital de Día Infantil "La Cigarra" del Centro de Salud Mental N° 1 constituyen las dos únicas instituciones de referencia y especializadas para la derivación dentro del sector público en la atención de niños/as que presentan trastornos mentales severos.

A partir del aumento significativo -desde la década del 90- de consultas institucionales de niños/as con padecimiento psíquico severo se observó que en ambas instituciones la demanda excedía la capacidad de respuesta, viéndose desbordadas y con largas listas de espera. Fue así que se llevó a cabo un estudio cuyo propósito fue explorar a) el perfil de la población atendida en el Hospital de Día Infantil y b) conocer el recorrido institucional al que están expuestos estos niños tanto en el ámbito educativo como sanitario.

A partir del análisis de 124 historias clínicas (entre los años 1995-1997) se llegó a la conclusión que los niños/as llegaban a la consulta de Admisión habiendo transitado ya por diversos servicios de Salud del sector público, privado y obras sociales desde edades muy precoces.

Por otra parte, concebir la infancia como una producción sociocultural de cada época nos permite ubicar las condiciones socioculturales y el modo en que éstas inciden en el lazo social, determinando límites y posibilidades. En este sentido, el sujeto infantil es fabricado por los discursos institucionales, por las formulaciones científicas, por los medios de comunicación de masas producido en el interior de las articulaciones de poder/ saber.

La constitución de la infancia está asociada a un cuerpo de saberes sobre el sujeto infantil y a un conjunto de dispositivos que van a dar lugar a esta construcción social. Tanto las intervenciones sobre los niños como su permanencia están determinadas por una voluntad de poder sobre los sujetos infantiles, que engendra el cuadro moderno de saberes sobre el niño.

La articulación propuesta entre la concepción del niño como un sujeto en estructuración y la producción socio-cultural de la subjetividad, ubica un modo particular de situar al psicoanálisis, como un campo que no es ajeno a las condiciones histórico-sociales, sino que está en diálogo permanente con los movimientos científicos, culturales y sociales de cada época y cada comunidad.

En cada momento, el pensamiento social o sea el conjunto de contenidos, de declaraciones que concierne a ciertos aspectos del mundo (los que tienen una dimensión histórica y variaciones locales) y de los que el hombre se apropia, inciden en cada una de las prácticas. En este caso, en el modo de comprender las formas de subjetivación de los niños y los modos de intervenir con ellos.

Esto lleva necesariamente a pensar en el entrecruzamiento entre salud mental y prácticas sociales. En un contexto de constante exclusión social, marginalidad y ruptura de lazos sociales parecen generarse respuestas, en este caso en el ámbito sanitario, que refuerzan los mismos síntomas, acentuando aún más el aislamiento y los sentimientos de exclusión y contribuyendo al desmantelamiento del sujeto que las nuevas condiciones sociales han estado generando. La realidad muestra a niños que quedan desafiliados, al haber sido desalojados de la escuela y de las instituciones de salud, anclajes articuladores de lo subjetivo; sufriendo así una marginalización que aumenta aún más su fragilidad subjetiva.

Un niño que no ha tenido espacios de juego, socialización y de pertenencia, será un joven sin capacidad de crear y trabajar integrado a su comunidad. Sin estrategias de integración diseñadas y sostenidas -desde la temprana infancia- se va hacia la cronificación y a la profundización de las discapacidades; y se priva a los niños de soñar con un futuro siendo éste probablemente la internación psiquiátrica. Pensar el problema de la integración en la infancia previene el traslado irremediable de esta problemática a la juventud y la adultez

Partiendo de lo expuesto resulta imprescindible construir dispositivos tendientes a dar respuestas terapéuticas y de integración social para los niños/as que padecen este nivel de sufrimiento psíquico. La definición Etimológica de dispositivo -del latín dispositus, dispuesto, que se define como aquello que dispone- a la luz de las ideas principales del Programa se ha reinterpretado como “estar dispuesto o estar disponible para” alojar y recibir a los niños, a sus sufrimientos y a sus potencialidades y deseos.

(Foucault definió "dispositivo" como un conjunto heterogéneo que comprende discursos, instituciones, instalaciones arquitectónicas, decisiones reglamentarias, leyes, medidas administrativas, enunciados científicos, proposiciones filosóficas, morales y filantrópicas. Sus elementos pertenecen tanto a lo dicho como a lo no dicho. Se trata de una formación que en un momento histórico dado, tuvo como función mayor responder a una urgencia, tratándose de este modo de una posición estratégica dominante.

El dispositivo se halla siempre inscripto en un juego de poder, pero ligado también a los bordes del saber, que nacen de él y lo condicionan; donde hay estrategias de relaciones de fuerzas soportando cierto tipo de saberes y a la vez siendo soportadas por ellos.

La incorporación de la Convención Internacional de los Derechos del Niño (CIDN) constituye un marco general y una perspectiva que introduce la concepción de los niños como sujetos titulares de derechos civiles, sociales, políticos, económicos y culturales que el Estado está obligado a respetar, cumplir y proteger, apoyándose en los principios de protección integral y de interés superior del niño

En relación a la salud mental infantil, dos de los artículos de la CIDN hacen referencia a la responsabilidad del Estado en relación con las necesidades especiales de los "niños mentalmente impedidos". Garantizan la asistencia gratuita y aseguran el derecho al disfrute de los servicios sanitarios, para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud.

"En los últimos meses, tanto el Ministerio de Salud como el de Educación de la Nación comenzaron a interesarse en este tema. Es hora de que tomen medidas concretas. Ya hay demasiados niños medicados, tal vez innecesariamente, con estimulantes como para desoír las alertas que, desde distintos ámbitos, se están dando sobre el problema.

Para empezar, debería determinarse si se trata, como ya sostienen algunos investigadores, de una patología promovida por la industria farmacéutica con la intervención del mercado de medicamentos para adultos. En segundo lugar, se deberían promover charlas para concientizar a los padres y docentes sobre los riesgos del sobre diagnóstico de estos cuadros.

