

La medicalización de la niñez: prácticas en Salud Mental y subjetividad de niñas, niños y adolescentes con sufrimiento psicosocial

Por Alejandra Barcala

En: Salud Mental y Niñez en la Argentina. Legislaciones, políticas y prácticas (compiladores: Alejandra Barcala y Leandro Luciani Conde), año 2015

Introducción

En los últimos años y en el marco de la complejidad de la época, han surgido en la Ciudad de Buenos Aires nuevos modos de padecimiento psíquico en la niñez y nuevas demandas en Salud Mental. Todos los servicios de Salud Mental del distrito comenzaron a recibir niñas, niños y adolescentes que consultaban ya no por la presencia de cuadros psicopatológicos clásicos, sino porque se encontraban inmersos en situaciones familiares y sociales complejas que traían aparejadas nuevas formas de sufrimiento.

Las respuestas institucionales clásicas resultaron inapropiadas para atender a estos nuevos problemas. Sin embargo, la tendencia predominante fue repetir prácticas históricamente establecidas, en lugar de repensar las nuevas circunstancias sociales, económicas y culturales y sus consecuencias en la subjetividad infantil.

El nuevo escenario ponía al descubierto claramente la necesidad de un abordaje en el campo de la Salud Mental que incluyera la comprensión de los problemas del sufrimiento mental conjuntamente con las dinámicas de integración-exclusión social (Galende, 1997); esto requería transformaciones en los modos de abordar los problemas y, por lo tanto, en los diseños institucionales que dieran respuestas a las exigencias de la época.

En las últimas décadas, distintos documentos internacionales, regionales y nacionales han formulado y explicitado reiteradas y adecuadas recomendaciones tendientes a lograr una articulación más racional entre el marco de los principios jurídicos, las políticas, planes y programas, y las acciones de los sujetos implicados en el área, de manera tal que pudieran desarrollarse prácticas acordes a las nuevas problemáticas.

Sin embargo, esto no ha alcanzado para que sean cumplidas y, como consecuencia de ello, el lugar de la protección en la niñez en el campo de la Salud Mental ha sido descuidado. Múltiples y complejos factores han interferido en la aplicación de estas recomendaciones que intentaban resolver la contradicción entre las proposiciones que debían guiar los modos de intervención del Estado para garantizar los derechos de las niñas y los niños, y la falta de respuestas institucionales que los efectivizaran.

El objetivo de este trabajo es analizar cuáles fueron los modos de abordar estos problemas y qué respuestas se produjeron en el sector salud frente a esta nueva complejidad en el período temporal considerado entre 1990 y 2010 **-1-**; este estudio aportará conocimientos que permitan, a partir de investigaciones posteriores, comparar los avances logrados con la Ley Nacional de Salud Mental (N° 26.657), sancionada en 2010.

La dimensión inclusión/exclusión social es considerada central para abordar el campo de la Salud Mental en la niñez, por lo que la investigación se focaliza en las prácticas vinculadas con las niñas y niños que exhiben mayor vulnerabilidad psicosocial, aquellos que son excluidos del sistema de salud y cuyos derechos se encuentran vulnerados. En este sentido, se intenta aportar una mirada orientada a alcanzar la comprensión de algunos aspectos concernientes a este problema.

Asimismo, a partir de lo expuesto, la propuesta es extraer significaciones que permitan abrir algunas nuevas perspectivas sobre la problemática que sean, a la vez, un punto de

partida para profundizar, cuestionar y discutir acerca de la protección de la Salud Mental en la niñez en el marco de la protección integral en la Ciudad de Buenos Aires.

La medicalización del sufrimiento en la niñez: un proceso emergente de la época

Las transformaciones socioeconómicas, junto con los cambios culturales y la fragilización de las instituciones propias de la modernidad, en especial la familia, generaron cada vez más niñas y niños en situación de vulnerabilidad social y fragilidad psíquica, al mismo tiempo que sus conductas y padecimientos fueron medicalizados por el conjunto social.

Los servicios de salud contribuyeron al proceso de medicalización al definir y tratar problemas no médicos como problemas médicos, generalmente en términos de enfermedades o desórdenes, utilizando un lenguaje médico para describirlo, adoptando un marco médico para entenderlo y/o utilizando la intervención médica para “tratarlo” (Conrad, 1982; Conrad y Schneider, 1992). Este proceso fue descrito y profundizado por Foucault (1996), quien analiza a la medicina como una estrategia biopolítica.

En la Ciudad de Buenos Aires el discurso médico, en tanto productor de normalidad y disciplinamiento, participó en la génesis y producción de este complejo proceso de medicalización de las manifestaciones del sufrimiento de niñas y niños, y le dio características específicas. Así, la gran mayoría de niñas y niños con padecimientos y traumatismos severos fueron apropiados por este discurso a través de prácticas tecnocráticas-objetalizantes que diluían la dimensión de la subjetividad.

A consecuencia de este tipo de intervenciones, en numerosas oportunidades, luego de ser diagnosticados los niños y las niñas fueron expulsados de los servicios, medicados como única prescripción o, como última intervención, internados en el hospital neuropsiquiátrico infanto-juvenil.

La diversidad de formas de habitar la niñez causada por la vulnerabilidad de la situación social o personal era redefinida como enfermedad, y estas interpretaciones medicalizantes de la desviación social constituyeron formas de control social. Los discursos del campo psi constituyeron en muchas ocasiones un agente que cooperó en este proceso al que fueron convocados a participar en los últimos tiempos como actores principales.

Hace ya unos años, Alicia Stolkiner (2009) alertaba acerca de que difícilmente la psicopatología sola pudiera dar cuenta de la complejidad de los problemas que atraviesan las infancias y adolescencias actuales, y que su utilidad como herramienta para la clínica se desvanecía cuando se le requería ser la explicación única y, más aún, cuando sucumbía a la lógica de la medicalización. Esta investigadora planteaba el riesgo de que la tutela del patronato, que se deslegitimó frente al paradigma de la protección integral de derechos, retornara en la actualidad bajo el disfraz de la atención psiquiátrico-psicológica.

En efecto, contrariamente a lo esperado, a partir de la inclusión de la noción de los niños y las niñas como sujetos de derechos instalada por la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño (CIDN) y de la promulgación en 2005 de la Ley Nacional de Protección Integral de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes (N° 26.061) **-2-**, en lo que respecta al campo de las políticas de Salud Mental infanto-juveniles, los niños y las niñas que padecen importantes sufrimientos psicosociales son considerados seres portadores de alguna enfermedad, y sobre los que los profesionales del sector salud deben intervenir **-3-**.

