


Discursos en salud mental: construcción de subjetividades en la niñez en la ciudad de Buenos Aires

Mental health discourses: the construction of subjectivities and identities of children in the city of Buenos Aires (resumen: p. 17)

Discursos em saúde mental: construção de subjetividades e identidades em crianças na cidade de Buenos Aires (abstract: p. 17)

Alejandra Barcala^(a)

<alejandrabarcala@gmail.com> 

^(a) Centro de Salud Mental Mauricio Goldenberg, Departamento de Salud Comunitaria, Universidad Nacional de Lanús. 29 de septiembre, 3901, Remedios de Escalada, Partido de Lanús. Buenos Aires, Argentina.

Este artículo estudia el campo de la salud mental en la niñez la ciudad de Buenos Aires desde una perspectiva de derechos. Contextualizados en el marco de la interfaz entre legislaciones, políticas públicas y prácticas institucionales, se exploran y analizan las prácticas discursivas de los profesionales del sector Salud respecto de los niños y las niñas. El estudio aporta a la conceptualización del modo en que éstos impactan en los procesos de constitución subjetiva y construcción de identidades de las infancias con sufrimiento psíquico y de vulnerabilidad social. Se realizaron entrevistas en profundidad. El análisis hermenéutico interpretativo demuestra que existen importantes tensiones entre los marcos normativos y las matrices de sentidos construidas por los actores sociales del campo de la Salud Mental. Estos legitimaron y reprodujeron saberes y prácticas que construyeron subjetividades estigmatizadas, patologizadas y desacreditadas.

Palabras clave: Niñez. Salud mental. Políticas. Derechos. Institucionalización.

Introducción

El presente escrito se propone contribuir a una comprensión más profunda de procesos de atención de las problemáticas de salud mental en la niñez. Se enmarca en un estudio crítico que analiza la interfaz entre legislaciones, políticas y prácticas de salud mental. Este artículo focaliza especialmente en la exploración y análisis de las prácticas discursivas de los profesionales de los servicios de salud, y su incidencia en las formas de subjetividad que produce en los niños y las niñas con sufrimiento psíquico y en situación de vulnerabilidad social.

Argentina ratificó la Convención Internacional de los Derechos del Niño (CIDN) en 1990, y en 2005 promulgó la Ley Nacional de Protección Integral (Nº 26.061), que adecuó la normativa nacional a la CIDN y efectivizó un cambio de paradigma en las concepciones de la niñez, así como las normas que regulan las relaciones del niño y/o niña con su familia y el Estado. Esta postula la construcción de un sistema de protección integral que debe garantizar el derecho a la salud y promover la transformación de políticas de niñez y modelos de intervención pública.

En consonancia con dichas normas, la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental 26.657 (LNSM) en 2010 se adecuó el ordenamiento jurídico interno a los estándares internacionales de derechos humanos, y tiende a efectivizar y consolidar un cambio de los principios vigentes en el campo de la Salud Mental.

Sin embargo, el supuesto de la directa aplicabilidad de la CIDN en la institucionalidad y las prácticas mostró su dificultad, y el proceso de institucionalización de derechos del niño en Argentina, encontró en los saberes “psi” una determinante en la limitación de la eficacia culturalmente transformadora de la CIDN. Esto reveló que la multiplicidad de discursos institucionalizados en un contexto específico no puede ser dotada *a priori* de coherencia a partir de una supuesta eficacia totalizante y transformadora del discurso de derechos¹. En este sentido, el nuevo marco normativo en salud mental y su perspectiva de derechos ejemplifica dicha tesis.

Si bien la LNSM abrió un camino que promueve la transformación de políticas y prácticas en el campo de la Salud Mental en la niñez, contrariamente se acompañó de un progresivo aumento de niñas y niños con sufrimiento psíquico que habitan en condiciones sociales, económicas y culturales desfavorables, y que no reciben cuidados de salud adecuados integrales, vulnerándose así sus derechos².

En este escenario, algunas preguntas que guiaron el trabajo son: ¿Cuáles son las tensiones y articulaciones existentes entre los marcos normativos de Derechos Humanos y las políticas y prácticas institucionales que abordan los problemas de salud mental en la niñez? ¿Cuáles son las opiniones y percepciones de los actores del sector salud que brindan cuidados de salud mental sobre las niñas y los niños en situación de vulnerabilidad social y sobre sus prácticas, tomando en consideración las experiencias, conocimientos y significados expresados en sus relatos? ¿De qué modo éstos impactan en la producción de subjetividad de niñas y niños, entendiéndola como expresión y expansión del sujeto histórico, social, político, situado que sólo puede darse entre el nosotros, y en tramas complejas de intersubjetividad³.

Contexto, políticas y desigualdades

Investigaciones realizadas en Latinoamérica y el Caribe han demostrado la relevancia de los trastornos mentales y del comportamiento que afectan a los niños, las niñas y adolescentes, y su fuerte asociación a determinantes sociales^{4,5}. De esta manera, brindar respuestas apropiadas a estas problemáticas constituye un desafío emergente para los gobiernos de la Región, dado que la brecha entre los niños y las niñas que sufren dichos trastornos y los que reciben atención resulta abrumadora.

En Argentina, diversos estudios evidenciaron las dificultades de acceso y obtención de prestaciones continuadas en salud mental debido a la ausencia de servicios de atención primaria, modelos descentralizados de atención comunitarios e insuficiencia de recursos humanos y estrategias interdisciplinarias alternativas a la internación asilar. También mostraron las desigualdades en la provisión de cuidados en salud mental entre las diferentes jurisdicciones; y especialmente las dificultades por parte de efectores de políticas públicas para reformular los programas y prácticas destinados a la niñez desde un enfoque de derechos humanos^{2,6-9}. Es decir, paradójicamente, las insuficientes respuestas recibidas por los niños y las niñas obedecían a la hegemonía del llamado modelo biomédico, del paradigma positivista que lo sustenta, y de una concepción funcionalista de la práctica, en lugar de enfocarse de una manera integral en aquellos procesos que generan o provocan las condiciones de salud y comprender la salud como un campo de acción colectiva¹⁰. Estos problemas que visibilizan la tensión existente entre las legislaciones internacionales y regionales vigentes, y los servicios ofrecidos, se acentúan, cuando se trata de niños y niñas con sufrimiento psíquico y en situación de vulnerabilidad social; niños y niñas cuyos comportamientos son diagnosticados de acuerdo a categorías psiquiátricas correspondientes al manual estadístico y diagnóstico de la Asociación Psiquiátrica de Estados Unidos (DSM IV). En particular, niños y niñas en situación de calle^{11,12}, niños y niñas migrantes¹³, niños y niñas institucionalizados^{14,15}, y niños y niñas con trastornos mentales severos y/o consumos problemáticos de sustancias psicoactivas^{16,17}.