La Convención sobre los Derechos del Niño tiene rango constitucional: garantizar el derecho a la salud de los más chicos es una obligación del Estado."[86]

También dicha CDN, respecto a la atención en salud hace mención a que "los estados partes también deben introducir medias para permitir que los niños aporten sus opiniones y experiencia a la planificación y programación de servicios destinados a su salud y desarrollo. Se deben recabar sus opiniones respecto de todos los aspectos de la prestación de servicios de salud, incluidos los servicios que se necesitan, la forma y el lugar en que se prestan mejor, los obstáculos discriminatorios al acceso a los servicios, la calidad y las actitudes de los profesionales de la salud y la forma de promover la capacidad de estos niños para asumir niveles mayores de responsabilidad por su propia salud y desarrollo".

[86] Mariana Carbajal. ADD y ADHD, una mirada desde el periodismo. (Pag.243-244).

Capítulo 6:

1) DESAFÍO DE LAS POLÍTICAS QUE ABORDAN LA PROBLEMÁTICA.

Finalmente para poder darle un cierre a este trabajo, me resulto de suma importancia poder analizar las políticas que abordan este problema actual y cuáles son los desafíos que deben superar las leyes, para que puedan ponerse en práctica a fin de poder controlar, supervisar y resguardar el uso y abuso de los cuadros diagnósticos, además de la posterior medicalización e internación de nuestros niños/as y adolescentes.

"Las políticas en salud mental se enmarcan en políticas sociales. Se sustancian en un trabajo que debería convocar e involucrar la participación de diferentes áreas impulsadas a integrarse a nivel operacional y trabajar en los niveles territoriales en Red, con el objetivo de garantizar el derecho a la salud de los niños, niñas y jóvenes con vulneración psicosocial.

Desarrollar acciones para aliviar el sufrimiento implica reconstruir el tramado colectivo, ampliando y complejizando el tejido social que apoya a los niños y niñas en un proceso que pueda revertir y poner un tope a la tendencia a la psiquiatrización y a la exclusión."[87]

Para poder lograr todo esto es fundamental el marco normativo, el cual nos da el encuadre de trabajo y las pautas para poder garantizar de ese modo el cumplimiento de los derechos. Además de poder implementar medios de supervisión y capacitación permanente de todas las instituciones involucradas en la aplicación y resguardo de nuestros niños/as y adolescentes.

"Implementar estrategias de intervención subjetivantes e inclusivas en territorio sobre la base de apoyo y respeto a la capacidad de innovación de los servicios ya existentes, la construcción de proyectos singulares para cada niño escuchando y favoreciendo la participación de los mismos"[88].

Es muy importante que las estrategias y el diseño de las intervenciones, sean evaluados y elaborados conjuntamente con la familia y el niño, a fin de poder dar lugar a la escucha e interés del chico y su contexto.

Se deben tomar en consideración las posibilidades reales de cada caso para poder llevar adelante las estrategias que los profesionales, Servicios locales, o Instituciones intenta implementar, evitando de esa manera caer en diseños irrealizables, utópicos y futuros fracasos en la misma.

Al respecto la psicoanalista, abogada y Adriana Granica dice: "Cuando un chico está en medio de un conflicto familiar, de violencia o de abuso y no son escuchados; también cuando se los etiqueta aludiendo a que tienen TGD (trastorno deficitario del desarrollo) y se hace referencia a ese sujeto de derecho sin referirse a él por su nombre, sino que se le confiere identidad por su condición. Hay una tendencia a patologizar, judicializar y medicalizar rápidamente".

"La Ley de Salud Mental Nº 26.657 es considerada modelo a nivel internacional y propone un cambio de paradigma, pensando al niño o al

[87] Revista Actualidad Psicológica. La patologización de la infancia Pag.21-23, Marzo del 2013 .Los desafíos de las políticas en Salud Mental.

[88] Revista Actualidad Psicológica. La patologización de la infancia Pag.21-23, Marzo del 2013 .Los desafíos de las políticas en Salud Mental.

adolescente con padecimientos mentales como sujetos de derecho y no como objetos de tutelaje, de encierro, de medicalización. Pero de nada vale recitar esta ley si no se pone en práctica".

"El desafío es implementar políticas de salud mental que enmarcadas en los nuevos paradigmas, orientadas más a los "cuidados integrales" de las infancias que a proveer de cuidados que ofertando atención especializada acaban cosificando e institucionalizando a los niños, niñas y adolescentes.

Toda política en salud mental, debería impulsar procesos de desintitucionalización, lo que supone la reorganización de sistemas que no han podido adecuarse a las nuevas problemáticas psicosociales que se presentan y en los que coexisten contradictorias concepciones y representaciones (saberes y prácticas) respecto de los cuidados de la salud.

La solución para garantizar el derecho a la salud mental no consiste solo en la creación de nuevos dispositivos de cuidados alternativos a la institución psiquiátrica, sino en la construcción de un sistema diferente."[89]

Es importante reflexionar que muchas veces somos el único lugar donde se le puede brindar a un niño un espacio de escucha (servicios locales, de salud y las escuelas) y los primeros en poder llegar a ellos, considerando que estamos obligados a poder generar ese lugar, estableciendo con ellos un vínculo de amor y afecto que les de confianza para poder hablar del malestar que les acontece. Habilitando de esa manera un espacio de trabajo y brindando la contención e información correspondiente para poder abordar adecuadamente la demanda de los niños.

"Los servicios de salud poseen un lugar privilegiado en tanto mediadores para alojar el sufrimiento y comprender como se vinculan los niños, niñas y adolescentes con sus contextos, respetando la expresión de sus deseos personales y acompañando su trayectoria de vida.

Tratándose de chicos frecuentemente excluidos de los sistemas educativos, estigmatizados y medicalizados, la mirada y posicionamiento de los profesionales y/o servicios que los escuchan desempeñan un papel clave en los procesos de constitución subjetiva. Este encuentro es el posibilitador de transformaciones y puede incidir en los procesos de estructuración psíquica en momentos tempranos de la vida, generando movimientos tendientes a logra una disminución del sufrimiento y un incremento de las potencialidades propias de la infancia."[90]

"La escases de una racionalidad organizativa en términos sanitarios, la ausencia de planificación de políticas específicas de niñez que garanticen los cuidados de atención de los niños, niñas y adolescentes, la inexistente asignación de recursos, la fragmentación, las escasas ofertas definidas por preocupaciones personales o colectivas de profesionales sensibles al sufrimiento humano, fueron las características principales del sistema de salud mental de la ciudad de Buenos Aires en las últimas décadas.

