



UNIVERSIDAD NACIONAL
DE MAR DEL PLATA
.....

FACULTAD DE PSICOLOGIA

SECRETARIA DE INVESTIGACION, POSGRADO Y
RELACIONES INTERNACIONALES

**CARRERA DE ESPECIALIZACION EN
INFANCIAS E INSTITUCIONES**

OCS 1708/11

COHORTE 2013

TRABAJO FINAL INTEGRADOR

**AUTOMATISMO EN LAS DERIVACIONES A
SALUD MENTAL INFANTO JUVENIL:
¿TRATAMIENTO O DAR TRATO?**

DIRECTORA: DRA MERCEDES MINNICELLI

COORDINADORA PEDAGOGICA: ESP. ROSANA MANEIRO

ALUMNA: ILEANA ELISABET MARTIN

DIRECTORA: DRA VIVIANA IBAÑEZ

FECHA DE PRESENTACION: diciembre 2015

RESUMEN

Este trabajo se encuadra en el marco de la Carrera de Especialización en Infancia e Instituciones. En este recorrido hemos visto como con las nuevas legislaciones en materia de infancia y adolescencia y de Salud Mental, se han creado innumerables servicios de atención interdisciplinaria para abordar la problemática que involucran a niños, niñas, adolescentes y sus familias. Nos encontramos con numerosos profesionales de distintas instituciones, que intervienen sobre un mismo sujeto. Cada uno define lo que “no es de su incumbencia” y de esta forma determinan “nosotros no hacemos tratamiento”. Como consecuencia se deriva automáticamente a Salud Mental Infanto Juvenil lo que provoca un desborde.

La problemática a abordar, en una articulación teórico -práctica, es el significativo número de derivaciones en Salud Mental Infanto Juvenil. El escenario para llevar adelante las prácticas es un Hospital Público (Gral. Pico. La Pampa) que cuenta con un Sector de Salud Mental cuyo Equipo Técnico está formado por psiquiatra, asistente social y dos psicólogas. Es un centro de derivación por tener la única psiquiatra infantojuvenil de la región, y cuya zona de influencia es la provincia y localidades de provincias limítrofes.

Tomamos como foco de atención, el área de educación, en particular al CAE (Centro de apoyo escolar) quienes cuentan con varios equipos técnicos y su nivel de intervención es desde jardín a tercer grado. Ellos

detectan situaciones problemáticas, las definen como patológicas e inmediatamente derivan a Salud Mental.

Nos proponemos revisar con “otros” los conceptos que se manejan de infancia, de patologías, de criterios de derivación y el cambio de paradigmas para habilitar condiciones de posibilidad donde todo parece imposible. Esto es “dar trato” a las problemáticas en una intervención interinstitucional e interdisciplinaria.

Generar movimientos provoca malestar, una incomodidad estresante para algunos pero generadora de posibilidad para otros.

INDICE

Presentación.....	6
Introducción.....	8
Prácticas Institucionales Interdisciplinarias: se hace camino al andar.....	10
A. Identificación y delimitación del problema.....	10
B. Población beneficiaria.....	13
C. Perfiles profesionales.....	14
D. Análisis situacional.....	16
E. Fundamentación.....	17
F. Descripción del plan de trabajo.....	19
I. Objetivos.....	19
II. Actividades.....	21
III. Cronograma de trabajo.....	22
G. Las Prácticas Institucionales Interdisciplinaria.....	26
H. Resultados obtenidos en las Prácticas Institucionales Interdisciplinarias.....	32
Infancias.....	33
Del “Menor” al “Niño, Niña y Adolescente”.....	37

Patologización de la Infancia: un concepto con historia.....	41
La infancia en las Instituciones. Las Instituciones en la Infancia.....	59
¿Tratamiento o Dar Trato?.....	67
Algunas Reflexiones Finales.....	77
Bibliografía.....	80

PRESENTACIÓN

Este Trabajo Final Integrador, se realiza en el marco de la Carrera de Especialización en Infancias e Instituciones, dictada en la Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Mar del Plata. Nos proponemos un recorrido teórico y práctico que nos permita revisar, conocer y profundizar los conceptos centrales de Infancias e Instituciones que hoy nos convoca. Este recorrido a través de las distintas asignaturas habilita desandar viejos caminos y construir otros, posibilitando una mirada de la infancia desde lo histórico, lo social, lo político, sostenidos desde el psicoanálisis, que da lugar a pensar, repensar y cuestionarnos en nuestra práctica cotidiana.

Desde el año 2005 contamos para la intervención con nuevas legislaciones en materia de Protección de Derechos de la Infancia y Adolescencia (Ley Nac. 26061 y Ley Prov. La Pampa 2703) y en materia de Salud Mental (ley 26657).

Así mismo se han creado innumerables servicios de atención interdisciplinaria para abordar las problemáticas que involucran a niños, niñas y adolescentes.

Como parte de un equipo interdisciplinario de Salud Mental Infante Juvenil, la problemática que nos ocupa es el exceso de demandas de tratamiento, tanto psicológico como psiquiátrico, un automatismo en las derivaciones al Sector que ha provocado un desborde.

Nos encontramos con un gran número de profesionales pertenecientes a distintas instituciones, todos interviniendo sobre un mismo sujeto niño, niña y/o adolescente. Es así cuando cada uno empieza a definir lo que “no es de su incumbencia”.