Cabe destacar que el proceso de construcción de un sistema de protección integral de derechos se da en Argentina luego de producido un significativo deterioro de las condiciones de la niñez, como consecuencia de las políticas neoliberales implementadas en la década de 1990. Crecientes grupos poblacionales se encontraban en situaciones de desafiliación que conjugaban la ausencia del Estado con la fragilidad de los soportes sociales de proximidad, como las instituciones escolares y sanitarias que albergaban a los niños y niña¹⁸.

Estas políticas generaron, entre otras cuestiones, en crecientes franjas de la población, subjetividades en riesgo¹⁹ que se caracterizan por la insuficiencia de las herramientas para resimbolizar la realidad, para poder producir, de alguna manera, representaciones capaces de una elaboración de la misma cuando el sujeto se ve amenazado por la ruptura de significaciones previas que permitan su aprehensión. Esta imposibilidad para enfrentar los efectos devastadores de traumatismos sociales epocales provoca un impacto que desorganiza y deja inerte al sujeto para operar. El concepto de traumatismo desde una perspectiva freudiana, es precisado por Silvia Bleichmar²⁰ como aquello que, viniendo del exterior, hace imposible la huida, pone en riesgo las defensas psíquicas habituales y lleva a la ruptura de las redes de ligazón representacional con la que el yo cuenta. En este sentido muchos niños, niñas y

adolescentes sometidos a reiterados traumatismos se encuentran en este contexto expuestos a pérdidas de investimentos ligadores al semejante que los dejan sometidos al vacío, y los sumen en la desesperanza melancólica del desarraigo a sí mismo, despojados de un proyecto trascendente.

A su vez, en una investigación precedente hemos evidenciado que las manifestaciones de intenso sufrimiento psíquico producto de dichos traumatismos sociales comenzaban a ser definidas y clasificadas como “enfermedades mentales” en las prácticas desarrolladas en los diversos servicios de salud².

En este escenario, la dificultad para replantear políticas y prácticas en el campo de la Salud Mental que respondieran a los problemas de los niños y niñas desde una perspectiva de derechos favoreció la profundización de los procesos de medicalización de la niñez. Según Conrad, estos procesos ocurren cuando los problemas sociales son definidos en términos médicos, descriptos usando un lenguaje médico, comprendidos a través de un marco médico, o tratados con una intervención médica²¹, y en Argentina han sido estudiados en relación al diagnóstico de Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH)²²⁻²⁵. Desde 2012 estos procesos se acentúan en la Ciudad de Buenos Aires, con una nueva gestión política que enfatizaba la relevancia de las neurociencias y los abordajes psiquiátricos.

En este contexto, en este estudio se abordan los siguientes objetivos:

- a) Explorar y analizar las estrategias discursivas implementadas por los profesionales del sector salud respecto a los niños y las niñas con sufrimiento psíquico intenso y las prácticas de salud mental;
 - b) Conceptualizar el modo en que estos discursos producen formas particulares de prácticas en salud mental, y modos de construcción de subjetividad de niñas y niños.
- El artículo busca contribuir con el desarrollo de un análisis conceptual volcado a la producción de conocimientos que permitan visibilizar y problematizar las prácticas de salud mental respecto a la niñez más vulnerable, y aportar conocimientos para el diseño de políticas en Salud Mental, orientadas a evitar las desigualdades, estigmatizaciones y exclusiones que derivan de estas situaciones.

Metodología

El estudio tuvo un diseño exploratorio descriptivo, enmarcado en un abordaje de tipo cualitativo^{26,27}. Se utilizó el método de investigación en sistemas complejos²⁸, que permite estudiar los procesos y múltiples factores y niveles de análisis implicados en el problema, y favorece la articulación entre ellos²⁹. La estructura de matrices de datos seleccionada permitió sistematizar las relaciones lógico-metodológicas establecidas entre niveles implicados en el problema, así como abordar las diferentes dimensiones de la complejidad y conceptualizar las interfaces³⁰. De esta manera, el nivel focal de anclaje de este trabajo, conformado por los discursos de los actores sociales, se articuló con un nivel macrocontextual (marco normativo y políticas públicas), y con un nivel de metaproses, es decir, la dimensión institucional de los servicios de cuidados en salud mental.

El estudio se centró en la Ciudad de Buenos Aires y las entrevistas se tomaron entre los años 2010 y 2015.

Con el objeto de contextualizar el marco normativo y la organización del sistema sanitario, se realizaron 8 entrevistas semiestructuradas a informantes clave (actores con responsabilidad político-técnica y legislativa involucrados en la gestión y ejecución de políticas estatales), elegidos de según un carácter intencional, dinámico y secuencial³¹. Para la selección de las instituciones de salud mental del subsector público que brindaban atención a niños y niñas (0-18 años de edad), el muestreo no probabilístico intencional siguió criterios de pertenencia y lugar institucional seleccionado³². Comprendió un hospital neuropsiquiátrico infantojuvenil, dos hogares de atención especializada, dos hospitales pediátricos y dos hospitales generales. Se realizaron 18 entrevistas semiestructuradas a profesionales psicólogos y psiquiatras con el objetivo de recoger las perspectivas, experiencias y percepciones de estos actores.