Si décadas anteriores se caracterizaron por la omisión de políticas en salud mental en la niñez, esta década se inicia con políticas que profundizan un

[89] Revista Actualidad Psicológica. La patologización de la infancia (Pag.23-24), Marzo del 2013 .Los desafíos de las políticas en Salud Mental.

[90] Revista Actualidad Psicológica. La patologización de la infancia (Pag.21-23), Marzo del 2013 .Los desafíos de las políticas en Salud Mental.

modelo que favorezca su estigmatización, exclusión y encierro, colaborando así a profundizar una tendencia hacia la medicalización de la infancia con mayor vulnerabilidad en la ciudad. De allí la importancia de un gestión de gobierno que implemente políticas de salud mental apropiadas, y del compromiso ético de los actores sociales intervinientes.

Evitar los discursos hegemónicos que naturalizan la internación psiquiátrica como único recurso para niños, niñas y adolescentes con sufrimientos psicosocial, que cierran las posibilidades creativas, de prácticas que promuevan itinerarios por espacios comunitarios que invitan a la inclusión y a la socialización, y que garantizan el derecho a la salud como uno de los derechos esenciales en construcción de una ciudadanía plena."[91]

Por todo esto creo que es relevante el trabajo en red, y la noción de equipo para poder abordar problemáticas tan complejas, que requieren de intervenciones interdisciplinarias[92]a fin de poder tener una mirada más amplia, de las realidades de los niños con dificultades que acuden a los servicios junto a sus padres buscando alguna respuesta posible. Y creo que debemos ser conscientes de la responsabilidad que nos implica nuestro trabajo, ya que está en nuestras manos muchas veces la posibilidad de mejorar la calidad de vida de un niño.

Por ello el desafió es poder "favorecer la reflexión crítica y producir articulaciones teóricas y prácticas rigurosas que permitan la construcción colectiva de dispositivos subjetivantes evitando la precarización del pensamiento que se ajuste solo a proponer la oferta existente. Evitar prácticas que colaboren con el proceso de anulación de la subjetividad de niños, niñas y jóvenes cuyo padecimiento es producto de traumatismos graves donde la fragilizacion de lazos familiares, las violencias, el maltrato y el abuso, entre otros acontecimientos, impactan de manera significativa en sus procesos de constitución psíquica."[93]

La internación prolongada en el hospital psiquiátrico de niños, niñas y adolescentes con alta médica, por no contar con un medio familiar donde vivir y la ausencia de soluciones al respecto, perpetúa la institucionalización, favoreciendo su desaparición de las escena social, ya que al no tener interés particular para el mercado son considerados superfluos, innecesarios, residuos humanos (Bauman, 2007).

El compromiso para los actores sociales comprometidos desde una perspectiva de derechos, es poder sensibilizar respecto de los modos de sufrimiento contemporáneo en la niñez y adolescencia, y generar iniciativas que articulen las luchas contra la medicalización e institucionalización psiquiátrica, ya que ambas constituyen trayectos de la misma lucha contra la mercantilización de la vida.

---

[91] Revista Actualidad Psicológica. La patologización de la infancia (Pag.21-23), Marzo del 2013 .Los desafíos de las políticas en Salud Mental.

[92] Interdisciplina: La interdisciplinariedad involucra grupos de investigadores, estudiantes y maestros con el objetivo de vincular e integrar muchas escuelas de pensamiento, profesiones o tecnologías, –aun con sus perspectivas específicas–, en la búsqueda de un fin común. (https://es.wikipedia.org/wiki/Interdisciplinariedad)

[93] Revista Actualidad Psicológica. La patologización de la infancia (Pag.21-23), Marzo del 2013 .Los desafíos de las políticas en Salud Mental.

2) PROYECTO DE LEY

Creo relevante citar un proyecto de ley presentado en la Argentina, en el 2015, que solo es el principio, más allá de los profesionales involucrados y comprometidos con dicha causa. Creo que es necesario no solo que se conozca, se apruebe, sino que sobre todo se le dé prioridad en los asuntos de estado y en la agenda política a dicho fin.

Además de brindar los recursos necesarios en cuestiones económicas y sobre todo de capacitación y supervisión para que la misma se haga cumplir en todo el ámbito de nuestro territorio Argentino ya que como dicen por allí

"LOS CHICOS PRIMERO, YA QUE SON EL FUTURO DE NUESTRO PUEBLO"[94]

Dicha ley plantea la creación del Observatorio Federal de la Patologización y Medicalización de Niños, Niñas y Adolescentes como órgano de evaluación y monitoreo de la Patologización y Medicalización de la Infancia. El mismo tendría como objetivo principal promover la investigación y recopilación de información para la correcta implementación de programas y políticas públicas dirigidas a las Infancias.

El Observatorio Federal de Patologización y Medicalización de Niños, Niñas y Adolescentes tiene las siguientes funciones:

1 Recolectar y procesar, sistematizar e interpretar los datos e información que son materia de su competencia, de manera unificada y centralizada

2 Monitorear la implementación de políticas públicas que tiendan a prevenir la problemática definida en el Artículo 3º, en base a los datos aportados por cada distrito y los propios que el observatorio recabe.

3 Monitorear el grado de cumplimiento de acciones en materia de Políticas Federales que prevengan la patologización y medicalización de los niños, niñas y adolescentes que son específicas de cada uno de los Ministerios Nacionales conforme a las disposiciones de la ley de Ministerios N° 26.338 y sus modificatorias.

4 Diseñar un sistema de evaluación permanente que se nutra de estudios descriptivos, indicadores de perspectivas, análisis de estructuras, procesos y resultados, entre otros aspectos.

5 Elaborar un informe semestral detallando los avances producidos en materia de atención y cuidado respecto a la Patologización y Medicalización de los niños, niñas y adolescentes, incluyendo las consecuencias e impacto en el ámbito educativo y en el ámbito de la salud. El informe semestral deberá elevarse al Poder Ejecutivo Nacional y publicada en la página web de los ministerios involucrados.

6 Actuar como órgano permanente en la recolección y análisis de la información, referida a la cantidad de psicofármacos prescriptos y vendidos para niños, niñas y adolescentes.

7 Analizar estadísticas y modalidades de intervención respecto a la patologización y medicalización de las Infancias en otros países.

[94] *H. Cámara de Diputados de la Nación*. PROYECTO DE LEY http://www1.hcdn.gov.ar/proyxml/expediente.asp?fundamentos=si&numexp=4653-D-2015.