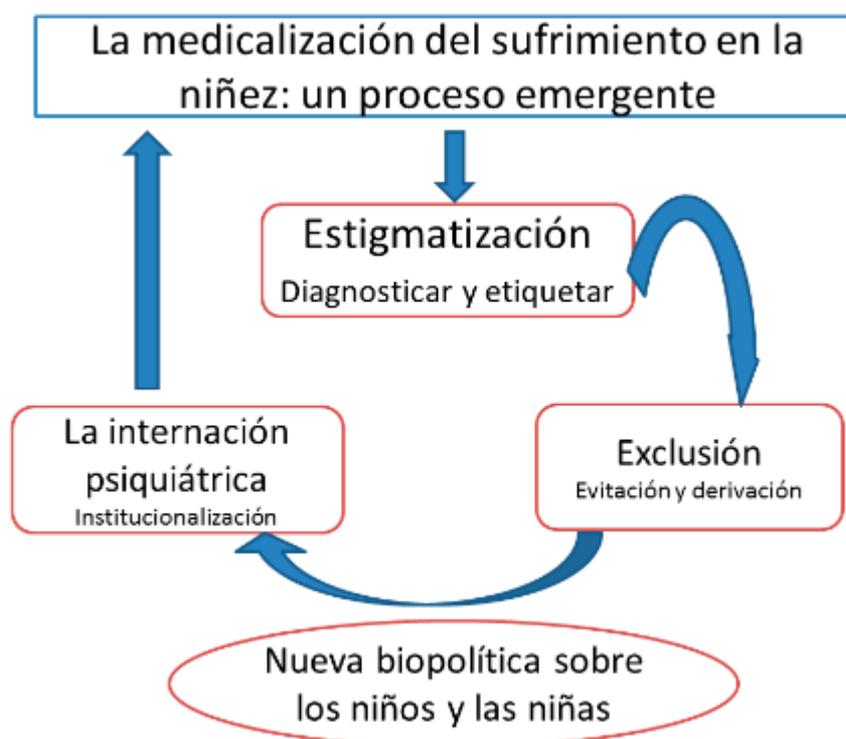
Frente a la ausencia de políticas claras y lineamientos y propuestas específicos, a la escasa autoridad de la Dirección de Salud Mental del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (GCBA) para transformar el sistema asistencial, así como debido a representaciones sociales fuertemente arraigadas, la dinámica propia del sistema sanitario sigue reproduciendo prácticas tutelares que consideran al niño como objeto de intervenciones, más allá de las intenciones subjetivantes por parte de la mayoría de los profesionales de los servicios de Salud Mental del sector público-estatal.

Los cuestionamientos a cierta objetalización de los niños y las niñas desde los discursos de muchos profesionales no impidieron la implementación de prácticas que los anulaban en su singularidad, en especial tratándose de niñas y niños con trastornos mentales severos.

Durante las últimas décadas los servicios de Salud Mental no fueron pensados desde una perspectiva de derechos. Las políticas de salud, enmarcadas dentro de una poderosa ideología neoliberal constructora de subjetividades, colaboraron en la deconstrucción de la condición de ciudadano como sujeto de derecho para convertirla en otra, la de consumidor/cliente, y el acceso a los cuidados de la salud pasó de ser un derecho adquirido a ser una mercancía, posible de comprar según el poder adquisitivo de cada hogar.

Profundizando este proceso, a partir de la década de 1990 se comenzaron a medicalizar ciertos comportamientos de niñas y niños. El circuito que contribuyó a esto desde el sector salud comprendió prácticas de estigmatización, exclusión, institucionalización psiquiátrica y su interrelación (Gráfico 1).

Gráfico 1. La medicalización del sufrimiento de la niñez.



Estigmatización de niñas y niños: las clasificaciones psiquiátricas

La reducción de las complejas problemáticas a categorías psicopatológicas fue un poderoso instrumento de desubjetivación y constituyó una causa de estigmatización.

Inscriptos en los pliegues del cuerpo, los traumatismos vividos por las niñas y los niños se manifestaban a través de crisis de excitación psicomotriz, desorganizaciones psíquicas o intentos de suicidio, que constituían actos de desesperanza frente a la imposibilidad de tolerar sufrimientos intensos. Así, eran convertidos/sustancializados en “diagnósticos”, especialmente en psicóticos, psicópatas, trastornos disociales, rótulos comunes a niñas y niños con alto nivel de vulnerabilidad y desamparo.

A estas clasificaciones médicas aplicadas al comportamiento desviante de niñas y niños se les adjudicaba una base científica; es decir que aunque constituyen juicios sociales relacionados con el orden moral de la sociedad actual, no eran considerados como tales, sino como condiciones racionales, neutras y científicamente verificables (Conrad y Schneider, 1992).

Desde mediados de la década de 1990 empezó a generalizarse entre los profesionales del sector estatal la aplicación de la cuarta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Psiquiátrica de los Estados Unidos (DSM IV por su nombre en inglés) para clasificar enfermedades. Este uso creaba la ilusión en quienes adjudicaban y recibían los diagnósticos, tanto en el sector educativo como en el ámbito judicial, de saber de qué se trataba y, más peligrosamente, qué había que hacer. Sin embargo, las niñas y los niños eran formateados en clasificaciones y perdían su singularidad al ser incluidos en cuadros clínicos estandarizados que expresaban poco de ellos, de sus deseos, sus miedos, sus angustias, sus lazos, sus pérdidas, sus sufrimientos, sus posibilidades, sus limitaciones, etc.

El análisis ya referenciado de las prácticas discursivas de los actores del sector salud en la Ciudad puso en evidencia que en la construcción del problema del sufrimiento psíquico de niñas y niños se establecían fronteras entre lo que se debía considerar como problemática y lo que no debía ser tomado como tal. Se instituía entonces una oposición entre lo normal y lo patológico.

Se observaron dos modos de concebir a las niñas y los niños, que se correspondían con dos diversas modalidades de prácticas de atención. Dos infancias diferentes eran destinatarias de diversas intervenciones estatales respecto a la Salud Mental. Esta diferencia era entendida en términos de oposición y definía dos grupos cuya atención en Salud Mental quedaba espacializada en el ámbito sanitario de la Ciudad de la siguiente manera (Barcala y otros, 2007): en un grupo se encontraban niñas y niños que eran atendidos en efectores del subsistema de salud estatal -4-; en el otro, niñas y niños que, salvo excepciones, no eran admitidos en esos servicios y en algunos casos eran derivados al Hospital Neuropsiquiátrico Tobar García o, en menor medida, al Hospital de Día Infantil La Cigarra, que funcionaba en el Centro de Salud Mental N° 1. A estos últimos se los denominaba “los graves”, y formaban un colectivo de niñas y niños con una importante vulnerabilidad psíquica y/o social.

Esta categorización ontológica de niñas y niños era el carácter distintivo que tenía como implicaciones determinadas acciones de salud. La taxonomía mencionada estaba acompañada por una naturalización de la forma organizacional de los servicios y sus criterios de exclusión y de una familiarización con este hecho, como si fuera una realidad aceptada por todos y considerada natural.

De este modo, los servicios de Salud Mental de la Ciudad se polarizaban respecto a sus perfiles institucionales de atención. Por un lado se encontraban las niñas y los niños que respondían a las representaciones hegemónicas y a la identificación con los propios valores considerados como universales por los profesionales respecto a quienes debían atender (lo normal era tomado como lo esperable para poder ser atendido), y por otro los niños y las niñas que desplegaban una existencia otra que no se podía o no se dejaba normalizar. Es decir, dejaban de ser pensados como niñas y niños y en consecuencia no eran atendidos.