Para el procesamiento de la información, el análisis de los datos cualitativos se organizó siguiendo los enfoques procedimentales, que incluyen el desarrollo de tareas de reducción de datos, disposición de datos, y extracción/verificación de conclusiones³³. Se utilizaron estrategias de categorización temática y de contextualización.

Se analizaron las estrategias discursivas utilizadas de los actores sociales^{34,35} y se identificaron las estrategias retórico-argumentativas y las metáforas utilizadas por los entrevistados³⁶. El trabajo hermenéutico-interpretativo realizado permitió componer una visión de la realidad que posee este grupo social, y que orienta la organización y funcionamiento institucional.

El trabajo de campo fue realizado en su totalidad por la autora del artículo.

Resultados y discusión

La constitución de subjetividades. Los discursos vigentes

En el período bajo estudio, los discursos de los profesionales de los servicios de salud mental produjeron formas específicas de prácticas en salud mental y un modo particular de constituir subjetividades.

Para analizar los discursos de estos actores, se realizó un análisis que toma el concepto de formaciones discursivas, en tanto constituyen un conjunto de enunciados que se articulan con prácticas concretas^{37,38}. El análisis en esta clave permitió conocer y comprender los modos en los que dichos discursos construyen “niños, enfermedades y enfermos”. Además, se trata de producciones situadas que tienen un carácter histórico y contextualizado, responden a disputas de poder y pueden variar ya que no son fijas ni inmutables.

Si bien las formaciones discursivas no constituyen un sistema homogéneo sino que se dan en un marco de dispersión, las matrices de sentidos construidas por estos actores sociales de los servicios de salud exhiben una serie de regularidades que se puede organizar en cuatro constelaciones de saberes dominantes y hegemónicos referidos a los niñas y niños con sufrimiento psíquico y en situación de vulnerabilidad social: niñas y niños sin lugar, niñas y niños objeto de intervenciones, niñas y niños sin derechos, niñas y niños sin futuro. Se analizan a continuación algunos fragmentos de las entrevistas que han sido paradigmáticos en la identificación de dichas matrices y que contribuyeron a legitimar las internaciones psiquiátricas en la niñez.

A la vez, el análisis en tres ejes que propone empleo de formaciones discursivas, que desustancializa lo que se presenta como homogéneo, busca ubicar la dispersión, y en esa dispersión encuentra las regularidades, permite ver las tensiones, disensos, paradojas y otras estructuras de enunciados que se ponen en juego en los discursos de los entrevistados.

Niñas y niños sin lugar

La utilización de metáforas espaciales/orientacionales en los discursos definió ontológicamente la imposibilidad de recibir cuidados de salud en los servicios. Fueron definidos como sujetos pertenecientes a “otro lado”, y se instaló una división entre un adentro y afuera de la sociedad.

Ahora, los efectores públicos rebotan a los chicos, no los ingresan... (psicóloga hospital psiquiátrico)

Me parece que lo que no hay en la ciudad de Buenos Aires es un lugar para tratamiento para este tipo de pacientes. (psicóloga, hospital general)

Están fuera de la sociedad, excluidos de toda red, es un chico grave. De estos que nunca fueron al colegio. (psicóloga, informante clave)

No sé si es psicótico, no sé si es para el Tobar pero tampoco lo puedo atender acá, y ¿dónde lo mando entonces? No tiene un lugar. (psicóloga, hospital pediátrico)

“No son para acá” y “Son para el Tobar” fueron las frases reiteradas que justificaban el rechazo y la exclusión de los servicios de salud, aludiendo al nombre del único Hospital neuropsiquiátrico infantojuvenil público de la Ciudad de Buenos Aires Carolina Tobar García. En estos enunciados, a la tensión principal que se plantea en relación al binomio adentro-afuera, se añade una tensión en torno a la resignificación más allá de las cuestiones meramente espaciales, para incorporar además una clave de recepción de cuidados de salud en términos de posibilidad o imposibilidad.

Este tipo de expresiones, al mismo tiempo, connotaban una suerte de exclusión inclusiva: inclusión en una institución psiquiátrica, en un “no lugar”; al decir de Goffman, en una institución total, entendidas como establecimientos sociales o instituciones en las que se desarrolla regularmente una determinada actividad, como lugares de residencia y trabajo, donde un número importante de individuos comparten idéntica situación, y se encuentran aislados de la sociedad por un período de tiempo relevante, compartiendo en su encierro una rutina diaria administrada formalmente³⁹. Se trata de este modo, de la inclusión en un lugar que denigra simbólicamente a quienes lo habitan y naturaliza un modo de inscripción duradera, que los priva de derechos; un lugar sin tiempo, sin ciudadanía, que los excluye de los espacios propios de la niñez.

Hay una frase popular que es ‘¿son para el Tobar o no son para el Tobar?’ Los que son para el Tobar, son los perdidos para la causa, digamos, no tienen a

dónde ir, hacen consulta acá, que no tenemos infraestructura para sostenerlos.
(médica psiquiatra, hospital pediátrico)

Yo me acuerdo que Matías era un chico al que pasar del Tobar a un hospital general le significó dejar de ser un nene loco, y esto no es poco. Yo vi en todos los años que no es sencillo para un chico ir a atenderse al Tobar, ni siquiera en forma ambulatoria. Y uno eso lo escucha de la gente. (médica psiquiatra, hospital psiquiátrico)

Ser “para el Tobar” constituyó así un estigma para los niños y niñas que recibían atención en dicha institución, designación de un atributo profundamente desacreditado en la sociedad, que se concibe en términos relacionales; es decir, que un atributo que estigmatiza un tipo de poseedor, opera confirmando la normalidad de otro⁴⁰.

Esto conllevó una polarización y naturalización de dos modos diversos de concebir a los niñas y niños, la de una “infancia propiamente dicha versus una infancia patologizada”². La dicotomía estructural del mundo de la niñez se reproducía en una nueva categorización: niños y niñas propiamente dichos/ niños y niñas graves; niños y niñas atendidos en los servicios de salud/ niños y niñas destinados a dispositivos especializados con internación.