8 Confeccionar y actualizar informes en colaboración con las provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires elaborando un registro de dispositivos existentes para atender la problemática planteada en el Artículo 3 y los que sean creados bajo la órbita de la presente ley.

9 Sistematizar datos que proporcionen otros organismos como UNICEF o Universidades Nacionales.

10 Disponer el funcionamiento de un sitio web en el cual se publiquen todas las acciones del observatorio y los informes que se realicen, y en el cual se puedan realizar denuncias por incumplimiento de la presente ley y de las políticas que sean su consecuencia.

11 Generar capacitaciones acerca de la temática tanto para el ámbito de la salud como la educación.

La "patologización y medicalización de la infancia", un fenómeno en franco incremento en los últimos años, constituye un problema grave que nos convoca a preguntarnos si el mismo no debiera ser considerado como una de las tantas formas de ejercicio de una suerte de "violencia simbólica" que sociedades como la nuestra ejercen sobre los niños, niñas y adolescentes.

Sin embargo, resulta conveniente poder recordar a qué nos estamos refiriendo cuando hablamos de "patologización" y "medicalización". En su devenir histórico la "medicalización" no ha variado conceptualmente, pero sí lo ha hecho su expansión, de la mano de su incidencia y los alcances del fenómeno, promovidos por determinados intereses y sectores que la impulsan y que, de acuerdo a lo que puede observarse, se van modificando en función de la época y los modelos sociales en que esta se va desarrollando (DUEÑAS: 2013).

“Para esto, resulta oportuno aclarar que con estos términos de ninguna manera se está cuestionando a la medicina, ni al avance de los conocimientos y la tecnología médica y farmacológica que en los últimos años vienen posibilitando la detección temprana y el tratamiento exitoso de una gama cada vez más amplia de enfermedades. Tampoco se pretende con el uso de esta terminología, y desde una perspectiva ligada al campo de la salud mental, cuestionar de manera generalizada a la psiquiatría, ni la administración de psicofármacos cuando éstos se precisan, dado que -sin dudas- los mismos han contribuido a mejorar la calidad de vida de muchas personas que atraviesan situaciones de gran sufrimiento psíquico.

Advertimos que esto se torna aún más grave cuando nos detenemos a pensar que este tipo de políticas medicalizadoras impulsadas por los intereses de ciertos sectores del mercado, principalmente los de la industria farmacéutica, parecen estar en los últimos tiempos focalizando su atención en un sector de la población particularmente vulnerable, al tomar como "objeto" de las mismas nada menos que a los niños, niñas y adolescentes, cuyo psiquismo, como dijimos, está en pleno proceso de construcción, y de cuyos vaivenes, "con" y "en" relación con los "otros", dependerán, justamente, el desarrollo de sus funciones cognitivas y la definición de su identidad.

En este sentido, una de las cuestiones que resulta particularmente preocupante deriva de considerar que, con este tipo de intervenciones, se

imprimen marcas en sus trayectorias de vida social, familiar y escolar, cuyos efectos los compromete, incluso, "a futuro".

La discusión no gira en torno a si es necesario realizar diagnósticos o no, sino en cómo, cuándo y quien "diagnostica", considerando siempre los efectos "estigmatizantes" que puede tener en un infante, teniendo en cuenta que es un sujeto en pleno proceso de constitución.

La gran relevancia es la posibilidad de indagar acerca del impacto producido por esta problemática dentro de la población educativa en el marco de un fenómeno de alcance aún mayor, conocido como el de la "Medicalización de la Vida y las Sociedades" (así lo enuncia la ley de Salud Mental de Argentina) y que estaría vulnerando de manera particular los Derechos de las Infancias (detallados en la Convención Internacional de los Derechos de los Niños y la Ley de Protección Integral de los Derechos de los Niños, Niñas y Adolescentes) constituyéndose a la vez en novedosos dispositivos de reproducción de la desigualdad educativa."[95]

Entenderemos a la infancia como un proceso de construcción subjetiva que se halla inmerso en un universo organizado simbólicamente y construido fundamentalmente por la relación del niño con el adulto que lo construye, consideramos necesario tener especial atención en cada particular y única forma de vinculación, historia y las condiciones institucionales donde la construcción subjetiva se despliega (BLEICHMAR:2005).

"Medicalizar" es un término acuñado por Ivan Illich que refiere a la tendencia a abusar de recursos propios de la medicina para intentar resolver problemáticas complejas de otro orden: ligadas por ejemplo a variables psico-sociales, pedagógicas, etc. Este fenómeno está impulsado desde sus orígenes por el mercado de la industria farmacéutica, pero contribuyen a su expansión y consolidación diversos actores sociales: desde médicos hasta profesionales del campo "psi", docentes, los medios de comunicación e incluso políticas de estado (DUEÑAS: 2012).

"Por otro lado, el término "patologizar" hace referencia directa al paso previo que requiere la medicalización. Y como indica su nombre, remite a la tendencia a concebir como "patologías" (u enfermedades) a una amplia gama de expresiones o conductas que pueden tratarse desde síntomas de alguna patología, hasta conductas reactivas a condiciones de vida inadecuadas (por ejemplo las ligadas a la violencia familiar) o incluso respuestas sanas de la persona ante determinadas circunstancias (por ejemplo, cuando se trata como "depresión" un "trabajo de duelo"). Para esto, se apela a prácticas tecnocráticas, simplistas, de fuerte sesgo biologicista, que de manera descontextualizada, y deshistorizada, sólo a partir de lo "observable", clasifican y etiquetan las mismas de "trastornos" o "deficits" a los que luego acompañan de certificados de discapacidad. El auge de la patologización de chicos inquietos y desatentos en la escuela ha llegado a tal punto que ya se está medicando hasta niños de jardín de infantes."[96]

[95] H. Cámara de diputados. Proyecto de Ley (Fundamentos). http://www1.hcdn.gov.ar/proyxml/expediente.asp?fundamentos=si&numexp=4653-D-2015

[96] H .Cámara de Diputados .Proyecto de ley. http://www1.hcdn.gov.ar/proyxml/expediente.asp?fundamentos=si&numexp=4653-D-2015

En el análisis de este fenómeno, necesitamos tener en cuenta que la escuela actual, cuestionada por muchos y muchas veces cuestionándose a ella misma por el incremento de la diversidad de demandas que se realizan ante las novedosas problemáticas con las que se hacen presentes las nuevas infancias, parece haberse transformado en uno de los ámbitos en donde más se le reclama a la medicina soluciones rápidas y remedios eficaces para abordarlas (TERZAGHI: 2011).