De acuerdo con esta existencia otra, los niños y las niñas graves eran etiquetados como opositoristas, violentos, actuadores, disconformes, impulsivos, inquietos, agresivos o, en el otro extremo, chicos que no hablan, que no se conectan, débiles mentales, con trastornos mentales severos; el movimiento o la falta de él (por exceso o carencia) era el eje en las descripciones. Estos niños y estas niñas eran siempre considerados como peligrosos para sí, para otros o para la infraestructura propia del servicio.

El término “grave” tomaba así una pluralidad de acepciones: estos niños y estas niñas eran graves en el sentido de que constituían un problema difícil y arduo, graves con respecto a la importancia relevante de su padecimiento, y graves en referencia a la carencia de herramientas por parte de los profesionales para abordar estas problemáticas y por su impotencia para transformar la complejidad de las problemáticas con las que se confrontaban.

“Grave” era la categorización descriptiva que indicaba la condición o no de la admisión en la mayoría de los servicios y se operacionalizaba a través de diferentes diagnósticos. Es decir, a los niños y las niñas graves que no eran admitidos se les adjudicaban diagnósticos psicopatológicos: trastorno generalizado del desarrollo, Asperger, psicosis infantil,

esquizofrenia de inicio temprano, bipolar, esquizofrenia, hebefrenia, autismo, border, manía, trastorno reactivo, retrasos madurativos, trastornos en la constitución de la subjetividad, trastorno mental severo, entre otros.

Esto constituía un modo de desubjetivar a las niñas y los niños, quienes llegaban a ser tan extranjeros, tan ajenos, que hasta se dudaba en reconocer la pertenencia común a una misma especie. Al deshumanizarlos a través del diagnóstico quedaban excluidos de la categoría de semejante y eran significados como niñas y niños con los que “no se podía hacer mucho”, lo que implicaba que eran impropios para ser alojados en los servicios de salud generales, disminuyendo de este modo la angustia de no aceptarlos. La desubjetivación en su forma más extrema, la anulación de la singularidad de estos niños y estas niñas no dejaba de constituir una estrategia de desculpabilización.

La medicación como única respuesta

La construcción de diagnósticos psiquiátricos fue la estrategia que legitimó la posibilidad de que comenzara a implementarse la medicación como estrategia única y aislada para la resolución de problemas. Suplantó a un modelo de comprensión de la subjetividad y del cuidado integral de la salud.

Este fenómeno no sólo ocurrió en nuestro país, sino que tuvo carácter internacional y, en consonancia con las políticas de Salud Pública, colaboró en la ampliación de la potencia de la industria farmacológica, “[...] *de un gran mercado de la ilusión terapéutica en el que los vendedores de píldoras milagrosas o de remedios rejuvenecedores rivalizaban en proponer recetas con el fin de tomar a su cargo toda la miseria de una sociedad enferma por el progreso y entregada a la desesperación identitaria inherente a la mercantilización del mundo*” (Roudinesco, 2005: 13).

A mediados de 2000, en la Argentina, la medicación como respuesta a niñas y niños inquietos y el alto porcentaje de niños medicados fueron considerados como un tipo específico de violencia motorizado para tapar los trastornos y no interrogarse acerca del funcionamiento familiar y social, y de los movimientos de deshumanización, de descalificación, de no reconocimiento que éstos desarrollaban (Janin, 2007; Faraone y otros, 2009).

Posteriormente se sumó a esto la generalización de la estrategia de la medicación psiquiátrica en niñas y niños cuyo sufrimiento y desorganización psíquica era producto de traumatismos y determinantes sociales. Se acentuaba, de este modo, el circuito de medicación de los problemas sociales, en especial de excesos en las prescripciones farmacológicas de niñas y niños institucionalizados en hogares, quienes se convirtieron masivamente en objeto de medicación. La intervención farmacológica como única respuesta aparecía como una poderosa estrategia de control social.

En síntesis, al ser diagnosticados, patologizados y sobremedicados, muchas niñas y muchos niños perdían la categoría de pertenencia a la niñez y eran despojados de su singularidad. De este modo, en lugar de constituir una herramienta terapéutica, el diagnóstico se convertía en una metáfora de muerte social y asumía un carácter destructivo para la subjetividad.

Muchos de los servicios de Salud Mental fueron constructores de estigmas, y la estigmatización como una variable de exclusión conllevó a la pérdida de inclusión social o a mantener una exclusión estructural, ya que fue un poderoso motivo para que las instituciones no atendieran, no alojaran e incluso discriminaran, a muchas niñas y muchos niños.

La exclusión resultante de la estigmatización

El rol de la estigmatización, como barrera de acceso a los servicios y causa de exclusión en salud fue decisivo. Constituyó un enérgico medio de intervención social aplicado por medio de la marginalización y ejercicio del poder sobre niñas y niños con un alto nivel de sufrimiento psíquico y social.

Clasificar y etiquetar fueron operaciones con las que se inició el circuito que dio lugar a comportamientos de evitación y exclusión que se instituyeron como una práctica frecuente en los servicios de salud. Una vez clasificados con las categorías mencionadas –agrupadas en trastornos mentales severos–, los niños, las niñas y sus familias eran derivados por el servicio actuante y comenzaban un recorrido por diversas instituciones. Esta deriva institucional, generada por las múltiples derivaciones/expulsiones institucionales a través de las cuales las familias transitaban sin rumbo de un lugar a otro, los dejaba generalmente en un mismo lugar simbólico, es decir, sin ningún lugar que alojara su sufrimiento (Barcala, Torricelli y Álvarez Zunino, 2008).

La práctica de la derivación mostraba la tensión de las contradicciones de los profesionales: la necesidad de conciliar el deseo de asistir a las niñas y los niños y el rechazo a atenderlos en el servicio. Se trataba de una solución de compromiso que instalaba un espacio intermedio entre el adentro/inclusión y el afuera/exclusión: estrategia de tránsito, sin definición, sin anclaje ni permanencia, que desresponsabilizaba a los actores de la acción de exclusión social de niñas y niños con trastornos mentales severos, aun intuyendo que no iban a ser recepcionados por otras instituciones. Todos ellos se encontraban en camino hacia ningún lado.

La exclusión en salud –definida como la falta de acceso de estos a bienes, servicios y oportunidades que mejoraran o preservaran su estado de salud, y que otras niñas, otros niños y grupos de la sociedad disfrutaban (Acuña y Bolis, 2005)– fue el modo en que se expresó la privación misma del derecho a la salud.

Privación sostenida en la negación de los modos de existencia misma de estas niñas y estos niños, que ponía de manifiesto el deseo tanático inconsciente que sobre ellos, en tanto otros diferentes, tiene la sociedad en general. Según Marotta -5-, la práctica de derivación/expulsión de los servicios no sólo se trata de una manifestación del rechazo, sino que también es la expresión del “no encuentro otra forma de hacerlo”, frase que se repite en los discursos de los profesionales. En este sentido, el manicomio y en este caso la internación en el hospital neuropsiquiátrico infanto-juvenil –en tanto respuesta social al problema de la niñez patologizada– era el modo instituido para evitar el conflicto y la complejidad que presentaban.