Muchas veces escuchamos que estos equipos de educación, justicia, municipalidad, otros centros de salud, etc., refieren “nosotros no hacemos tratamiento”; y como consecuencia de esto se deriva automáticamente a Salud Mental.

Es así como llegan al Sector Infanto Juvenil de Salud Mental un significativo número de demandas de tratamiento, tanto psicológico como psiquiátrico, provocando un desborde. Esto nos enfrenta con la problemática que se ha trabajado: exceso de derivaciones para tratamiento en salud mental, y de lo que se intentará dar cuenta en este trabajo a través de la articulación teórico práctica, dando lugar a nuevos interrogantes generadores de posibilidad de pensar otras formas de intervención.

INTRODUCCIÓN

En el recorrido teórico y articulación con las prácticas institucionales interdisciplinarias en un intento de dar respuestas y/o abrir nuevos interrogantes, realizamos este trabajo final integrador, transitando por los cambios de paradigmas legislativos, las viejas y nuevas concepciones de la infancia, la patologización y la mirada que tenemos los profesionales de esos niños, niñas y adolescentes, el abordaje de la problemática en las prácticas pensando e intentando dar lugar a la creación de nuevos dispositivos para dar respuesta a el interrogante ¿tratamiento o dar trato?.

Dar una mirada a las nuevas Legislaciones en materia de Derechos de Infancia y Adolescencia(Ley Nac. 26061 y Ley Prov. 2703), como así también la nueva Ley de Salud Mental(Ley 26657), nos enfrenta con un cambio de paradigma que nos llena más de interrogantes que de certezas. Estos nos obligan a pensar en transformaciones que redunden en un mejor “trato” de las problemáticas de la niñez y adolescencia, como así también la revisión de saberes que ya no son tan eficaces a la hora de atender, comprender y “dar trato” a las formas de presentación de las problemáticas que afectan o involucran a niños, niñas y adolescentes.

Es así que desde hace algunos años la infancia se ha convertido en el objeto de estudio de distintas disciplinas, y estos estudios impactan directamente en el modo de concebir a la infancia. Y al hablar de infancia nos remite a las instituciones, no sólo como organizaciones que constituyen lo social sino como instituyentes de la subjetividad.

Hemos sido invitados a participar del cambio de paradigma que implica dejar de diferenciar “al menor” (con toda una connotación negativa) del “niño”. Abandonar viejas concepciones donde el niño era objeto de protección y construir un discurso nuevo donde niños, niñas y adolescentes son nombrados como sujetos de derecho.

Desde tiempos remotos lo diferente se puso en otro lugar, un lugar que se corresponde con lo patológico. Se construyeron teorías, se crearon distintos dispositivos que dieran cuenta de aquello que se alejaba de aquello considerado normal.

Estamos obligados a repensar las prácticas y competencias profesionales con la finalidad de promover estrategias de intervención dirigidas a la producción de subjetividad en los diferentes escenarios de desempeño profesional. Se hace necesario habilitar un campo de problematización que posibilite comprender y operar sobre comportamientos de niños, niñas y adolescentes que no se presentan como los esperables, predecibles o definidos normales y las instituciones que los involucran.

Tener una mirada crítica nos permite cuestionarnos sobre quien recae el estigma del problema, quien lo padece, quien lo fomenta y quien no puede o no quiere hacer nada. Ya no podemos pensarnos solos con nuestra disciplina, es necesario la interdisciplina para abordar los problemas. Y en lo particular, ya no podemos los psicólogos pensarnos encerrados entre cuatro paredes, debemos buscar la forma de traspasar los muros.

PRÁCTICAS INSTITUCIONALES
INTERDISCIPLINARIAS:
SE HACE CAMINO AL ANDAR

A. IDENTIFICACIÓN Y DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

El Sector Infanto Juvenil de Salud Mental, pertenece a un Hospital General Polivalente Público de la ciudad de General Pico, La Pampa. Este Sector tiene como área de influencia la zona norte de La Pampa, algunas localidades cercanas que pertenecen a provincias limítrofes. Como psicóloga que integra el Equipo Técnico del Sector Infanto Juvenil de Salud Mental, junto a una psiquiatra, una asistente social y otra psicóloga, nos enfrentamos a diario con dificultades que nos llevan a repensar nuestra práctica y a cuestionarnos sobre nuestro trabajo con los niños, niñas y adolescentes y con otras instituciones.

Dentro del Equipo contamos con la única psiquiatra infantil como referente dentro del ámbito público, por ello también llegan derivaciones o interconsultas del resto de la provincia que las abordamos todo el equipo. Es así que la preocupación en este Sector es el “significativo número de derivaciones para atención”, ya que se reciben demandas de educación, de justicia y de otros centros de salud.

Todos estos ámbitos (educación, justicia y salud) tienen sus propios equipos quienes son los que detectan el/los problemas y derivan demandando atención en el Sector, lo que causa desborde ya que al

hacer las admisiones se advierte que no hay tales patologías y que no es necesaria la atención en salud mental y que es posible “dar trato” a las problemáticas que surgen dentro de los ámbitos mencionados.