Parecería que de esta lógica y de este tipo de práctica subyace una lógica que parece justificable, simple y lineal por lo dado en un momento: "una lógica de trastornos" que no afecta ni es afectada por la historia o por el contexto en que se inscribe la dificultad, que solo tiene en cuenta "el síntoma" elevándolo a la categoría de "lo que hay que arreglar", así como lo propone el DSM IV.

En estas circunstancias "muy frecuentemente se espera que el médico haga una categorización diagnóstica del infante con problemas para que este ingrese, circule o permanezca en la escuela en la medida que el discurso médico continua ofreciéndose como dispositivo normalizador-normatizador de la conducta" (TERZAGHI:2011:124).

“Parecería que los discursos que llamamos "patologizadores" o "medicalizadores" (de acuerdo a lo que venimos relatando) sobre los llamados "escolares en problemas" han llegado para instalarse, y que esto es un elemento clave para el análisis e indagación en nuestra investigación de campo en los establecimientos educativos. Los discursos docentes que muestran estas tendencias a las que hacemos referencia tienen efectos estigmatizantes sobre los escolares.

Reflexionar sobre el tema permite, visualizar desde una perspectiva compleja la necesidad de debatir y cuestionar los fundamentos, alcances e implicancias que conllevan ciertas prácticas profesionales que -sin demasiada conciencia- estarían contribuyendo a reproducir y consolidar un fenómeno conocido como la patologización y medicalización de la niñez y adolescencia, y que en los últimos años, a raíz de un giro en sus estrategias, preferimos denominar "la biomedicalización de los malestares infantiles actuales"[97].

“El proyecto de ley surge porque se advierte con preocupación en el avance de ciertos discursos de fuerte sesgo biologicista e innatista que -a contramano de los nuevos paradigmas en salud mental en los que se apoya la nueva legislación nacional vigente- tienden a tornarse hegemónicos, al generalizarse y extenderse desde el campo de la salud hacia el escolar, vulnerando a través de cierto tipo de prácticas que se promueven desde "cierta ciencia" nada menos que los "Derechos de los Niños, las Niñas y los Adolescentes". Las mismas refieren a la tendencia a establecer "diagnósticos" que -con mucha facilidad- se endosan a infantes y adolescentes, sin tener en cuenta el entorno y la historia y tampoco la complejidad del funcionamiento psíquico en la infancia y en la adolescencia.

El problema con el que solemos encontrarnos es que los mismos parecen haberse reducido a simples procedimientos de "evaluación cuantitativa" de aquellas funciones cognitivas previamente identificadas fundamentalmente por

[97] Cámara de diputados. Proyecto de ley.
http://www1.hcdn.gov.ar/proyxml/expediente.asp?fundamentos=si&numexp=4653-D-2015

las escuelas como desadaptadas que -al ser consideradas además, de forma "aislada" y "descontextualizada", como si el comportamiento fuera algo "estático y atemporal"- determina como consecuencia abordajes "medicalizadores" a partir del establecimiento de "trastornos" atribuidos a "supuestas deficiencias de origen biológico" portadas por los mismos infantes o adolescentes, sin que se tenga en cuenta lo que les puede estar sucediendo, en muchos casos "padeciendo", ni se los ayude a desarrollar sus posibilidades.

En su lugar, respaldados por la legislación vigente, sostenemos desde la privilegiada perspectiva que ofrece un dialogo interdisciplinario, que -para trabajar con ellos y poderlos acompañar de la mejor manera posible en sus procesos de aprendizaje y socialización- no podemos dejar de tener en cuenta que todo niño, niña u adolescente es un "sujeto en devenir", de modo que resulta central no perder nunca de vista que los mismos están transitando momentos de la vida que se definen justamente por sus "posibilidades de transformación".

En este sentido, y partiendo de la idea que "no hay naturaleza humana dada" sino prácticas que la producen, consideramos fundamental poner a consideración las principales novedades socio culturales con las que la época atraviesa los procesos de subjetivación de las infancias actuales, considerando para esto y de manera particular su impacto en las principales instituciones que clásicamente se vienen ocupando de su crianza y educación: es decir, las familias y las escuelas, y -como consecuencia de estas transformaciones- las relaciones que entre ambas sostienen"[98]

[98] H. Cámara de diputados. Proyecto de ley (Fundamentos). http://www1.hcdn.gov.ar/proyxml/expediente.asp?fundamentos=si&numexp=4653-D-2015

CONCLUSIONES.

A lo largo del trabajo realizado y en relación con los objetivos planteados, se puede decir:

Del análisis de las nociones de niñez e infancia, se pudo dar cuenta de los cambios significativos que se han ido produciendo a través de la historia en los diferentes tiempos, y de cómo han ido variando las concepciones y el discurso sobre ellos. Fundamentalmente desde el cambio de paradigma, el niño dejo de ser tratado como un objeto, sin derecho y sin palabra, sometido al interés y poder de los adultos. Aún más teniendo en consideración el lugar que los mismos ocupaban en la sociedad y en las instituciones. Para empezar a ser concebido como "sujeto de derecho".

En la actualidad los niños pasan a ocupar otro lugares, este cambio también trae sus complicaciones, y son evidentes las dificultades que hoy acarrea el pretender reducir los tiempos y espacios de los N.N y A. imponiéndoles ser adultos cada vez más rápido, dejando de lado las particulares propias de cada etapa de desarrollo, con sus comportamientos y conductas propias de la edad, las cuales hoy son poco toleradas o aceptadas por los adultos y la sociedad actual.

Nos encontramos con una sociedad que pretende niños callados, quietos, inmóviles sin curiosidad, que no requieran la atención de los adultos, o que literalmente no "molesten", sin darnos cuenta de las necesidades de los chicos y no respetando sus tiempos de madurez singulares.

Los padres hoy y los adultos en general tenemos cada vez menos tiempo, debido al exceso de trabajo y obligaciones; los niños tienen poco espacio en la vida de ellos, lo cual hace que deban estar bajo el cuidado de otras personas o pasar mucho tiempo en instituciones. Esto conlleva a que el poco tiempo compartido deba ser aprovechado, y que si esto no sucede, muchas veces hay comportamientos de los chicos, que son producto de esta desatención y que pueden ser leídos como enojo o llamados de atención.