Esta separación/exclusión de una parte existente en la sociedad por considerarla negativa para habitar el espacio social común, extirpándola del tejido social, es una producción histórica y cultural que se evidenció en el sector salud en el hecho de despojar a niñas y niños de subjetividad a través de la estigmatización, la cual estaba sustentada en etiquetamientos psicopatológicos que determinaban en última instancia la institucionalización como única posibilidad de recuperación.

Los equipos profesionales de los diferentes servicios no se sentían obligados a intervenir y derivaban a las niñas y los niños graves al servicio de internación del Hospital Tobar García, donde asumían esa función. Este Hospital fue la institución que legitimó los diagnósticos psicopatológicos, es decir, que asumió las normas del orden social y fue portadora del proceso de control social.

Este fenómeno se observó también en el ámbito del Ministerio de Desarrollo Social. A fines de la década de 2010, la complejidad del sufrimiento infantil exigió nuevas respuestas institucionales que fortalecieran la precarización y fragilización familiar creciente, pero en lugar de que ello sucediese, junto con la sobredemanda de internaciones al Hospital Tobar García, se fueron transformando las modalidades de atención que prestaba la Dirección de General de Niñez y Adolescencia (DGNyA) del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Así, los hogares convivenciales se reconvirtieron a una modalidad denominada “hogares de atención especializada y de Salud Mental” que, al tiempo que patologizaban el padecimiento infantil, comenzaron a cumplir paulatinamente la función del Hospital Tobar García, es decir la de institucionalización psiquiátrica. Del mismo modo que ocurría en este hospital infanto-juvenil, los períodos de alojamiento de los niños en esas instituciones fueron excesivamente prolongados y las estrategias de fortalecimiento familiar, casi inexistentes -6-.

En síntesis, frente a consultas de niñas y niños graves (en situación de calle, consumidores de paco, con internaciones en instituciones psiquiátricas, medicados con psicofármacos, institucionalizados en hogares, con discapacidades mentales o trastornos genéticos y muchos otros), los hospitales generales, pediátricos y los Centros de Salud y Acción Comunitaria (CESAC) los derivaban/expulsaban en un circuito que conducía rápidamente hacia la deriva institucional y finalmente a la internación/institucionalización. Es decir, se internaba a niñas y niños por ausencia de otros abordajes posibles, lo que se convertía a largo plazo en un castigo que duplicaba su vulnerabilidad. De este modo, muchas niñas y muchos niños que padecían trastornos mentales severos no eran atendidos en servicios de salud universales. El peso de su estigma se veía corroborado en la imposibilidad de acceder a los cuidados necesarios. Aunque muchas de las instituciones hacían esfuerzos reales para no expulsarlos y brindarles asistencia, estas tendencias no se sustentaban en políticas de Salud Mental que favorecieran prácticas inclusivas desde una perspectiva de derechos, sino que se sostenían más bien en el compromiso y las motivaciones personales o de grupos de profesionales.

En síntesis, las instituciones sanitarias de la Ciudad de Buenos Aires participaron del proceso de medicalización de la niñez al definir los problemas en términos psicopatológicos lo que estigmatizaba a las niñas y los niños más vulnerables, al mismo tiempo que se los excluía de las prácticas de intervención de dichas instituciones. La tensión entre las herramientas teóricas destinadas a abordar la subjetividad y la complejidad de las nuevas problemáticas emergentes junto a la precariedad de las condiciones laborales de los profesionales, la escasez de profesionales rentados que los atendieran en los servicios de salud y la ausencia de equipos interdisciplinarios, colaboraron en reproducir los mecanismos sociales de exclusión.

Prácticas inclusivas: la tensión existente

No obstante, al tiempo que ocurría este fenómeno, algunas instituciones que venían trabajando desde 1990 diseñaron e implementaron dispositivos innovadores que intentaban resolver, aunque parcialmente (ya que su cobertura era limitada), las situaciones planteadas.

Estas instituciones son: el “Programa Cuidar Cuidando” en el Zoológico de la Ciudad (1990), el Hospital de Día La Cigarra (1990), el “Programa de integración sociolaboral para adolescentes” (Empresas Sociales, 1993), el “Programa de rehabilitación comunicacional” (1997), el Hospital de Día del Tobar García, el equipo de Patologías Tempranas del Centro de Salud Mental N° 3 (1999), el “Programa de atención domiciliaria programada en Salud Mental” (ADOPI, 2004), el dispositivo de pacientes con trastornos severos del desarrollo (áreas 0-5 y 6-9) del Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez y el “Programa de atención comunitaria a niñas, niños y adolescentes con trastornos mentales severos” (2007), junto con profesionales de otros hospitales, especialmente el Hospital Elizalde y de los CESAC N° 19 y 24.

Estos dispositivos constituyen abordajes que intentan adecuarse a las necesidades de los niños y las niñas, y evitar la expulsión o negación de las problemáticas. Todos ellos están dirigidos a dar respuesta a la creciente demanda de niñas y niños denominados “graves”, que son rechazados por el resto de los servicios.

Fueron organizados como producto de iniciativas personales y/o intereses de profesionales psicólogos que se sensibilizaron frente a la ausencia de respuestas al sufrimiento de niñas y niños y a su exclusión, e intentaron desarrollar prácticas innovadoras y transformadoras. Todos estos dispositivos intentaron superar modalidades tradicionales, en especial la tendencia hospitalocéntrica. Se trató de estrategias que no respondieron a decisiones políticas en el área de la Salud Mental determinadas por la Dirección de Salud Mental (salvo el ADOPI), y están sostenidas en su mayoría por profesionales ad honorem (cf. Barcala, 2011: 53-81).

La internación psiquiátrica: lugar de la relegación social

Contrariamente al modelo de Salud Mental comunitaria y a la transformación del modelo hospitalocéntrico que plantea la Ley de Salud Mental del GCBA (N° 448), el hospicio-asilo/depósito-segregación, particularmente en la niñez, cobró relevancia a partir de la década de 1990. El aumento de las internaciones en las últimas décadas fue notable, del mismo modo que se incrementó la cantidad de niñas y niños institucionalizados en hogares pertenecientes a la DGNyA.

Un informe de la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones revela una importante tendencia decreciente en las internaciones psiquiátricas de adultos en todo el país (Ministerio de Salud de la Nación, 2011). Sin embargo, documenta que en lo referente a niñas y niños se evidencia una tendencia contraria, lo que muestra la gravedad de la situación. Desde 1993 hasta 2005 se habían duplicado las internaciones anuales de niñas y niños en el Hospital Neuropsiquiátrico Infanto-juvenil Tobar García (GCBA, s.f.).

Como se ha descripto, la derivación al Hospital Tobar García se fue constituyendo en el modo paradigmático de exclusión de los diferentes, de una infancia no aceptada a través de una segregación espacial que excluye a niñas y niños de los lugares propios de la niñez como son la escuela y los servicios de salud.