El malestar que ésta situación genera influye en nuestras intervenciones, lo que nos lleva a preguntarnos sobre nuestra práctica. Interrogantes que luego del recorrido teórico en las asignaturas y seminarios de la Especialización en Infancias e Instituciones, y llegado el momento de las prácticas institucionales interdisciplinarias (PII) dieron origen a la problemática que trabajamos y abordamos.

Si bien la problemática atraviesa a varias instituciones, a los fines de estas prácticas se decidió hacer un recorte, es por ello que se va a tomar como foco de análisis el ámbito de la educación teniendo como objeto de estudio el CAE. El CAE (Centro de Apoyo Escolar) cuenta con varios equipos técnicos. Estos equipos tiene intervención en el nivel inicial, primero, segundo y tercer grado.

Es así que hay varios equipos CAE que detectan situaciones problemáticas y derivan al único equipo de salud lo cual provoca un desborde. Un exceso como consecuencia de un automatismo en la derivación.

La desorientación de muchas de las disciplinas que intervienen en el campo de la infancia se halla con la aparición de fenómenos nuevos que cuestionan, muchas veces, la estructura misma de esos discursos (Tizio. 2002 p.209).

La paradoja está dada en que estos equipos CAE desconocen el alcance de sus incumbencias, encontrando limitaciones para intervenir. En el “decir” de estos equipos se encuentra el punto ciego: “solo

hacemos seguimiento” refieren ante las preguntas. Punto ciego que invita a cada disciplina a interrogarse a sí misma.

Punto ciego de la represión pulsional, de la prohibición del incesto, del lazo social, del malestar colectivo que permite volver a interrogar la relación de cada disciplina consigo misma en este punto nodal. (Assoun y Zafiropoulos. 2006 p.52)

Para sintetizar el problema a estudiar y abordar, se podría definir de la siguiente manera: Exceso de demanda en Salud Mental Infanto Juvenil por automatismo en la derivación de otras instituciones: ¿tratamiento o dar trato?

B. POBLACIÓN BENEFICIARIA

En este punto creemos que, los beneficiarios en primer lugar serán los niños y niñas que innecesariamente entran en el circuito de la Salud Mental cuando no tienen patologías.

Por otro lado, los otros beneficiarios, son los profesionales de los Equipos Técnicos de Salud y los CAE ya que abriéndose un espacio de escucha e intercambio se posibilitara pensar nuevas formas de abordaje de las problemáticas, sin depositar en los niños y niñas eso que se llama “patología” y que estigmatiza y etiqueta a la infancia hasta su último día de escolarización.

C. PERFILES PROFESIONALES

Los Equipos del CAE están formados cada uno por psicóloga, asistente social, psicopedagoga, fonoaudióloga, maestra recuperadora. Estos Equipos trabajan con varias instituciones escolares y allí van detectando problemas. De esta forma, una vez detectado el problema lo derivan a las instituciones que corresponda. Es así que si hay una docente que refiere algún problema en algún niño este inmediatamente es derivado a Salud Mental. Esta derivación se hace de diversas formas: envían a los padres, quienes no saben bien porque tiene que llevar a su hijo/a al tratamiento; llaman al Sector Infante Juvenil de Salud Mental solicitando un turno sin explicación alguna; remiten informes pocos claros. Cuando intentamos preguntar o hablar sobre la derivación en cuestión, son reticentes, se ponen a la defensiva, y terminan cualquier posibilidad de dialogo diciendo “nosotros no hacemos tratamiento, solo hacemos seguimiento”.

Mercedes Minnicelli (2008) cita a Agamben quien plantea un acercamiento a la definición de Dispositivo por parte de Foucault en una conferencia de 1977

Lo que trato de indicar con este nombre es, en primer lugar un conjunto resueltamente heterogéneo que incluye discursos, instituciones, instalaciones arquitectónicas, decisiones reglamentarias, leyes, medidas administrativas, enunciados científicos, proposiciones filosóficas, morales, filantrópicas, brevemente, lo dicho y también lo no- dicho, estos son los elementos del dispositivo. El dispositivo mismo es la red que se establece entre estos elementos;
...por dispositivo, entiendo una especie –digamos- de formación que tuvo por función mayor responder a una emergencia en un determinado momento. El dispositivo tiene

pues una función estratégica dominante...El dispositivo está siempre inscripto en un juego de poder;

Lo que llamo dispositivo es mucho un caso mucho más general que la episteme. O, más bien, la episteme es un dispositivo especialmente discursivo, a diferencia del dispositivo que es discursivo y no discursivo. (Minnicelli, 2008,p.2)

Siguiendo esta definición que implica que un dispositivo se construya para resolver una situación poniendo en juegos una red de elementos tales como:

- las leyes que hablan sobre la Protección Integral de los Derechos de Niños/as y Adolescentes (ley nac. 26061 y ley prov. 2703), la Ley de Salud Mental (ley 26657).
- la concepción de infancia y de problema/patología que se tienen desde educación y las que se tienen desde salud.
- los tiempos administrativos que son muy estructurados, rígidos en algunas instituciones y más relajados en otras.
- los Equipos Técnicos de Educación y el Equipo Técnico de Salud.
- el Hospital, más precisamente, el Sector Infanto Juvenil, como lugar para realizar las reuniones para el trabajo de los equipos.