La reiterada expresión “Acá no atendemos niños graves” en las entrevistas a profesionales que no trabajaban en instituciones de internación psiquiátrica, era utilizada para nominar a una infancia sometida a traumatismos sociales cuya violencia los incapacitaba para responder adecuadamente, y cuya manifestación extrema de sufrimiento era definido por los servicios de salud como “excitación psicomotriz” y acompañada por un diagnóstico psiquiátrico, generalmente *psicosis*; es decir, interpretado en términos psicopatológicos.

El hospital psiquiátrico o las instituciones especializadas (hogares terapéuticos, de atención especializada, comunidades terapéuticas, clínicas psiquiátricas) funcionaban como el espacio-lugar de segregación socio-espacial para “niños y niñas con intenso sufrimiento psíquico”, eran diagnosticados una vez que ingresaban, como psicóticos.

Las tensiones suman en este punto, una nueva capa enunciativa, que opera bajo la forma de la desacreditación o no de la subjetividad, enlazada aquí a la gravedad imputada al cuadro. Cabe señalar que la patologización de niños y niñas no equivale exactamente a la medicalización de la niñez, pero precisamente esta es la última tensión que emerge en relación a esta matriz de sentido, ya que el más amplio y diverso concepto de medicalización, que incluye también a la salud, queda asimilado y reducido al de patologización, más específicamente reducido a enfermedad mental y por ello más restrictivo.

Niñas y niñas como objeto de intervenciones

La construcción por parte de los profesionales de los servicios de una categorización de sujetos denominados “los graves”, consolidaba una oposición entre lo normal y lo patológico, y tornaba a estos niñas y niños en objetos de prácticas biomédicas,

particularizadas por su biologismo, ahistoricidad y eficacia pragmática, así como el desconocimiento de las determinaciones sociales, económicas y culturales.

La dificultad para controlar los impulsos, las conductas de hetero o autoagresividad, la desorganización conductual, un alto monto de impulsividad, la baja tolerancia a la frustración, eran definidas exclusivamente en términos de diagnósticos psicopatológicos: esquizofrenia de tipo indiferenciada, trastorno psicótico breve, trastorno límite de la personalidad, psicopatía, esquizofrenia, personalidad antisocial, *border*, bipolar o trastorno reactivo eran algunas maneras de nominarlos.

“...Tienen perfil patológico, psicopatológico. Son chicos de estructura psicótica, chicos débiles mentales” (psiquiatra, institución psiquiátrica privada).

Así, la estructura de poder de la autoridad médica y los discursos “psi” se instalaron con violencia sobre sus cuerpos, y patologizaron sus comportamientos.

A través de la utilización de manuales diagnósticos (en especial el DSM-IV, ya que el DSM-5 no circulaba al momento de la realización de las entrevistas) e invocando la neutralidad del saber biopsiquiátrico que los orienta, algunos entrevistados refirieron aplicar sus categorías, y con ello contribuyeron a la creación de estereotipos que posicionaban a niñas y niños como enfermos.

Sin embargo, y como se señalaba al inicio de la sección, resultaba una práctica que presentaba tensiones:

Después es como otro capítulo lo difícil que es el diagnóstico en la infancia, pero en general niños con severos trastornos... (psicóloga Hospital Tobar García)

Definir el diagnóstico, acordar criterios, con la debilidad mental o con el retraso hay discusiones. Con los diagnósticos para la psiquiatría y para el psicoanálisis también... En general también desde el DSM IV. Para la psiquiatría está el diagnóstico de trastorno generalizado del desarrollo y ése es un diagnóstico que es medio comodín para aquellos casos donde no es claramente un autismo, no es claramente una psicosis infantil, no está claramente discernido.... (Psiquiatra Hospital Tobar García)

Un rasgo central de las intervenciones relatadas fue que niñas y niños en contextos vulnerables definidos como “violentos”, “oposicionistas”, “actuadores”, “disconformes”, “impulsivos”, “agresivos”, “débiles”, “desconectados”, “hiperactivos” y, sobre todo, “peligrosos”, se convirtieron en objeto de planes psicofarmacológicos. Como marca Foucault, el peligro en la psiquiatría legal clásica se asocia a la comisión de actos imprevisibles y violentos. El concepto de peligrosidad articula dos componentes: por un lado, es una cualidad inmanente del sujeto, y por otro, expresa una probabilidad aleatoria, dado que la prueba del peligro sólo ocurre cuando el acto se realiza efectivamente^{25,41}. La peligrosidad, formulada en ocasiones como un potencial, estableció respuestas orientadas a lograr control y la contención física y la medicación psicoactiva fueron herramientas recurrentemente elegidas.

Hay chicos que son tan graves que tienen estos casos de excitación psicomotriz con mucho descontrol, chicos que tienen una hiperactividad que de repente sin medicación no se pueden manejar. (psicóloga, hospital pediátrico)

En el marco de las tensiones existentes, algunos enunciados reconocían las circunstancias familiares, sociales, económicas y culturales desfavorables en las que estos niños y niñas vivían, el valor performativo de los diagnósticos psiquiátricos⁴² dejó afuera esas condiciones reales de existencia.

Todos ellos son chicos abandonados por sus padres biológicos o familia sustituta, chicos en situación de indigencia, en el cien por cien de los casos con experiencias de abuso y maltrato, con historia de consumo de sustancias psicoactivas, una historia realmente nefasta. Y bueno, por esta historia que estuvo presente es el presente de estos chicos. Todos están medicados. (psiquiatra, Hogar especializado)

Si bien no toda intervención tiene efecto patologizante *per se*, en esta matriz de sentido es posible vincular la intervención de la autoridad médica y psicológica como la antítesis de los cuidados integrales, a la vez que como la disparadora de dinámicas y prácticas patologizantes de la condición de estos niñas y niños. Esta podría entenderse como la principal tensión de esta matriz.