Según Bourdieu (1999), el espacio es aquel lugar definido en el que existe un agente y que permite mostrar su localización y posición en un rango u orden jerarquizado que expresa distancias sociales. El espacio habitado funciona como una especie de simbolización espontánea del espacio social. A partir de estas consideraciones, la posición del niño o la niña en un espacio social se retraduce en el espacio físico en el que está situado. De este modo, así como los niños y las niñas en situación de calle prácticamente no tienen existencia social, también la existencia de los niños y las niñas excluidos del sistema está en cuestión, ya que el encierro los invisibiliza.

Si la concentración en un mismo lugar de una población homogénea en la desposesión tiene como objeto redoblarla, particularmente en cultura y práctica cultural (Bourdieu, 1999), esto se manifiesta en la precariedad de la integración social y de escolaridad de las niñas y los niños internados, situación que los aleja cada vez más de las exigencias constitutivas de la existencia normal.

Sin proponérselo, el Hospital Tobar García se constituyó en un lugar que estigmatiza y ser "para el Tobar", en una definición de identidad denigrada. Esta institución posee una fuerte concentración de rasgos negativos: situado en una de las zonas más desfavorecidas de la Ciudad, contiguo a los grandes y antiguos hospitales psiquiátricos, productor de definiciones de niñas y niños que consultan como psicóticos, locos, graves, descontrolados, excitados, violentos, construye de esta manera un tipo específico de infancia.

Un lugar cerrado, sin tiempo, un no lugar, un lugar de excepción respecto de toda la legalidad exterior y cuya significación parece ser una existencia por fuera del espacio social propio de la niñez. Un lugar en el que la apropiación de niñas y niños a través de la contención de los cuerpos peligrosos y con exceso de movimiento resulta el modo de dominación, ejercido mediante una violencia simbólica e incluso en algunos casos física. Lugar de privación de derechos, es decir, de muerte legalizada.

Lugar, también, del que es difícil volver para emprender un recorrido inverso que instale nuevamente a las niñas y niños en su condición de tales. Una vez que son definidos como "psicóticos", esa etiqueta constituye una identidad permanente que determina su destino social.

La inclusión en este espacio que excluye conlleva la pérdida de toda posibilidad de existencia y ciudadanía. Esta supuesta integración en un lugar organizado desde el sector salud como respuesta sanitaria para niñas y niños está dada paradójicamente por la aceptación de la pérdida de la condición de niño y de sus derechos. Una vez que ingresan, se pone en cuestión la posibilidad de pensar procesos de subjetivación que les permitan proyectarse en un futuro por fuera de estas instituciones, un futuro de transformación y de neogénesis **-7-**.

La naturalización de esta práctica de internación/institucionalización es, salvo excepciones, una concepción compartida por la mayoría de los actores del sistema que no cuestionan existencia del hospital psiquiátrico y que no pueden imaginar una concreción de alternativas posibles a corto plazo ni otro destino posible para estas niñas y estos niños. A ello se suma el reconocimiento del aumento de las internaciones aunque naturalizando que el motivo de las mismas está determinado especialmente por la dimensión social de los sufrimientos que presentan, sin ninguna problematización respecto a la necesidad de otro tipo de abordaje.

El riesgo como motivo de internación

Los motivos más frecuentes de internación son las expresiones de traumatismos sociales severos que padecen niñas y niños. Definidas estas manifestaciones como crisis de excitación psicomotriz, conductas de hetero-agresividad, trastorno del control de los impulsos, desorganización de la conducta, alto monto de impulsividad, baja tolerancia a la frustración, constituyen rótulos que clasifican a niñas y niños que luego son retraducidos en diagnósticos psicopatológicos: esquizofrenia de tipo indiferenciada, trastorno psicótico breve, trastorno límite de la personalidad, con la consecuente indicación de internación.

La existencia de fantasías catastróficas de lo que puede suceder si no se los interna muestra el modo en que el miedo, como resorte emocional, origina el sistema de control social. Este miedo refuerza el orden dualista sobre la protección de la integridad y la identidad (Jodelet, 1986).

Un criterio de riesgo que implícitamente lleva a la internación es la falta de contención familiar, sumado a una situación socioeconómica desfavorable. Esto no hace sino duplicar el padecimiento psíquico, ya que la respuesta a la deprivación afectiva y económica es el castigo de una internación.

La internación/institucionalización debido a problemáticas sociales si bien se contradice con lo referido en la CIDN y las leyes de protección integral de la niñez nacional y de la Ciudad (N° 26.061 y N° 114, respectivamente) presenta cierta tensión contradictoria respecto de la Ley de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires (N° 448), que incluye como causa de internación la familia incontinente, lo que nos obliga a un profundo debate respecto a este concepto en el campo de la Salud Mental.

La internación por falta de dispositivos de atención

El eje en lo asistencial individual y la falta de redes interinstitucionales e intrasectoriales para abordar la complejidad de las problemáticas emergentes tuvieron una importante responsabilidad en la instauración de la internación psiquiátrica como única posibilidad de atención.

El aumento de las consultas en el Hospital Neuropsiquiátrico Infanto-juvenil respondió a la falta de respuestas institucionales y a la inexistencia de recursos en el campo social que pudieran comprender y abordar los nuevos problemas de Salud Mental de niñas y niños.

Aunque era evidente la imposibilidad de abordar la complejidad de estas problemáticas de un modo individual, las políticas en Salud Mental inmersas en un modelo neoliberal propiciaban la implementación de estas respuestas.

Frente a las dificultades que se les presentaban al tener que encarar problemáticas complejas, los diferentes efectores del sistema de salud respondían con la derivación al hospital psiquiátrico. Eso generaba una importante presión sobre el Tobar García que reproducía la lógica del funcionamiento del sistema y ocupaba el lugar de la segregación social. Los hospitales generales y pediátricos colaboraron entonces con esta lógica, al mismo tiempo que el Tobar García también se asumía en este lugar sin cuestionarlo, aunque los profesionales se quejaban de tener que hacerse cargo de todo lo expulsado por el sistema.

Las dos miradas de los servicios de Salud Mental acerca de la niñez

Las prácticas discursivas relevadas en la Ciudad dieron cuenta de una tajante escisión en el campo de la niñez en términos de polarización. La dicotomía estructural del mundo de la niñez se reproducía en la construcción de una nueva categorización: niños propiamente dichos/niños graves y niños atendidos en los servicios de salud/niños para dispositivos especializados.

La preocupación histórica por las infancias marginales que dio origen a las políticas de protección y control social, y que dividía la niñez entre niños y menores, se reciclaba en la década de 1990 en los servicios de salud, con lo que se acentuaba la psicopatologización de niñas y niños y la medicalización de los problemas sociales.

Los servicios de Salud Mental reprodujeron la distinción originaria de dos infancias opuestas y recrearon la escisión: infancia propiamente dicha/infancia de la minoridad, que quedó definida como infancia propiamente dicha/infancia patologizada. Aquella primera escisión era la que respondía a lo esperable por los servicios, y los padecimientos y síntomas motivos de consulta eran abordables por las herramientas teórico-técnicas de los profesionales y por las propuestas históricas de los servicios. La otra infancia, la patologizada, era aquella considerada inabordable por las instituciones sanitarias típicamente dedicadas a la atención de la niñez.