D. ANÁLISIS SITUACIONAL

Los tiempos de la dinámica escolar son distintos a los tiempos en salud. Es por esto que el escenario institucional que se presenta con mejores condiciones para interactuar con los otros profesionales es el Sector Infante Juvenil de Salud Mental, lugar donde se dirigen las demandas, donde está puesto el supuesto saber, donde circula la idea de la solución al/los problemas

Cuando se interpela a los CAE sobre un determinado caso refieren que “solo hacen seguimiento”. “Fulano es terrible”. Figura del niño salvaje (De Lajonquiere, 2013) al que hay que aislar, mantener lejos y estudiarlo minuciosamente para conocer las diferencias.

No hay palabras, no hay escucha, no hay un otro que pueda alojar el malestar y resignificarlo. Y así todo se vuelve violento. Tanto para los adultos como para los niños/as.

E. FUNDAMENTACIÓN

A lo largo de la cursada de la Especialización pudimos reflexionar y mirar el malestar como posibilidad de actuar y dejar de verlo como lo que “siempre fue así” y de lo que no se puede salir. Algunos, hemos podido compartir con nuestros Equipos de trabajo los aportes recabados en la carrera, generando interrogantes, provocando movimientos. Como dice Mercedes Minnicelli, crear condiciones de posibilidad allí donde todo parece imposible. Esto llevo a plantear el problema a intervenir. Poder pensar que a la demanda de “tratamiento” se le puede dar otra mirada, y “dar trato” a los problemas, es lo que empezó a circular en el Equipo Técnico Interdisciplinario de Salud Mental Infanto Juvenil.

El malestar de lo que no se pone en palabras, de lo que se presenta como terminante y definitivo porque “siempre fue así”, va generando una queja interminable, una sensación de soledad, una paralización que no lleva a ninguna parte. La tendencia es a encerrarse entre cuatro paredes y no salir. Malestar más malestar. Una ecuación sin solución posible.

Poder hablar del malestar, no solo dentro de un equipo en una institución, sino abrir la posibilidad de interactuar con otro equipo de otra institución, abre la posibilidad de otra cosa. Los nuevos paradigmas legislativos nos obligan a cambiar la mirada que tenemos sobre la infancia y sobre nuestro trabajo. Ya no podemos hablar de un número de legajo o de un diagnóstico. Nuestros niños y niñas tienen nombre, tienen familia y tienen historia.

Es cierto que la problemática que se nos presenta a diario es cada vez más compleja, que se nos impone de una forma tremendamente violenta.

Por esto cada vez se crean mayor cantidad de dispositivos de atención interdisciplinaria (Minnicelli, 2013), los que se declaran incompetentes para abordar ciertas problemáticas. Subyace la creencia que todo debe ser psicologizado y medicalizado, y así es como todo termina en un Servicio de Salud Mental. De esta forma se cierra la posibilidad de articulación interinstitucional.

Adultos, profesionales “quemados” (Minnicelli, 2013), sobrepasados por situaciones que se presentan en “carne viva”, realidad que supera a la ficción. Adultos paralizados, niños/as a la deriva.

Si bien es muy amplio y abarca a muchos ámbitos, instituciones y equipos técnicos interdisciplinarios, es necesario hacer un recorte muy delimitado, por esto se eligió al CAE que trabaja con una población específica, con una franja de edad delimitada y quienes manifiestan un automatismo en la derivación que, junto a otras instituciones, nos desborda en la demanda de atención.

F. DESCRIPCIÓN DEL PLAN DE TRABAJO

I. OBJETIVOS

OBJETIVOS GENERALES:

- Definir problemas y demandas para el diseño del dispositivo de intervenciones interinstitucionales interdisciplinarias como estrategias para abordar en el campo de las problemáticas que involucran y/o afectan a niños, niñas y adolescentes y sus entornos familiares.
- Promover el análisis crítico :
 - de la influencia que las concepciones de infancia y sus instituciones que tienen en el abordaje de las diferentes disciplinas en relación con los dispositivos de atención de los problemas de la infancia y de la adolescencia.
 - del impacto de las prácticas profesionales sobre la subjetividad de niños, niñas y adolescentes para disminuir la victimización secundaria.
- Producir nuevos interrogantes e hipótesis, en pos de construir dispositivos de intervención institucional interdisciplinarios aptos para el tratamiento de las problemáticas que se presentan en los diferentes escenarios de desempeño y desde las incumbencias de las disciplinas de base.
- Analizar, diseñar e implementar dispositivos institucionales interdisciplinarios.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Abrir espacios de intercambio interinstitucional donde se ponga en juego la palabra a través del análisis de caso que involucren a ambas instituciones.
- Analizar las formas actuales de intervención tanto del CAE como las del Sector Infanto Juvenil de Salud Mental.
- Definir problemas para el diseño del dispositivo de intervención interinstitucional.
- Analizar, diseñar e implementar dispositivos de intervención institucionales interdisciplinarios.

II. ACTIVIDADES

- Reuniones interinstitucionales con Jefas y Coordinadoras, para Crear un espacio de intercambio para acercarnos a las concepciones de infancia, intervención y problemas.
- Reuniones interinstitucionales de profesionales para definir tratamiento y/o dar trato.
- Trabajar en conjunto los casos que el CAE derive para definir modos de abordaje.
- Hacer ateneos de aquellos casos que se esté interviniendo desde las dos instituciones.
- Espacios de reflexión y análisis dentro de nuestro Equipo de las prácticas e intervenciones.
- Supervisiones con docentes de la Carrera de Especialización en Infancia e Instituciones.
- Ateneos con otros alumnos y docentes de la Especialización.
- Construcción de instrumentos de intervención.