Los profesionales referían fantasías catastróficas de lo que podía suceder si no se internaba a los niños y las niñas, lo que mostraba el modo en que el miedo como resorte emocional estaba en el núcleo del sistema de control social. Este miedo reforzaba el orden dualista sobre la protección de la integridad y la identidad⁴³.

La existencia del modelo manicomial, concebida estrictamente como protección, conllevó a la aniquilación misma de la subjetividad de muchos niños y niñas, supresión del cuerpo social al ser institucionalizados por tiempos prolongados, y a la pérdida de todo lugar de existencia y ciudadanía. Las instituciones psiquiátricas legitimaron los diagnósticos psicopatológicos, asumieron las normas constituidas por el orden social y se convirtieron en portadoras del proceso de normalización. Anularon toda perspectiva de singularidad y pusieron en riesgo la esencia y el sentido mismo de los cuidados en salud. En este marco, la complejidad estructural de los servicios, contribuyó a reproducir las desigualdades sociales.

Niñas y niños sin derechos

La concepción de la salud como un derecho y la responsabilidad del Estado por garantizarlo no estaba presente en los discursos de los profesionales, quienes naturalizaban la falta de políticas sociales en el campo de la salud mental y las barreras de accesibilidad a los servicios y programas. En esta matriz entonces, la tensión surge por dicha omisión que tienen un componente de naturalización, y la incorporación de otros elementos enunciativos. Entre estos elementos, puede mencionarse que las intervenciones que prevalecían se basaban en decisiones personales, nociones de voluntarismo y prácticas de caridad. Estas últimas constituyen formas humanitarias convalidantes de la exclusión social y de la deshumanización dado que implican y

remiten⁴⁴ a una ausencia de cuidados desde una perspectiva de derechos, y en ese sentido dejan importantes marcas en la subjetividad.

Si hay un caso grave se habla y si hay alguien que le interese lo toma. (psicóloga hospital general)

Otro caso es el de las hermanitas desnutridas, que ponemos plata entre todos para que tengan plata para el viaje. Sabemos que somos bomberos. (psicóloga, hospital general)

Finalmente a veces terminamos atendiendo una vez por semana, seguramente no es lo que hay que hacer, por ahí la problemática es entre esto y nada”; pero a la vez sabemos y nos damos cuenta de que con eso nos estamos quedando cortos. (psicóloga hospital pediátrico)

En la organización interna de las instituciones estudiadas, dada su complejidad, conviven prácticas y modelos contradictorios de acuerdo con las diversas percepciones, intereses y visiones de los actores. Como se ha descrito, coexisten por un lado concepciones asistencialistas basadas en la beneficencia, y por otro prácticas de control que tratan de evitar supuestos efectos perjudiciales; en ellos las ideas de peligrosidad y de control sobre los cuerpos de los niños y niñas siguen siendo centrales. Estas últimas mantienen una preponderante hegemonía, supremacía e influencia sobre los discursos que intentan superar la tendencia hospitalocéntrica de un sistema sanitario que no se adecua a las necesidades de los niños y niñas. Ellas configuraron formas propias y particulares de prácticas, formas de gestión del disciplinamiento⁴¹, que requería la derivación a instituciones psiquiátricas de las infancias más vulnerables. Esto se acompañó con un aumento de las internaciones en la niñez⁴⁵.

En el marco de esas internaciones, en las instituciones psiquiátricas se relevaron discursos que naturalizaban múltiples violencias y vulneraciones de derechos. En especial el derecho a ser oído. Opiniones, deseos, expectativas de los niños y niñas no fueron tenidos en cuenta, así como tampoco sus historias ni la perspectiva de sus familias (casi siempre en situación de vulnerabilidad y precarizadas) o referentes afectivos. En consonancia con ello, diversas publicaciones del campo de la protección de los derechos a la salud mental de los niños y las niñas, y adolescentes han descrito procesos de vulneración y violaciones a los derechos humanos en internaciones por razón de salud mental (contenciones físicas, aislamiento, restricción de vínculos familiares, uso abusivo de la medicación, entre otras) en especial entre quienes se encuentran en situación de vulnerabilidad psicosocial^{46,47}.

Niñas y niños sin futuro

La imposibilidad de imaginar algún otro destino que no sea la institucionalización o la calle constituía una percepción generalizada que avizoraba la inexistencia de un futuro posible. Se los definía como los “nuevos crónicos”.

El futuro de estos chicos está hipotecado desde antes que ellos nacieran. Y me parece que ese futuro puede estar menos hipotecado si el área de salud mental, tanto del Gobierno de la Ciudad como de Nación, pudiera de verdad articularse. Si eso no se logra, es complicado. Porque termina convirtiéndose en un depósito. (psiquiatra Hogar terapéutico)

Con los “disociales”, como se les dice en la jerga de los hogares, para mí psicopáticos, es muy difícil lograr algo en beneficio del joven, de la institución y del grupo. Es difícil. Te diría que no es fácil. Es más: no es posible. Este criterio yo lo uso. (psiquiatra, hogar de atención especializada)

Las instituciones psiquiátricas se configuraron en los discursos de los entrevistados como espacios sociales convertidos en moratorias de sujetos desahuciados, sin proyectos. Ninguna transformación era posible de ser pensada “nadie les pudo armar nada, porque no hay con qué”; “No hay variación, no hay cambios”; “la verdad es que no se puede hacer mucho”; “tienen el destino marcado” y, “esto es sumamente difícil en este tipo de chicos, porque no tienen la capacidad de sostener un esfuerzo sostenido en casi nada”, fueron reiteradas muletillas entre los testimonios recabados.

También a través de estas argumentaciones naturalizaban, en este caso la ausencia de acciones de inclusión social y generalizan sus percepciones a todo el sistema de salud: “No tenían posibilidades y nadie podía hacer mucho”. Junto a la noción de riesgo que subyace a la prefiguración de destinos y futuros ineludibles⁴⁸ para estas niñas y niños, y a la ausencia de respuestas alternativas, constituyeron los motivos que los profesionales enunciaban para justificar la institucionalización.