A diferencia de lo que históricamente constituyó la infancia de la minoridad, que el Estado “protegía” y normalizaba, esta infancia ya no era construida como objeto de prácticas tutelares, sino que era considerada legislativamente como sujeto de derecho a partir de la adhesión a la CIDN en 1990. Sin embargo, simultánea y paradójicamente era objetalizada en el campo de la Salud Mental y excluida de las instituciones. Además sus derechos eran recurrentemente vulnerados. Era notable y preocupante la brecha entre los avances institucionales en el área de niñez y en el área de salud.

Estas niñas y estos niños medicalizados eran definidos por su carácter de alteridad respecto a la infancia esperable. Construida a través de las formaciones discursivas de los actores sociales, esta infancia era entendida por los efectores de los servicios sanitarios en términos de oposición: “nosotros y los otros”. Los niños con mayor nivel de vulnerabilidad psíquica y social, portadores de diagnósticos psicopatológicos, eran considerados otros, y en la más extrema de las situaciones eran definidos como seres ajenos, fuera de la categoría de semejante: eran incomprensibles, peligrosos, y sus problemáticas no se podían abordar en los servicios universales de salud.

El encuentro de estos niños con los servicios estaba determinado por la marca de la ambigüedad donde la condición del otro –la alteridad humana– es revelada y negada a la vez, es decir que se expulsa y se introduce (Todorov, 1991). Así, las instituciones sanitarias reconocían la existencia de un tipo de niñas y niños agrupados como graves, con los serios sufrimientos psíquicos y traumatismos sociales que ellos padecían, mientras que por otro lado los negaban, al retacearles un lugar de atención en los servicios de Salud Mental y expulsarlos de un espacio social propio a través de la derivación a otras instituciones. Esta derivación remitía a un no lugar o a un lugar de encierro.

Esta alteridad –la de niñas y niños denominados “graves”, es decir la infancia patologizada– quedaba ubicada del mismo modo en que históricamente fueron estigmatizados los menores. Asumían una condición que los ubicaba en una situación de inferioridad y subordinación que el discurso institucional sanitario terminaba de afianzar. De este modo el saber-poder médico-psiquiátrico-psicológico contribuía en su propio ejercicio a esta diferenciación en la que la alteridad era entendida en términos de oposición-denigración.

Este discurso era compartido por la mayoría de los servicios –salvo las pocas excepciones mencionadas, en las que estrategias innovadoras intentaban transformar esta mirada, refiriéndose en su mayoría al marco de la garantía de derechos–, lo que permitía instalar en el interior del sistema la reproducción de tendencias incluyentes/excluyentes, aunque con una importante desventaja de las primeras.

De este modo, la ambigüedad se expresaba en el modo de concebir a los niños y las niñas que padecían sufrimiento psíquico grave, lo que constituyó una de las características centrales de las intervenciones.

El miedo a estos niños y estas niñas, su hipotética peligrosidad, creaba consensos en los equipos de salud, que desarrollaban conductas defensivas. Una tensión entre el orden conseguido y la desorganización/desorden/irrupción de lo nuevo, generaba miedos y resistencia a modificar las respuestas institucionales. El temor al otro hacía demonizarlos y generalmente también a sus familias. Además, producía efectos generalizados de exclusión social resultantes de la discriminación para acceder a tratamientos. Los profesionales, sin tomar conciencia de ello, se convirtieron/nos convertimos así en importantes agentes de exclusión social.

Privados de existencia en las instituciones sanitarias, ajenos al espacio que les debía ser propio, niñas y niños padecieron la ausencia de estrategias en el sector estatal. Los discursos acerca de su peligrosidad favorecieron la consolidación de la medicación en la niñez patologizada (que tenía características excepcionales a comienzo de la década de 1990), y contribuyeron a difundir esta práctica especialmente en el sector privado y en las internaciones psiquiátricas del sector público estatal.

Una nueva biopolítica sobre niñas y niños

Las niñas y los niños medicalizados soportan sobre sí la definición de niñas y niños sin futuro, sin posibilidad de imaginar un proyecto, sin derecho a desear, reducidos a resolver las condiciones materiales de supervivencia en las que lo autoconservativo prima sobre la capacidad deseante. Hipotecado su futuro desde la temprana infancia, las niñas y los niños patologizados 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 –que incluye a las niñas y niños graves– el papel de fuera de lugar, e instala el problema de la eliminación de los residuos humanos (Bauman, 2007). Para Bauman, ser superfluo significa ser supernumerario, innecesario, desechable, “carente de hogar social”; en el caso de las niñas y los niños graves, carentes de instituciones propias de la niñez en las que puedan ser cuidados.

Sin lugar donde alojarlos, sin lugar donde derivarlos, la pregunta de qué hacer con ellos replantea el problema de su destino social. Como se mencionó anteriormente, paradójicamente fueron medicalizados y excluidos de las instituciones del sistema de salud, con excepción del hospital psiquiátrico que se consolidaba como el único lugar posible. Pero éste les bloqueaba, o por lo menos dificultaba, el retorno a los circuitos que les permitirían reintegrarse a espacios propios de la niñez.

Definidos por estar fuera de estos espacios institucionales, estas niñas y estos niños y adolescentes, en especial aquellos privados de cuidados parentales, se confrontaron con crecientes barreras de accesibilidad que circunscribieron un definido afuera y adentro con el solo objeto de garantizar la permanencia de la exclusión.

Como respuesta a la anulación de lo diferente, de lo peligroso, en lugar de un genocidio real se reinstalaron dispositivos de eliminación social, de muertes simbólicas. Lugar de invisibilización que anulaba el alto nivel de sufrimiento y el desamparo vivido por niñas y niños ante la imposibilidad de encontrar ningún otro semejante, de encontrar a alguien en el mundo para quien ser significativo y que pudiera aliviar la angustia sentida. Niñas y niños que se revelaban contra un destino de privaciones económicas, crecientes desigualdades sociales y desamparos familiares. Niños que en este llamado al otro exigían su derecho de ciudadanía.

Sin embargo, mientras que la vida de estas niñas y estos niños se encuentra desprovista de valor y en tanto son considerados miembros del colectivo de desechos humanos, es considerada mejor su inexistencia, la legislación vigente respecto a la niñez y a la Salud Mental los ubica como portadores de derechos y los construye como ciudadanos. No están

exentos del marco legal, sino por el contrario, incluidos en él. Paradójicamente, esta posesión de derechos que se les reconoce en el discurso legislativo es simultánea a la supresión de esos mismos derechos en la práctica.

Se instaló un nuevo modelo biopolítico. Ya no se trata de normalizar a niñas y niños al modo de la protección de menores a partir del paradigma de situación irregular que se proponía “reeducar”, “reformular” para integrar a la sociedad, sino que la institucionalización psiquiátrica pensada como “protección” conlleva a la aniquilación misma de la subjetividad. Se reduce a los carenciados a la autoconservación, desconociendo que lo humano no es reductible a ella, sino del orden de un plus que instala una dimensión del deseo (Bleichmar, 2005).