III. CRONOGRAMA DE TRABAJO

Fecha y horario	Actividades	Horas cumplimentadas
13-08-2014 De 9a 10.30hs.	Trabajo con CAE. Caso Gabriel	1.30 horas
13-08-2014 De 10.30 a 12	Reunión del equipo Infanto juvenil	3 horas
14-08-2014. de 10 a 12 hs	Trabajo con CAE. Caso Axel	5 horas
15-08-2014 de 11 a 12 hs	Reunión equipo Infanto juvenil	6 horas
19-08-2014 de 10 a 12 hs	Trabajo con CAE, caso Kiara	8 horas
20-08-2014 de 9 a 12 hs	Reunión-supervisión Infanto juvenil	11 horas
22-08-2014 de 9 a 11 hs	Supervisión-grupo de estudio Infanto Juvenil con Supervisor externo	13 horas
25-08-2014 de 10 a 12 hs	Trabajo con CAE, caso Axel	15 horas
27-08-2014 de 9 a 12 hs	Ateneo Infanto Juvenil. Gestión reunión con jefa los CAE y sus equipos	18 horas
28-08-2014 de 10 a 12 hs	Trabajo con CAE, caso Agustín	20 horas
29-08-2014 de 11 a 12 hs	Reunión de equipo Infanto juvenil	21 horas

Fecha y horario	Actividades	Horas cumplimentadas
01-09-2014 de 10 a 12 hs	Trabajo con CAE, caso Thiago	23 horas
03-09-2014 de 9 a 12 hs	Reunión E. Infanto juvenil. Gestión reunión jefa de los CAE y sus equipos	26 horas
04-09-2014 de 10 a 12 hs	Trabajo con CAE, caso Agustín	28 horas
05-09-2014 de 11 a 12 hs	Reunión E. Infanto Juvenil.	29 horas
08-09-2014 de 10 a 12 hs.	Trabajo con CAE, caso Axel.	31 horas
10-09-2014 de 8 a 10 hs.	Reunión con jefa de los CAE y sus Equipos para acordar trabajo interinstitucional	33 hora
10-09-2014 de 10 a 12 hs	Análisis de la reunión interinstitucional en el equipo Infanto juvenil	35 horas
12-09-2014 de 11 a 12 hs	Reunión E. Infanto juvenil	36 horas
15-09-2014 de 10 a 12	Trabajo con CAE, caso Agustín	38 horas
17-09-2014 de 9 a 12 hs	Reunión-ateneo equipo Infanto juvenil	41 horas
18-09-2014 de 10 a 12 hs	Trabajo con CAE, caso Bautista	43 horas

Fecha y horario	Actividades	Horas cumplimentadas
19-09-2014 de 11 a 12 hs	Reunión E. Infanto juvenil.	44 horas
22-09-2014 de 10 a 12 hs	Trabajo con CAE, caso Thiago	46 horas
24-09-2014 de 9 a 12 hs	Reunión-supervisión E. Infanto juvenil. Gestión nueva reunión interinstitucional con la jefa y los equipos CAE	49 horas
26-09-2014 de 9 a 11 hs	Supervisión-grupo de estudio E. Infanto Juvenil con supervisor externo	51 horas
29-09-2014 de 10 a 12 hs	Trabajo con CAE, caso Kevin	53 horas
01-10-2014 de 9 a 12 hs.	Reunión-ateneo E. Infanto juvenil. Gestión nueva reunión interinstitucional con la jefa y los equipos CAE	56 horas
02-10-2014 de 10 a 12 hs	Trabajo con CAE, caso Bautista	58 horas
03-10-2014 de 11 a 12 hs	Reunión equipo técnico Infanto juvenil	59 horas
06-10-2014 de 10 a 12 hs	Trabajo con CAE, caso Thiago	61 horas
08-10-2014 de 9 a 12 hs.	Reunión-supervisión E. Infanto juvenil.	64 horas
09-10-2014 de 16 a 19:30 hs	Supervisión con docente de la Especialización	67,30 horas

Fecha y horario	Actividades	Horas cumplimentadas
10-10-2014 de 10 a 13.30 hs	. Supervisión con docente de la Especialización	71 horas
15-10-2014 de 9 a 12 hs.	Reunión E. Infanto juvenil. Cierre de las prácticas.	74 horas

G. LAS PRÁCTICAS INSTITUCIONALES INTERDISCIPLINARIAS

El Hospital Gobernador Centeno está ubicado en General Pico, La Pampa. Dista 130 km de Santa Rosa, la capital provincial. Es un hospital general polivalente que fue creado en 1914, y su área de influencia es la zona norte¹ de la provincia, como así también algunas localidades de provincias vecinas.

El Servicio de Salud Mental del Hospital tiene dos Sectores, uno de adultos y otro Sector Infanto Juvenil, éste último se crea en 1992 con un equipo técnico inicial de una psiquiatra infantil, una psicóloga y una asistente social que se sostiene hasta la fecha. En 2005 se incorpora a este equipo una psicóloga más. Quedando actualmente conformado el equipo por dos psicólogas, una asistente social y una psiquiatra infantil.