Si, uno dice “no es para acá”, pero sabe que no hay otras alternativas para este paciente, se ve obligado a aceptarlo. Es que si uno no lo admite está sintiendo que lo manda al muere. Sabemos que a veces en otros lugares ocurre eso. Pero los pacientes llegaron acá, después de tanto traqueteo, maltrato, y por lo menos se los contiene... se admiten la mayoría de los pacientes, la verdad, una vez que llegaron acá. (psicóloga hospital psiquiátrico infantojuvenil)

Yo desde que empecé acá nunca vi que un chico egresara. Lo que sí vi es que se escapara o que se los trasladara a otro hogar. (psiquiatra hogar de atención especializada)

Estas construcciones de sentido e interpretaciones vulneraban un derecho esencial, el derecho a proyectar un futuro posible y construir un sentido a sus vidas. Bajo miradas estigmatizantes se cristalizaba la pérdida en la creencia en las potencias de niñas y niños. Y de este modo, al serle quitada a estos sujetos, en la realidad cotidiana, la posibilidad de soñar con otra parte, se los privaba del motor fundamental del deseo de crear y trabajar, y en consecuencia, estos niños y niñas quedan reducidos a condiciones de automatización, lo que los lleva a permanecer inmóviles en el sitio que la sociedad les ha fijado⁴⁹; en estos casos dentro de una institución de encierro.

El nudo de tensión en esta matriz puede resumirse en la contradicción entre el reconocimiento de la complejidad de la problemáticas y la necesidad de implementar

respuestas acordes a las mismas y la institucionalización como único modo de intervención posible, destino único e inamovible.

Reflexiones finales

Los marcos normativos referidos al campo de la salud mental y la niñez no estuvieron acompañados por políticas sociales que efectivizaran los derechos de las infancias más vulnerables en la Argentina. La ausencia del Estado como principal garante y responsable de la salud dejó librada a las instituciones la determinación de su forma de organización, y éstas conservaron y reprodujeron las relaciones de poder hegemónico. Los discursos de los profesionales visibilizaron las tensiones existentes entre los procesos de atención, el marco normativo vigente y la concepción de sujeto de derecho.

La creciente patologización de niñas y niños con sufrimiento psíquico y en situación de vulnerabilidad social dio cuenta de la brecha existente entre el enfoque de derechos, las normativas vigentes y las prácticas de cuidados integrales en salud. En la Ciudad de Buenos Aires, los servicios de salud pensados históricamente bajo la hegemonía del llamado “modelo biomédico” sustentado por el paradigma positivista, no han podido en este período incorporar una perspectiva transformadora del modelo de Salud Mental y adecuarse a los estándares internacionales de Derechos Humanos, ofreciendo respuestas que se reducen a la medicalización de los problemas. Por el contrario, y lejos de acompañar un proceso de cierre definitivo de las instituciones psiquiátricas en el 2020 como lo prevé la LNSM aumentaron las internaciones en dicho grupo etario.

Las prácticas discursivas de estos actores sociales tuvieron una importante participación en la construcción de significaciones sobre la niñez y produjeron formas particulares de subjetivación. Las manifestaciones de los sufrimientos de niñas y niños producto de intensos traumatismos sociales fueron interpretadas y nombradas por los profesionales en términos psicopatológicos, produciendo una niñez “otra”, extraña, que no se podía o dejaba normalizar, que no respondía a las expectativas educativas o sociales, y que fue definida por la peligrosidad y el rechazo. El encuentro entre las infancias con mayor nivel de vulnerabilidad y los servicios de salud mental estuvo determinado por la ambigüedad-oposición-denigración y estigma, y profundizó la distancia entre ellos y las instituciones, vulnerando de este modo su derecho a los cuidados integrales. Esto configuró el proceso de patologización de la niñez en la Ciudad de Buenos Aires.

Los profesionales de los servicios de salud utilizaron todo un arsenal de conceptos y mecanismos negativos de exclusión, rechazo, marginación, descalificación, exilio, privación, negación, desconocimiento. Estas constelaciones específicas de saberes, poderes y tecnologías performatearon y forjaron de este modo infancias estigmatizadas, denigradas y, al nominarla hicieron realidad una forma específica de infancia “anormal”; que se acompañó de formas también específicas de gobierno de la niñez^{50,51} de sectores vulnerables. De esta manera, diagnósticos correspondientes a categorías psiquiátricas silenciaron las voces de sufrimientos de niñas y niños, que encontraron eco y se retroalimentaron en la sociedad.

Las miradas estigmatizantes y la pérdida de la creencia en sus potencias y capacidades determinaron que la internación psiquiátrica fuera el principal destino posible para muchos niños y niñas con intenso sufrimiento psíquico en la Argentina. Se configuró así un modo de eliminación de la vida social, de muertes simbólicas, de aquellos considerados seres superfluos y carentes de hogar social⁵². La institucionalización psiquiátrica constituyó una forma de violencia en contra de los niños y niñas. Este modo de violencias institucionales muestran cómo las instituciones de salud que los debían proteger devienen en agentes de agresión y ya no cumplen el papel social por las cuales fueron creadas, formando parte de este modo de un proceso de desfundamiento institucional⁵³ caracterizado por la vulneración de derechos.

Frente a esta realidad, vale recuperar el pensamiento de Fernando Ulloa⁵⁴ quien planteaba la necesidad de una modalidad de trabajo, que implica abordar no solo a los sectores excluidos sino también a las instituciones que presentan una carencia crónica de recursos, tanto materiales como de capacitación de sus integrantes. Desde una perspectiva psicoanalítica decidida a sostener su quehacer en la numerosidad social, proponía operar desde una concepción de la salud mental articulada con la ética y con los derechos humanos. Esto implica por un lado la transformación de los procesos de formación de los profesionales y propiciar e incluir las diversas y singulares voces de los niños y niñas de modo tal de visibilizar sus historias, sus trayectorias, sus deseos, anhelos y conocimientos acerca de lo que les pasa, que rompa con la representación de peligrosidad tanto como con la victimización en función de las situaciones vividas.