La violencia sobre los cuerpos de las niñas y los niños ejercida por la medicación abusiva, así como por la internación compulsiva, son justificadas en las instituciones psiquiátricas en términos de bien intencionadas estrategias médicas. Esta reclusión en institutos psiquiátricos y hogares terapéuticos ofreció cuidados y contención con fines supuestamente benéficos, que en realidad no constituyeron sino una forma más de control social.

De hecho, una de las situaciones extremas de vulneración de derechos en este proceso es la larga duración de las internaciones de los niños y las niñas en situación de vulnerabilidad social, quienes aun con alta médica no tenían a dónde ir y quedaban internados en el hospital psiquiátrico durante prolongados períodos. De este modo se generaba una importante iatrogenia institucional: mayores crisis, aumento de la medicación, mayor aislamiento social, mayor resistencia de las instituciones para alojarlos.

Conclusiones

Los modos de intervención estatal frente al aumento de las consultas de niñas y niños con importantes sufrimientos psíquicos –producto de la fragilización de los lazos sociales y el declive de las familias y la escuela como instituciones modernas de cuidados– se fueron redefiniendo en los últimos años. Al tiempo que se instauraba una legislación progresista en términos de derechos, se medicalizaba el sufrimiento psíquico y se ampliaban la intervención institucionalizante y la medicación de niñas y niños en términos de control. Los servicios de salud, en tanto instituciones estatales a las cuales podían referir su derecho de atención las niñas y los niños con mayor vulnerabilidad psicosocial, contrariamente a lo esperable, los expulsaban.

La ausencia de políticas, programas y dispositivos adecuados suficientes para solucionar los problemas más complejos de la niñez, no hicieron más que perpetuar las respuestas sanitarias existentes y consolidar instituciones de reclusión como forma de intervención frente a estos problemas, lo cual evidenció un retroceso hacia prácticas de Salud Mental superadas.

La pregnancia de la clínica individual, junto con el encierro y la ausencia de otras modalidades de cuidados, dieron cuenta del modo de concebir a la niñez y de la adhesión a un determinado modelo en Salud Mental por parte de los actores del campo, que se manifestó en las decisiones políticas tomadas. El sistema de interpretación de los servicios de salud ante la consulta de un niño o una niña implicaba intervenciones que sólo tendían a la realización de acciones ajustadas a sus recursos de atención o formación recibida y no a las nuevas necesidades de los consultantes. Si bien la Ley N° 448 privilegiaba terapias que favorecieran la emergencia de la palabra y el rescate de la subjetividad, existían inercias no conscientes, ubicables tanto en las representaciones ligadas al campo profesional o a la práctica como en la adhesión a ciertas teorías que restringían la plasticidad y estaban destinadas a confirmar la veracidad de sus concepciones, consideradas como realidades universales a las que las niñas y los niños quedaban reducidos.

Las instituciones de salud como tales perdieron credibilidad en sus posibilidades de aliviar el sufrimiento humano y fueron solidarias con el poderoso orden social imperante. De este modo, los dispositivos y los servicios de Salud Mental colaboraron al mecanismo del biopoder. En oposición a los principios de la legislación existente y las recomendaciones con

respecto al fortalecimiento familiar, en 2009 se creó en el Hospital Tobar García una sala de internación para niños pequeños, mientras que el Ministerio de Salud tercerizaba la responsabilidad respecto de la salud mental de las niñas, los niños y adolescentes en instituciones privadas. Estas medidas gestadas en ausencia de un plan de Salud Mental marcaron un viraje en términos de modalidades de intervención respecto a la niñez.

En síntesis, el sistema de Salud Mental en la Ciudad de Buenos Aires en su conjunto no cumplía con los criterios generales de buenas prácticas planteados por los consensos internacionales **-8-** (Barcala, 2011), porque:

- No garantizaba el derecho a la salud en términos de favorecer la disponibilidad, la accesibilidad geográfica, económica y simbólica, y la calidad de los servicios. La dificultad en la accesibilidad simbólica, así como en la aceptabilidad de las niñas y los niños, se manifestó especialmente en el vínculo deficitario que se construyó entre ellos, sus familias y los servicios. Esto contribuyó a acentuar la distancia para con quienes se sintieron rechazados y expulsados, lo que en todos los casos fomentaba su discriminación y desalentaba la consulta.
- No contribuía a la integralidad e interdependencia de los derechos, es decir a un trabajo efectivo intersectorial y un abordaje interdisciplinario, ni a la articulación operativa entre las instituciones, las organizaciones no gubernamentales y las familias.
- No favorecía las responsabilidades compartidas y el fortalecimiento familiar.
- No promovía la participación de las niñas y los niños en la toma de decisiones y en su derecho a ser escuchados.
- No garantizaba la universalidad, la no discriminación, la sostenibilidad y la incidencia de las acciones desarrolladas.
- No se llevaban a cabo estrategias que apuntaran a la transformación de las instituciones estatales y de los servicios hacia una perspectiva territorial, al protagonismo de las niñas y los niños y sus familias ni a la desinstitucionalización, tres de los criterios centrales en los sistemas de Salud Mental.

El incumplimiento de estos criterios genera importantes inequidades que lesionan el derecho a la salud de niñas y niños, especialmente de aquellos con mayor vulnerabilidad psíquica, cuyas necesidades de salud no se encuentran en la actualidad suficientemente cubiertas.

En este escenario de incumplimiento de los principios de buenas prácticas es necesario desarrollar un pensamiento crítico respecto de nuestra labor: repensar los modos de territorializar las intervenciones para contrarrestar los efectos actuales de la desterritorialización y la desintegración de los precarios lazos sociales; reflexionar acerca de la ausencia de historización que nos confronta en la cotidianeidad con niñas y niños con historias fragmentadas, llenas de agujeros, producto de las desarticulaciones institucionales; reconsiderar los modos de comprensión de la constitución de la singularidad contextualizada de cada niño y niña dentro de un paradigma de complejidad.

Encontrar los modos de incluir toda la niñez desafiada constituye un desafío para quienes trabajamos desde distintas áreas tratando de efectivizar los derechos de todas las niñas y todos los niños que padecen un profundo desamparo y sufrimiento psicosocial.

En el marco del proceso de cambio normativo que generó la promulgación en 2010 de la Ley Nacional de Salud Mental (N° 26.657), con el consecuente debate y posicionamiento del tema en la agenda estatal, hoy constituye un avance y una exigencia la necesidad pensar los servicios de Salud Mental desde una perspectiva de derechos. Y en términos de exigibilidad de derechos se hace evidente que las problemáticas actuales de la niñez y la adolescencia requieren una transformación del sistema de salud que a partir de un modelo de atención comunitaria en Salud Mental evite la medicalización, estigmatización, exclusión de los espacios sociales y asegure la erradicación de la internación psiquiátrica de los niños y las niñas con mayor nivel de vulnerabilidad psicosocial.