El Sector Infanto Juvenil cuenta con la única psiquiatra infantil dentro del ámbito público de toda la provincia, por lo cual no solo se atiende al área de influencia, las localidades de provincias vecinas, sino que se incluyen consultas y derivaciones de toda la provincia de La Pampa.

El encuadre de trabajo del Sector consta de una primera entrevista de admisión. Estas entrevistas se realizan con el/los adultos responsables del niño/a o adolescente por el que se consulta, y pueden ser espontaneas, es decir por solicitud de las familias, o por derivaciones de otras instituciones (educación, justicia, salud, municipios, etc). En éste

¹ La zona norte de La Pampa comprende las localidades de General Pico, Realicó, Parera, Quetrequen, Rancul, Embajador Martini, Ingeniero Luiggi, Arata, Caleufú, La Maruja, Eduardo Castex, Conhello, Rucanelo, Trenel, Monte Nieves, Villa Mirasol, Colonia Baron, Bernardo Larroudé, Intendente Alvear, Quemu Quemú, Alta Italia, Miguel Cané.

último caso, al hacer las admisiones, empezamos a darnos cuenta que no había tales patologías, que no era necesaria la atención en salud mental y que es posible “dar trato” a las problemáticas que surgen dentro de los ámbitos o instituciones que derivan.

Ciertamente ser el único equipo que hace tratamiento, hace que las demandas y derivaciones sean masivas e invasivas y se sientan presión por parte de las otras instituciones que necesitan una respuesta inmediata a sus pedidos. Esto generaba un desorden al que no encontrábamos forma de ordenar y que generaba mucho malestar entre las integrantes del equipo. El tema recurrente en cada una de nuestras reuniones era como parar la demanda. Pensamos muchas estrategias con poco sustento ya que no daban resultado. Esto dejó a la vista a un equipo de muchos años, con una estructura muy rígida al cual el cambio de paradigma actual obligaba a repensar la práctica y poner a andar otro dispositivo. En este contexto se pone en marcha mi práctica institucional interdisciplinaria.

Fue así como en agosto, después del receso invernal, empezaron a llegar derivaciones de educación al Sector Infante Juvenil. Estas derivaciones por ejemplo se daban de la siguiente manera: llegaban padres con papeles escritos de puño y letra por una docente describiendo situaciones que involucraban a un nene/a y por el cual pedían que se les diera tratamiento. Estos papeles eran tan informales como una hoja arrancada del cuaderno, una hoja que tenía otra cosa escrita atrás, un pedacito chiquito de papel. Los padres, no entendían muy bien cuál era el motivo por el cual “la maestra” les decía y le daba “el Informe” para que pidieran un turno en Salud Mental.

Otro ejemplo de tales derivaciones es cuando venían los padres, luego de haber tenido una reunión en la escuela, con la indicación de realizar un tratamiento psicológico/psiquiátrico porque el niño/a estaba tan mal en la escuela que no sabían que hacer. Exigiendo que se les envié sugerencia para “tratar al niño” y se les diera certificado a los padres para presentar en la escuela para que supieran que estaban cumpliendo con el tratamiento. Todo esto era de boca en boca, sin ningún pedido o nota formal. A esto también se suma, que hay docentes que por fuera de lo formal y en secreto les piden a los padres que los lleven a tratamiento pero que no les digan a nadie (ni a la directora de la escuela) porque el CAE tiene muy mala atención y el niño/a tiene riesgo de perder el año. Esto genera mucha angustia en los padres y se originan serios conflictos familiares.

Otro ejemplo de la forma en que se presentaba la demanda, era con la llegada espontánea de directores de escuelas primarias al Infanto Juvenil, con mucha angustia, desesperados, descompensados, solicitando ayuda ya que, habiendo recorrido y recurrido a todas las instancias formales para pedir ayuda, se sentían solos, desorientados, teniendo dificultades con alguna maestra o con algún niño/a, y no logrando ser escuchados por las instancias previas a un servicio de Salud Mental. (Esto es: las coordinaciones de primaria y los CAE).

Lo último que tomamos como ejemplo son las tradicionales derivaciones del CAE, por nota formal, con un informe desfavorable sobre un niño/a y su familia. Dando cuenta de todo lo malo e irrecuperable del sujeto en cuestión. Sin diagnóstico (o con un mal

diagnóstico, por no haber sido evaluado) y con la bien conocida frase “no hacemos tratamiento”.

Ante estas situaciones comenzamos a llamar a la Sede del CAE casi a diario. Es así que vamos poniéndonos en contacto, hablando y trabajando con los diferentes equipos a cargo de las distintas escuelas donde estaban los chicos/as por los que se consultaba. (Hay cinco equipos por la mañana y cinco equipos por la tarde, cada uno con psicóloga, asistente social, psicopedagoga, etc. que tiene un cierto número de escuelas para atender). Comenzamos a trabajar específicamente cada uno de los casos con el equipo CAE que tenía injerencia sobre la escuela correspondiente a veces en la Sede del CAE otras veces en el Infante Juvenil. Es así que se hizo necesario pedir la reunión con la Jefa del CAE.