La elaboración de marcos explicativos abarcativos y comprensivos de los procesos actuales nos permite visualizar nuevos horizontes de significación que favorezcan la disminución del sufrimiento de muchos niños y niñas. En este sentido, este trabajo procura aportar a la construcción de nuevas perspectivas de análisis y abordaje en base a la reflexión y problematización de las prácticas de cuidado de la salud mental que desarrollan los actores del campo de la salud, y de este modo, restituir a las niñas y niños su dimensión de sujetos de derechos.

Derechos de autor

Este artículo está bajo la Licencia Internacional Creative Commons 4.0, tipo BY (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.es>).



Referencias

1. Llobet V. La producción de la categoría “niño-sujeto-de-derechos” y el discurso psi en las políticas sociales en la Argentina. In: Llobet V. Pensar la infancia desde América Latina: un estado de la cuestión. Buenos Aires: CLACSO; 2012. p. 209-35.
2. Barcala A, Luciani Conde L. Salud mental y niñez en la Argentina. Legislaciones, políticas y prácticas. Buenos Aires: Teseo; 2015.



3. Ospina HF, Alvarado SV, Botero P, Muñoz G. Las tramas de la subjetividad política y los desafíos a la formación ciudadana en jóvenes. *Rev Argent Sociol.* 2008; 6(11):19-43.
4. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia y Plan de Acción de salud Mental. In: 49o Consejo Directivo, 61o Sesión del Comité Regional OPS; 2009; Washington. Washington: OPAS; 2009.
5. Argentina. Ministerio de Salud de la Nación. Estudios e investigaciones en salud mental y adicciones, nº 1: problemáticas de salud mental en la infancia. Buenos Aires: Proyecto de investigación de la Asociación de Unidades Académicas de Psicología, Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones; 2010.
6. Gerlero S, Augsburger A, Duarte M, Gómez R, Yanco D. Salud mental y atención primaria. accesibilidad, integralidad y continuidad del cuidado en centros de salud, Argentina. *Rev Argent Salud Publica.* 2011; 2(9):24-9.
7. Buriyovich J, Carbonio R, Regis E. Informe sobre servicios de salud mental de hospitales generales 2009-2010. Área de investigación del Hospital Neuropsiquiátrico. Córdoba: Dirección de Jurisdicción de Salud Mental de la Provincia de Córdoba; 2010.
8. Parra M. Dispositivos de salud mental para la atención de niños pequeños y sus familias: interfaces entre el trabajo clínico y la perspectiva comunitaria. Una evaluación de la experiencia Espacio "Arco Iris" del Centro de APS Almafuerte de la Ciudad de Neuquén. Período 2011-2012. In: Barcala A, Luciani Conde L, compiladores. Salud mental y niñez en la Argentina: legislaciones, políticas y prácticas. Buenos Aires: Teseo; 2015. p. 251-66.
9. Barcala A, Torricelli F, Brio M, Vila N, Marotta J. Salud mental infantil: un análisis de la capacidad de respuesta de los servicios de salud en la Ciudad de Buenos Aires. In: Brio MC, organizador. Psicofarmacología y neurociencia en pediatría. Buenos Aires: Sciens; 2009. p. 167-74.
10. Brehil J. ¿Estado constitucional de derechos? Informe sobre derechos humanos [Internet]. Ecuador: Universidad Andina Simón Bolívar; 2009 [citado 12 Ago 2018]. Disponible en: <http://repositorionew.uasb.edu.ec/bitstream/10644/948/1/DDHH-Inf-13-Breilh-Hacia%20una%20construcci%C3%B3n%20emancipadora.pdf>
11. Llobet V. Chicos de la calle: incertidumbres posibles. *Ens Exp.* 2002; 6(32):30-41.
12. Conde LL, Barcala A. Derechos en la niñez: políticas públicas y efectivización del derecho a la salud en el contexto de la protección integral. Buenos Aires: Teseo; 2008.
13. Poverene L. Valoraciones de las/os profesionales del campo de la salud mental sobre los saberes de las familias migrantes bolivianas en torno al sufrimiento psíquico de sus niñas/os [Internet]. In: 22o Anuario de Investigaciones de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires; 2015; Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires; 2015 [citado 12 Ago 2018]. p. 93-9. Disponible en: <http://www.redalyc.org/html/3691/369147944030/>
14. Michalewicz A. Accesibilidad a la atención en salud mental de los niños, niñas y adolescentes alojados en hogares convivenciales (ONG) en convenio con la DGN y A de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. *Invest Psicol.* 2010; 15(2).
15. Di Iorio J. Nosotros/Losotros: la niñez en las instituciones asistenciales. Buenos Aires: Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires; 2015.
16. Zaldúa G. Planes y programas con infancia en situaciones de desamparo y riesgo. *Anu Investig.* 1999; 7(1):128-9.