Es fundamental poder repensar que mirada tenemos como adultos para con los N.N. y A, desde que concepto de infancia y adolescencia los evaluamos, y que es lo que ellos necesitan realmente y no lo que nosotros o la sociedad espera de ellos. Procurando generar modelos de vínculos y espacios en esta sociedad más apto y saludables para ellos, y no dejar que sean usados por el mercado capitalista solo para captarlos como sujetos de consumo.

Luego en la recopilación de algunos datos estadísticos y notas referidas a los trastornos y patologías infantiles en auge en los últimos años, sumado a la reseña de trabajo en la cotidianeidad del Servicio Local de niñez, de San Nicolás, durante los períodos 2009-2015, se pudo evidenciar un progresivo aumento de diagnósticos psicopatológicos, de medicación e internaciones en N. N y A.

Se logra poner de relieve que muchos comportamientos que no son tolerados por las instituciones o que antes caían bajo la represión como el moverse o el ser rebelde, hoy se intenta modelar los mismos bajo una

etiquetación para luego poder adecuar esa conducta con medicación, o en casos extremos con reducciones horarias o encierro.

Es muy notoria la cantidad de niños medicados en las escuelas, y las exigencias desde las distintas instituciones (salud, educación y obras sociales) del requisito del diagnóstico, sin tomar en consideración muchas veces otras variables sociales, culturales, ideológicas, familiares y vinculares que pueden estar incidiendo en la problemática o malestar que el niño muestra a través de su comportamiento.

Se deja en evidencia de este modo una modalidad de prácticas reduccionistas y biologistas de trabajo que inducen a reducir las problemáticas de N.N y A., limitándolas o encuadrándolas en cuadros o diagnósticos psicopatológicos mal definidos. Todo esto, influye posteriormente en que la respuesta inmediata sea la medicación o en casos más complejos la internación, como única vía de abordaje posible o de tratamiento. Dejando de lado otras posibles miradas. Se termina demostrando que muchas veces se responde más a una necesidad de índole mercantilista y de control de la sociedad capitalista, que a los intereses o necesidades reales de las problemáticas de N.N y A, las cuales a veces son más de origen vincular, relacional o social y no de índole biológica ni necesariamente neurológica o genética.

Posteriormente en el análisis realizado, fundamento con teoría de varios autores junto a la práctica, la influencia que tienen las variables socio-culturales, ideológicas, políticas, vinculares y familiares en los comportamientos y problemáticas de N.N y A. mostrando la importancia de poder dar lugar a la palabra del N.N yA y a su sufrimiento psíquico, analizando las mismas desde una mirada poli-causales, para poder entender los comportamientos y malestar de los mismos.

El fin es no quedar presos de un diagnostico que obtura, en vez de habilitar un espacio para que los chicos puedan hablar desde un lugar de sujeto de derecho que sufre.

Se demuestra también, como los contextos influyen y afectan los comportamientos y malestares de los sujetos a través del tiempo. Que cada sociedad y época genera sus propios malestares psíquicos.

Se muestra que hay una gran falta de atención de las variables antes mencionadas, al momento de analizar una problemática que nunca es individual, sino también social, como lo argumentaba Freud, cuando decía: “que toda Ps. Individual, es sentido amplio, es psicología Social”.

Provocando esta carencia de atención, una mirada reduccionista que provoca que se recaiga en clasificar y diagnosticar todos los comportamientos. Lo cual incide en los incrementos de diagnósticos de patologías infanto-juveniles, como también su medicación o internación como única vía posible de tratamiento respondiendo a un modelo neuro-biologico en donde lo social no es tenido en cuenta.

Finalmente se abordan los modos de abordaje más idóneos para poder trabajar en estas problemáticas, en estos organismos. Las concepciones de complejidad que requieren, lo cual hace que se necesiten intervenciones integrales, en Red y comunitarias. Se puede visualizar que desde la teoría y

desde los marcos legales, quizás contamos con todos las herramientas para poder trabajar dichos casos, y poder realizar un trabajo conjunto que incluya todos los aspectos y variables que influyeron en el desarrollo de la problemática que se presenta. Pero vemos que en la práctica o en el trabajo diario, que los abordajes son independientes, desconectados, reduccionistas y que todo esto, queda solo en la teoría. Seguramente hay muchos factores que inciden el momento de llevar adelante una correcta intervención. Se evidencia aquí un gran desfasaje entre teoría y práctica.

Se considera que más allá de los instrumentos teóricos que podemos contar hoy, hay muy poca experiencia en la práctica, en relación a los modos de abordaje de dichas problemáticas, de los profesionales y personal de las diferentes instituciones que atienden a N.N y A. Personal que muchas veces siguen teniendo una mirada o posicionamiento desde el paradigma del patronato, con profesionales jóvenes, sin experiencia en el área, o con poca capacitación en este tipo de trabajo o intervenciones. Sumado a los prejuicios y a las concepciones del discurso del niño o adolescente desde donde se lo esté escuchando, todo esto funciona de obstáculo al momento de trabajar en dirección de los derechos de los N.N y A.

También afectan al momento de diseño de las Intervenciones, los escasos recursos económicos y de organismos con los que se cuenta en los diferentes municipios, ya que el lugar que se le asigna a la infancia a veces pareciera quedar librado a manos de la Intendencia de turno, sin poder hacer nada al respecto. Sumado a que el trabajo en red e interdisciplinario requiere de directivos idóneos que no dejen librado su trabajo acorde a favoritismos personales en desmedro de los derechos de los niños. No pudiendo responder a una Corresponsabilidad en las problemática que se deben abordar. Es imposible trabajar estos casos si no es desde una mirada multi-causal con un trabajo interdisciplinario y un abordaje con intervenciones en Red y abordajes comunitarios para poder logar objetivos certeros.

Por esto, son necesarios y fundamentales espacios de re-trabajo de las prácticas profesionales y del personal que trabaja con la niñez, a fin de lograr una mejor empatía con las necesidades reales de los niños y sobre todo con su realidad, la cual dista muchas veces de la nuestra y de la realidad que pudimos haber vivido como niños.