Cuando, luego de varios llamados intentando que nos pasaran con la Jefa, nos comunican con la subjefa, quien nos dice que la jefa esta de licencia. Muy reacia a nuestro pedido, y después de insistir y darle específicas fundamentación de porque era necesario que ambos equipos (salud y educación) nos reuniéramos, accedió. En esta charlas previas con la subjefa antes de la reunión general, nos contó que la jefa estaba de licencia por estrés laboral, que todo era un caos, y que ella estaba a cargo pero que no sabía muy bien cómo llevar adelante la situación.

Finalmente se concretó la reunión. Para esta instancia, ya se había trabajado con varios de los equipos, esto facilitó mucho la aceptación de ponernos a trabajar sobre lo que estaba pasando. Todas las profesionales estaban con muchas ganas de salir de la queja y pasar a la acción. He aquí la dificultad: la subjefa estaba reactiva, irreconciliable,

se veía por un lado ella y por el otro sus equipos, ante cada propuesta aparecía el PERO de su parte.

Expresaron la falta de reconocimiento que sentían de parte de los docentes, ya que no las llamaban, no se enteraban de lo que pasaba, no sabían que hacían este tipo de derivaciones las escuelas. También manifestaron que las escuelas no respondían a las sugerencias que ellas hacían. Que las descalificaban. Que las presionaban para que derivaran a un chico que no necesitaba tratamiento. Que las peleas con directores y maestras eran terribles y que se angustiaban mucho. Que tenían bajadas de líneas poco clara desde los superiores a nivel ministerial, que les decían que es lo “que pueden o no tiene que hacer” pero que no decían lo que debían hacer o no las dejaban actuar cuando era necesario. El malestar se manifestaba de diferentes maneras. Fue así que rescataron los conceptos que se trabajaron en la conferencia que Mercedes Minnicelli dictara en nuestra localidad el 27 de junio de 2014. Empezó a circular “como dijo Minnicelli...” Les impacto que alguien de afuera también hablara de “no hacemos tratamiento”, “somos 27 profesionales sobre un mismo chico”, “el lugar de los niños/as en las prácticas que quedan en medio de adultos que no pueden intervenir” “el malestar institucional atravesando a niños y a adultos” y la posibilidad de “ceremonias mínimas”. Y a estos conceptos se sumó unas jornadas sobre “Patologización de la Infancia” que dictó la Gabriela Dueñas en noviembre de 2013, también en nuestra localidad.

Surge de las profesionales del CAE, la propuesta de llevar estas inquietudes a sus superiores, coordinadores, directores, maestros, etc. una macro reunión para ser escuchadas. A lo cual respondimos que nos

parecía mejor ir más despacio, ir paso por paso, para poder escuchar y ser escuchadas, para ir produciendo cambios. En la multitud es difícil escucharse. Así es que sugerimos concretar la reunión con las dos coordinadoras de primaria y el delegado ministerial. Y fue así como se pusieron en movimiento para salir de la queja y empezar a caminar hacia un lugar de posibilidad dejando atrás el “no se puede hacer nada”.

A su vez continuamos con el abordaje interinstitucional de cada caso en particular, donde los dos equipos pensamos, decidimos y acordamos, logrando que muchos de estos nenes y nenas no lleguen a un tratamiento psicológico.

El hecho que el Infante Juvenil fuera a su Sede, escucharnos y establecer acuerdos fue algo positivo. Cabe aclarar: hay algo que circulaba y era que el Infante Juvenil siempre fue muy cerrado y nadie podía atravesar esos muros (ni entrar, ni salir). Puestos en un lugar de superioridad y de no accesibilidad.

Desde el Infante Juvenil, surgió la necesidad de comenzar a elaborar un protocolo para ordenar-ordenarnos en la recepción de demandas y derivaciones. Cuestión que nos obligó a repensar nuestra práctica para con los niños, niñas, y para con las instituciones. Aun hoy estamos trabajando con este protocolo. Ajustando a medida que vamos trabajando con las demás instituciones.

H. RESULTADOS OBTENIDOS EN LAS PII

La experiencia con el CAE permitió abrir puertas, escuchar a otros y ser escuchados, salir del lugar de omnipotencia que nos da el ser el único lugar de derivación de casos graves, ponernos a la par de otras instituciones y trabajar en conjunto. La elección del CAE fue un recorte de la realidad institucional con la que nos enfrentamos a diario, que nos da el puntapié inicial para repensar nuestras prácticas y competencia profesionales con la finalidad de promover nuevas estrategias de intervención “con otros” y no para otros. De esta forma problematizar nuestra práctica con el fin de generar condiciones de posibilidad donde todo parece imposible. Dejar atrás las cuatro paredes tradicionales de salud mental y salir para trabajar con otros en otro lugar. Esto no significa dejar de hacer “tratamiento”. Implica que al automatismo en la derivación, a la demanda de “tratamiento” se le puede dar otra mirada, y “dar trato” interinstitucional a los problemas desde las incumbencias específicas de cada Equipo Técnico de las diferentes Instituciones que trabajamos con la infancia y la adolescencia.

Empezar a mirar el malestar como posibilidad de actuar y dejar de verlo como lo que “siempre fue así” y de lo que no se puede salir es el primer paso que tenemos que dar para hacer algo con los niños y niñas en las instituciones. Primer paso de un largo y sinuoso camino que queda por recorrer.