17. Torricelli F, Lopez P. Y no comieron perdices. Análisis evaluativo de un programa de atención comunitaria para niños y adolescentes con problemática mental severa en la Ciudad de Buenos Aires [Internet]. Buenos Aires: Topia; 2014 [citado 18 Jul 2016]. Disponible en: <https://www.topia.com.ar/articulos/y-no-comieron-perdices>
18. Castel R. Las metamorfosis de la cuestión social. Buenos Aires: Paidós; 1986.
19. Bleichmar S. La subjetividad en riesgo. Buenos Aires: Topia; 2005.
20. Bleichmar S. Psicoanálisis extramuros. Buenos Aires: Editorial Entreideas; 2010.
21. Conrad P. The medicalization of society: on the transformation of human conditions into treatable disorders. Baltimore: Johns Hopkins University Press; 2007.
22. Janin B. Niños desatentos e hiperactivos TDA/H/ADHD: reflexiones críticas acerca del trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad. Buenos Aires: Noveduc; 2004.
23. Arizaga C, Faraone S, Barcala A, Torricelli F, Bianchi E, Ballesteros I, et al. La medicalización de la infancia: niños, escuela y psicotrópicos. Buenos Aires: Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha Contra el Narcotráfico (SEDRONAR); 2010.
24. Bianchi E. Problematizando la noción de trastorno en el TDAH e influencia del manual DSM. *Rev Latinoam Cienc Soc.* 2012; 10(2):1021-38.
25. Bianchi E. Diagnósticos psiquiátricos infantiles, biomedicalización y DSM: ¿hacia una nueva (a) normalidad? *Rev Latinoam Cienc Soc.* 2016; 14(1):417-30.
26. Minayo MC. La investigación social: teoría método y creatividad. Buenos Aires: Lugar; 2003.
27. Vasilachis de Gialdino I. Estrategias de investigación cualitativa. Buenos Aires: Gedisa; 2007.
28. García R. Conceptos básicos para el estudio de los sistemas complejos. In: Leff E, compilador. Los problemas del crecimiento y la perspectiva ambiental del desarrollo. Buenos Aires: Siglo XXI; 1986.
29. Stolkner A. Las dimensiones políticas de la investigación psicológica. Buenos Aires: JVE; 2008.
30. Samaja J. Proceso, diseño y proyecto en investigación científica. Buenos Aires: JVE; 2004.
31. Rodríguez Gómez G, Gil Flores J, García Jiménez E. Metodología de la investigación cualitativa. Málaga: Aljibe; 1996.
32. Ruiz J. Metodología de la investigación cualitativa. Bilbao: Universidad de Deusto; 1996.
33. Huberman A, Miles M. Data management and analysis methods. In: Denzin E, Lincoln Y, organizadores. Handbook qualitative research. London: Sage; 1994.
34. Edwards D, Potter J. Discursive psychology. London: Sage; 1992.
35. Montero M. Los sonidos del silencio: construcción y destrucción del otro en el discurso político. Caracas: Instituto de Psicología, Universidad Central de Venezuela; 1999.
36. Luciani Conde L. Metáforas de salud. Retórica y argumentación en el discurso de la sociedad civil. *Investig Psicol.* 2002; 7(2):75-90.
37. Foucault M. La arqueología del saber. Buenos Aires: Siglo XXI; 2002. p. 355.



38. Foucault M. Contestación al círculo de epistemología. In: Terán O. (Presentación y selección) Michel Foucault. El discurso del poder. México: Folios; 1985. p. 88-124.
39. Goffman E. Internados. Buenos Aires: Amorrortu; 1998.
40. Goffman E. Estigma, la identidad deteriorada. Buenos Aires: Amorrortu; 2003.
41. Foucault M. La vida de los hombres infames. Buenos Aires: Altamira; 1996.
42. Jutel A. Putting a name to it. Diagnosis in contemporary society. Baltimore: Johns Hopkins University Press; 2011.
43. Jodelet D. Fou et Folie dans au milieu rural française. Une approche monographique. In: Doise W, Palmonari A. L'étude des représentations sociales. Genova: Delachaux y Niestlé; 1986. p. 170-92.
44. Bleichmar S. Superar la inmediatez. Un modo de pensar nuestro tiempo. Buenos Aires: Centro cultural de la Cooperación Floreal Gorini; 2009.
45. Barcala A. Niñez e institucionalización psiquiátrica: violencias en contextos de encierro. Salud mental, políticas públicas y derechos humanos. In: Vommaro P, Barcala A, Rangel L. Derechos y políticas en infancias y juventudes: diversidades, prácticas y perspectivas. Buenos Aires: Editorial CLACSO; 2018.
46. Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS). Vidas arrasadas: la segregación de las personas en los asilos psiquiátricos argentinos. Washington: Mental Disability Rights International; 2007.
47. Asesoría General Tutelar (AGT). Panorámicas de salud mental: a un año de la Ley Nacional n°26.657. Buenos Aires: Eudeba; 2011.
48. Bianchi E. El futuro llegó hace rato. Susceptibilidad, riesgo y peligrosidad en el diagnóstico y tratamiento por TDAH en la infancia. Rev Estud Soc. 2015; 521:85-199.
49. Mannoni M. ¿Qué ha sido de nuestros niños locos? Buenos Aires: Nueva Visión; 1996.
50. Foucault M. Seguridad, territorio, población. Buenos Aires: FCE; 2006.
51. Foucault M. Los anormales. Buenos Aires: FCE; 2010.
52. Bauman Z. Vidas desperdiciadas. Barcelona: Paidós; 2008.
53. Lewkowicz I. Pensar sin Estado. La subjetividad en la era de la fluidez. Buenos Aires: Paidós; 2004.
54. Ulloa F. Saludele-mental. Con toda la mar detrás. Buenos Aires: Del Zorzal; 2011.



This article explores the field of children's mental health from a human rights perspective. Focusing on the interface between legislation and public policy and institutional practices, we examine the discourses adopted by healthcare professionals in relation to children in the city of Buenos Aires. Using in-depth interviewing, we conceptualize how these discourses affect processes of subjective constitution and the construction of identities of children with severe psychological suffering. The findings reveal a significant gap between normative frameworks and the meanings constructed by social actors in the field of mental health. Professionals legitimize and reproduce knowledge that creates stigmatized, pathologized, and discredited identities.

Keywords: Childhood. Mental health. Policies. Rights. Institutionalization.

Este artigo estuda o campo da saúde mental infantil de uma perspectiva dos direitos humanos. Contextualizados no âmbito da interface entre legislações, políticas públicas e práticas institucionais são explorados e analisados os discursos dos profissionais do setor da saúde em relação às crianças na cidade de Buenos Aires. Conceitualiza-se a forma como esses discursos afetam os processos de constituição subjetiva e a construção de identidades de crianças com graves sofrimentos psicológicos. O estudo incluiu entrevistas em profundidade. Constatou-se que existem tensões importantes entre os quadros normativos e os significados construídos pelos atores sociais do campo da saúde mental. Os profissionais legitimam e reproduzem o conhecimento que cria identidades estigmatizadas, patologizadas e desacreditadas.

Palavras-chave: Infância. Saúde mental. Políticas. Direitos. Institucionalização.

Sometido em 12/08/18.
Aprobado em 25/10/18