Esto nos permitiría poder tener un contacto y una mirada más cercana a la realidad de los niños y adolescentes, pudiendo lograr una transferencia con ellos desde otro lugar. Para esto debemos estar abiertos a la escucha, y estar dispuestos a ser los medios que podamos dar cuenta de sus necesidades a fin de poder vehiculizarlas y poder responder a sus necesidades, intentado la restitución de sus derechos.

Vivimos en una sociedad que ha sufrido muchos cambios tecnológicos, políticos, ideológicos, sociales y culturales y debemos adaptarnos a ellos para poder entender a los N.N y A de hoy y sus problemáticas.

Para poder realizar un verdadero trabajo en equipo y en Red, se podría considerar relevante gestionar espacios de auditoria y de control de dichas prácticas, que sean reguladas desde organismos estatales con reglamentaciones y protocolos estandandarizos, conjuntamente con

capacitaciones constantes. Para que se puedan brindar las garantías necesarias que se necesitan, para así, poder ofrecer un espacio real de protección y promoción de derechos de N.N y A.

Sería necesario también, poder hacer un análisis previo de los recursos e instituciones reales de cada localidad, que puedan brindar salud, salud mental, educación y recreación. A fin de poder solicitar que se cubran las carencias de recursos, y que todos los N.N y A del país tengan las mismas posibilidades reales de integración, tratamiento, rehabilitación, y prevención de problemáticas o conductas que manifiestan un sufrimiento psíquico, y que no necesariamente son cuadros psicopatológicos. Y que en los casos que se evidencien trastornos reales, y sea necesario un tratamiento, el objetivo terapéutico no sea solo el diagnostico, y que el tratamiento no sea solo medicamentoso, a fin de poder contener, controlar o callar el decir de un malestar que muchas veces no se quiere escuchar. Concluyendo a veces con intervenciones de encierro que en realidad perjudican más que lo que benefician.

Nuestra obligación como adultos y profesionales de la salud, es poder generar sujetos sanos, felices, autónomos e independientes. Debemos acompañarlos en su sufrimiento y en estos malestares que día a día atraviesan y no medicarlos para dejarlos anulados, ejerciendo de esta manera "violencia simbólica" sobre ellos.

Debemos ser conscientes que los N.N y A. son el “reflejo” de nuestra sociedad y tratar de entenderlos, cuestionarnos los modos de etiquetar y patologizar la infancia a fin de no adiestrar sus conductas, a veces no esperables, de los mismos, y respetar su propia naturaleza. El mayor de los “síntomas patológicos”, es un niño que no juega, que no puede simbolizar y que no puede expresar sus conflictos de algún modo, para poder así superar las diversas situaciones de crisis que la vida nos plantea a diario. Aprendiendo a resolver y superar los obstáculos, generando sus propios recursos simbólicos.

Se concluye entonces que cuando se evalúa una problemática de N.N y A de deben incluir todas las variables y características sociales, familiares y vinculares, que inciden en la expresión de los síntomas de nuestros niños. A modo de poder también considerarlas, al momento de poder plantear o diseñar estrategias de trabajo o abordaje en red, conjuntamente con las instituciones (familiar, educativa, de salud) que abordan un malestar psíquico de un niño/a o adolescente.

Pensando finalmente en poder generar políticas que puedan resguardar ese tiempo tan sagrado, como lo es nuestra infancia, a fin de poder garantizar un trabajo también desde la prevención es salud mental, brindando los espacios de recreación y salud que los mismos necesitan para poder desarrollarse en total plenitud. A los efectos de poder plantear y ayudar a diseñar abordajes integrales e intervenciones que tomen en consideración la variables antes mencionadas, que también indicen y sostienen muchas veces que una problemática se manifieste. Se evidenciaron, los desafíos actuales de la legalización vigente a fin de poder regular las prácticas abusivas, mediante el proyecto de ley que se presenta.

Se deberían promocionar también, espacios de apoyo, contención y aprendizaje en equipo de todos y cada uno de los adultos, que a diario somos responsables de “aquellos locos bajitos”

Cierro este trabajo con un poema, para poder reflexionar conjuntamente:

Cuando un niño se tira, no quiere decir que se caiga

Cuando un niño choca, no quiere decir que empuja

Cuando un niño golpea, no quiere decir que lastime

Si un niño se mueve, no quiere decir que sea activo

Cuando un niño se muestra activo, no quiere decir que sea interactivo

Cuando un niño hace silencio, no quiere decir que se calle

Cuando un niño sueña, no está distraído

Cuando un niño se inmoviliza, no quiere decir que está quieto.

Cuando un niño está solo, no quiere decir que está aislado

Cuando un niño se esconde, pide una mirada suave

Cuando un niño consciente, no quiere decir que acuerde

Cuando un niño ríe, no quiere decir que esté contento

Cuando un niño se asombra, no quiere decir que este asustado

Cuando un niño pregunta, no quiere decir que no sepa

Cuando un niño transgrede, no quiere decir que se equivoca

Cuando un niño se equivoca, no es un acto de ignorancia

Cuando el tiempo concluye, no quiere decir que el niño termine

Cuando un niño dice que no quiere decir No.

"Decálogos de la Niñez"
Daniel Calmels.