Pero, por sobre todo, el desafío es asumir que la complejidad de los nuevos modos de padecimiento psíquico requiere de una política integrada desde diversos sectores, que generen condiciones de articulación e integración efectiva para responder a las necesidades de las niñas, los niños y sus familias. El objeto de esta política debe ser desarrollar acciones que modifiquen las condiciones adversas de vida y eviten o atenúen el sufrimiento psicosocial de niñas y niños, favoreciendo la construcción de un proceso más justo y equitativo tendiente a garantizar la protección integral de la niñez.

Notas

-1- Este texto es una versión revisada del artículo “Los Dispositivos de Atención de Niños, Niñas y Adolescentes con padecimiento en su salud mental en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires” publicado en 2011 por el Ministerio Público Tutelar de la Ciudad de Buenos Aires-Eudeba. Expone parte de los resultados de la tesis de doctorado en Psicología “Estado, infancia y salud mental: impacto de las legislaciones en las políticas y en las prácticas de los actores sociales estatales en la década de los 90 en la Ciudad de Buenos Aires”, Universidad de Buenos Aires.

-2- Con esta legislación culminó el proceso de adecuación de la normativa nacional a la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño (CIDN), ya que derogó la Ley del Patronato, que durante décadas guió los modos de intervención sobre la niñez.

-3- A este marco jurídico se suman en la Ciudad de Buenos Aires la Ley de Protección Integral (n° 114) y la Ley de Salud Mental (n° 448), que en la misma dirección deben transformar el paradigma existente.

-4- Este subsistema está conformado por 33 hospitales –13 hospitales generales de agudos, 2 pediátricos, 4 de Salud Mental, 10 de otras especializaciones, 3 odontológicos, 2 centros de Salud Mental– y un primer nivel de atención conformado por 41 Centros de Salud y Acción Comunitaria (CESAC). Todos los hospitales cuentan con servicios de Salud Mental y con equipos de atención específica para la población infanto-juvenil.

-5- Conceptos vertidos en la clase dictada el 8 de mayo de 2007 en la materia Psicosis y Autismo Infantil, del Programa de Actualización en Clínica Psicoanalítica con Niños. Teoría y Práctica, Intersecciones con otras disciplinas, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires (inérito).

-6- Los hogares convivenciales y los hogares de atención especializada son dos de las distintas modalidades de atención tercerizadas en diferentes ONGs, que se diferencian principalmente en función de la definición de su población objetivo. Según la DGNyA, los hogares convivenciales están dirigidos a niñas, niños y adolescentes que presenten una autonomía y maduración psicofísica acorde a su edad y les permita desarrollar una vida cotidiana socialmente integrada. En cambio, los hogares de atención especializada están destinados a niñas, niños y adolescentes que presenten cuadros psicopatológicos que requieran de un abordaje especializado en Salud Mental, y deben incluir de manera obligada un médico psiquiatra (Michalewicz, 2010).

-7- Para la Dirección de Niñez del GCBA, una vez que un niño alojado en un hogar convivencial era internado en el hospital no podía volver y debía ser incorporado a un hogar de atención especializada.

-8- Criterios de selección de buenas prácticas basados en documentos de la Organización de las Naciones Unidas y en la perspectiva de los derechos humanos, especialmente de la CIDN-Unicef, como marco de identificación (Foro Mundial sobre planes nacionales de acción para la infancia. Buenas prácticas en el marco de la CIDN, 2004) y Criterios de Buenas Prácticas de la Red de Intercambio de Buenas Prácticas en el campo de los Servicios Sociales, de Salud de Base y Salud Mental de la Agencia de Salud de Trieste (ASS1) – Centro de colaboración de OMS-OPS para la Salud Mental– y la Región Friuli-Venecia Giulia (FVG).

Bibliografía

Acuña, C. y M. Bolis (2005). "La estigmatización y el acceso a la atención de salud en América latina: Amenazas y perspectivas". OPS-OMS. Presentado en el 29° Congreso de la Academia Internacional de Derecho y Salud Mental. París, 4 a 8 de julio.

Barcala, A. (2011). Dispositivos e intervenciones en Salud Mental infantil en la Ciudad de Buenos Aires. Premio Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires.

Barcala, A., F. Torricelli, C. Brio, N. Vila y J. Marotta (2007). "Características de los Servicios asistenciales para niños/as con trastornos mentales graves en la Ciudad de Buenos Aires, Argentina", en Revista de Investigaciones en Psicología. Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, año 12, N° 3, pp. 7-24.

Barcala, A., F. Torricelli y P. Álvarez Zunino (2008). "Programa de atención comunitaria a niños/as y adolescentes con trastornos mentales severos: una construcción que articula la experiencia clínica, la investigación académica y su transferencia al sistema sanitario". Premio Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires.

Bauman, Z. (2007). Vidas desperdiciadas. La modernidad y sus parias. Buenos Aires: Paidós.

Bleichmar, S. (2005). La subjetividad en riesgo. Buenos Aires: Topia.

Bourdieu, P. (1999). La miseria del mundo. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.

Conrad, P. (1982). "Sobre la medicalización de la anormalidad y el control social", en David Ingleby (ed.) Psiquiatría crítica. La política de la salud mental, pp.129-154. Barcelona: Crítica-Grijalbo.

Conrad, P. y J. Schneider (1992). Deviance and medicalization: from badness to sickness. Philadelphia: Temple University.

Faraone, S., A. Barcala, E. Bianchi y F. Torricelli (2009). "El rol de la industria farmacéutica en los procesos de medicalización/medicamentación de la infancia", Margen, Revista de Trabajo Social, N° 54. Vergara.

Foucault, M. (1996). La vida de los hombres infames. Altamira.

Galende, E. (1997). "Situación actual de la salud mental en la Argentina, en Revista Salud, Problemas y Debate, pp. 22-31.

GCBA (s./f.). "Banco de datos, Salud, Movimiento hospitalario 1993-2005". Disponible en <http://goo.gl/03mQtM>.

Janin, B. (2007). "La construcción de la subjetividad y los diagnósticos invalidantes", en Novedades Educativas, año 18, n° 196, pp. 5-15.

Jodelet, D. (1986). "Fou et folie dans un milieu rural français. Une approche monographique", en W. Doise y A. Palmonari (eds.), L' étude des représentations sociales, pp.171-192. Neuchâtel, Delachaux y Niestlé.

Ministerio de Salud de la Nación (2011). "Más de mil personas con trastornos mentales severos continúan sus tratamientos fuera del manicomio". Disponible en <http://goo.gl/wMuvvC>.

Michalewicz, A. (2010). "Accesibilidad a la atención en salud mental de los niños, niñas y adolescentes alojados en hogares convivenciales (ONG) en convenio con la DGNyA de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires", en Investigaciones en Psicología, Revista del Instituto de Investigaciones de la Facultad de Psicología, año 15, n° 2.

Roudinesco, E. (2005). El paciente, el terapeuta y el Estado. Buenos Aires: Siglo XXI.

Stolkiner, A. (2009). "Niños y adolescentes e instituciones de Salud Mental", en S. Calveyra y V. De Gemmis (comps.). Del invento a la herramienta. Buenos Aires: Polemos.

Todorov, T. (1991). La conquista de América. El problema del otro. México: Siglo XXI.