BIBLIOGRAFÍA

- ADDH Niños con déficit de atención e hiperactividad. ¿Una patología del mercado? .Una mirada alternativa con enfoque multidisciplinario. Colección Conjunciones.
- AGAMBER, Giorgio: “Profanaciones”. Adriana Hidalgo Editora, 2005, 93-94.
- AUSBURGER, Ana Cecilia “La inclusión del sufrimiento psíquico: un desafío para la epidemiología”. Psicología & sociedades; 16 (2): 71-80; maio/ago. 2004 p.45.
- BARCALA .Revista actualidad Psicológica. La patologización de la infancia. 21 de marzo de 2013.
- BELLOF, M; “Un modelo para armar y otro para desarmar: protección integral de derechos del niño vs. derechos en situación irregular.”
- BELLOF, M, Los derechos del niño en el sistema interamericano, editores del Puerto, Buenos Aires, 2004, Cap. I
- BELLOF, Mary, Tomarse en serio a la infancia, a sus derechos y al derecho. Sobre la ley de Protección integral de los Derechos de las niñas, niños y adolescentes, nº 26061
- BOURDIE, Pierre. Cosas dichas. Editorial Gedisa. Serie mayor. Colección el mamífero parlante. Barcelona, 1987.
- BOURDIEU, Pierre. “Espíritu de Familia” En: Neufeld, M.R, Grimberg M, Tiscornia,S y Wallace,S (comps). Antropología social y política. Hegemonía y poder: el mundo en movimiento. Eudeba, Buenos Aires
- CAPLAN, Gerald. “Principios de psiquiatría Preventiva”. Capítulo II. Editorial. Paidós.
- CARLI, Sandra 2002. Niñez, pedagogía y política. Transformaciones de los discursos acerca de la infancia en la historia de la educación argentina entre 1880 y 1995, Miño y Dávila, Buenos Aires, “Introducción”,pp 13-34.
- CARLI, Sandra. “La cuestión de la Infancia: entre la escuela, la calle y el shopping. Buenos Aires. Paidós, 2006.
- CLERICÓ, María Laura, Derechos fundamentales, en Derecho de la Niñez y la Adolescencia, Belof Mary y Clericó María Laura, I Seminario para la implementación del Código para el Sistema de Protección y los Derechos fundamentales de los Niños, Niñas y Adolescentes, ENJ, República Dominicana 2006, págs. 22 a 77
- COLÁNGELO, María Adelaida Mesa: “Infancias y juventudes. Pedagogía y formación”. La mirada antropológica sobre la infancia. Reflexiones y perspectivas de abordaje. “La formación docente entre el S XIX y el S XX”. Serie encuentros y Seminarios disponibles en: www.me.goc.ar/curriform/publica/oei_20031128/ponencia_colagenlo.pdf.
- (CDN).Convención sobre los derechos del niño. Naciones Unidas.
- Crianza, familia, psicología, salud.

- DABAS, Elina. Red de redes. Las prácticas de intervención en redes sociales. Paidós. 1993.
- Decálogo_de_la_niñez_del_psicomotricista_y_escritor_Daniel_Calmels.doc
- DELEUZE, GILLES GUATTARI, Félix. Rizoma Introducción. Ediciones Coayoacán. México 1994.
- DONNELL Daniel, "La Convención sobre los Derechos del niño: Estructura y Contenido" Derechos de la Niñez y la Adolescencia, Antología. CONAMAJ; ESCUELA JUDICIAL; UNICEF; COSTA RICA 2001
- FOCAULT, DELEZE Y LACAN. "Una política del Discurso". Editorial Quadrata.
- FREEDMAN, Diego, "Funciones normativas del Interés Superior del niño" revista "Más derecho" Buenos Aires, Di plácido nº 4, 20066
- FREUD, Sigmund Obras Completas. "El malestar en la cultura". Capítulo 8. Editorial: Biblioteca Nueva.
- FREUD, Sigmund Obras completas. "La novela familiar del neurótico". (XXXIX). Editorial Biblioteca Nueva. Capítulo 4
- GALEANO Eduardo. "Espejos". Editores. Siglo XXI (Pag.85).
- GIL DOMINGUEZ Andrés, Ley de protección Integral de los niños, niñas y adolescentes y la competencia del estado Federal, de las provincias y de la Ciudad Autónoma de Bs as, RDF nº 35, Lexis Nexis, Buenos Aires 2006.
- H. Cámara de diputados. Proyecto de ley (Fundamentos). http://www1.hcdn.gov.ar/proyxml/expediente.asp?fundamentos=si&numexp=4653-D-2015
- http://23118.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/informacion_adicional/obligatorias/039_psico_institu2/escritos_docentes/ciabattoni-analizador_no_es_indicador.pdf
- http://buenavibra.es/movida-sana/salud/patologizacion-de-la-infancia-psicologos-en-alerta-por-sobrediagnostico-de-autismo/
- http://malestaresenlainfancia.com/infancia/index.php/prensa/54-los-riesgos-de-la-patologizacion-de-la-infancia-el-cuestionado-a-d-d.
- http://www.definicionabc.com/general/intervenir.php
- http://www.eltribuno.info/veo-epidemias-nuevas-ninos-y-adolescentes-soledad-y-cansancio-precoz-n614889.
- http://www.pagina12.com.ar/diario/sociedad/3-221863-2013-06-08.html
- JANIN, Beatriz C "El sufrimiento psíquico en los niños". Psicopatología infantil y constitución subjetiva. Editorial Noveduc. Colección Conjunciones.
- Ley Nacional de salud Mental N° 26.657.
- Ley Nacional N° 26.061
- Ley provincial 13.298 de Promoción y protección integral de los derechos de los niños y Decreto 300/05.

- Nuevas intervenciones ante complejas situaciones con las que nos confrontan niños, niñas y adolescentes en situación de vulnerabilidad psicosocial. La experiencia de PAC. Un programa emblemático
- NUÑEZ Rodolfo Alberto. “Redes Comunitarias”. Afluencias teórico metodológicas y crónicas de intervención profesional. Editorial Espacio.
- OMS. La atención primaria de la salud. Más necesaria que nunca. Informe sobre la salud del mundo. ISBN 978 92 4 356373 2. Ginebra 2008. Citado 25/03/2010. Disponible en: www.int/whr/2008/08_report_es.pdf 154pp
- Revista Actualidad Psicológica. La patologización d la Infancia, Pag.21-23 Marzo del 2013.Sufrimiento psicosocial en la niñez: el desafío de las políticas en salud mental.
- Revista Actualidad Psicológica. La patologización de la infancia Pag.21-23, Marzo del 2013 .Los desafíos de las políticas en Salud Mental.
- RIVIERE Enrique Pichón y Ana P. de Quiroga. “Psicología Social y Crítica de la vida Cotidiana”. Introducción a la Segunda Edición.
- RODULFO. M Punta, “El ADD/ADHD como caso testigo de la patologización de la diferencia”
- RODULFO. M Punta. Una perspectiva psicoanalítica, Ni biologismo, ni psicologismo, el modelo multifactorial de las series complementarias.
- STOLKINER, Alicia Las formas de transitar la adolescencia hoy, y la salud/salud mental: actores y escenarios. Novedades Educativas N° 268, año 25, abril del 2013, Bs As.
- STOLKINER, Alicia. Propuesta Educativa 37. Infancia y medicalización en la era de “la salud perfecta”.
- UNTOIGLICH, Gisela. Diagnósticos en la Infancia: Complejidad de las problemáticas actuales.