INFANCIAS

Muchos hablamos hoy de la infancia. Se ha convertido en el objeto de estudio de muchas disciplinas como así también se ha desarrollado legislación que trata sobre el tema.

Cuando comenzamos la Carrera de Especialización en Infancias e Instituciones, tuvimos que definir ¿Qué es la infancia?, fue así como cada uno desde su disciplina, desde su recorrido institucional y desde su propia historia presentamos distintas definiciones. Vimos que a lo largo de la historia y en distintas épocas hubo formas diferentes de concebir la infancia, sujetas a los discursos médicos, legislativos, educativos, religiosos de cada comunidad.

En este sentido descubrimos la polisemia de término (Minnicelli, 2010), que nos enfrenta con una amplitud de significaciones de las distintas disciplinas que la toman como objeto de estudio y los diferentes sentidos que adopta. La autora dice que si se ubica el término infancia como significante, implica considerar que por su multivocidad, ocupa un lugar diferencial en la producción de sentido singular y colectiva sujeta al entramado argumentativo subjetivo que le da soporte.

(...) debemos considerar que infancia es un término polisémico de amplia circulación en nuestros tiempos. En tanto significante, opera en el hablante y se hace presente en “dichos y decires”, gracias a los que tanto se habla, como también se calla. (Minnicelli, 2010 p 39)

Siguiendo a De Lajonquiere (2013), se piensa a la infancia más allá del registro de edad cronológico, pasible de padecer representaciones sociales diversas, según la época y la geografía, ya sea para preservarla

o para superarla. Para producir infancia es necesario el infans: una indeterminación biológica muda. El niño es lanzado al lenguaje, pero tiene que ser capturado por él y tiene que ser sujetado.

El autor (2011) refiere que cuando un adulto muestra o enseña algo, no hace más que lanzar la palabra al ruedo. La palabra retorna a través del niño y así produce marcas. Pero el retorno implica tiempo, el necesario para adquirir una posición subjetiva con relación al deseo presente en el acto.

También dice (2011) que la renuncia de un adulto al acto de educar, la renuncia a dirigirle la palabra a un niño es una forma de infanticidio. Cuestión que en estos tiempos se torna común. El adulto debe tomarse un tiempo para dedicarle tiempo al tiempo, para que ese niño logre conquistar un poco de vejez que haga posible tener una infancia perdida.

Escucharlos no es tarea fácil. Lo que tienen para decir nos interpela. Escucharlos es el primer paso a seguir si es que algo deseamos hacer en conjunto con ellos y no, exclusivamente, para ellos. Darles la palabra a los chicos a fin de habilitar espacios de intercambio y diálogo con ellos hace estallar las instituciones. Darle lugar a la palabra de los chicos nos compromete. (Minnicelli, 2004, p. 14)

Infancia adjetivada: delincuente, adicto, peligroso, terrible, indomable, pobrecito, abandonado, golpeado, golpeador, abusado, abusador. Una infancia que se muestra sin límites, una infancia desbandada (Minnicelli, 2010). Los chicos y chicas transitan por distintas instituciones y en el recorrido institucional tiene un lenguaje propio: no escuchado por algunos, incomprensible para otros.

¿Quiénes hablan de infancia? La autora (2013) refiere que los niños no poseen el saber sobre la infancia, porque somos los adultos quienes podemos y decimos saber sobre ella. Pensar y preguntarnos como hablamos los adultos que intervenimos (profesionales de distintas disciplinas y de diferentes instituciones) de esta infancia en particular atravesada por múltiples discursos y acciones u omisiones que van constituyendo esta subjetividad y de la cual en mayor o menor medida somos responsables.

Leandro De Lajonquiere (2005) dice que la infancia es del orden de un relator adulto y solo un adulto puede tener una infancia en tanto perdida; mientras que los niños y niñas sólo tiene el usufructo de un tiempo de infancia. Cuando tomamos contacto con un niño/a- adolescente se instala una diferencia que se transforma en tensión: implica para el adulto dejar atrás su condición de infans, implica un reordenamiento del mundo que ya es conocido por el adulto pero que el niño no conoce aún y solo lo hará con la intervención de un otro: el adulto. Intervención desde el lenguaje que insta la legalidad, discursos que institucionalizan en operatorias concretas que dejan marcas insoslayables en los niños.

(...) resulta significativo indagar como crear dispositivos por los cuales sea posible diseñar marcos específicos que instituyan diferencias; cortes que permitan operar tanto con aquellos chicos y adolescentes que hablan por sus heridas sin marcas, sin cicatriz, sin mitos ni leyendas – que permitan bordear lo real-, como con aquellos niños y adolescentes ávidos de sostén que habilite el pasaje para el juego significativo de la historia señale alguna diferencia a la plasmada por la repetición ciega e incesante de lo que no cesa de no inscribirse. (Minnicelli, 2010, p. 209)

Todos hablan del problema, hay intentos de hacer o de no hacer nada. Y en el mientras tanto se corre el riesgo de dañar más que de cuidar.

No hay palabras, no hay escucha y de esta forma todo se vuelve violento. No hay un Otro que aloje a ese niño/a, adolescente y probablemente como resultado los procesos de subjetivación se tornen tan frágiles que se corre el riesgo de arrojarlo a una desubjetivación por la falta de ese Otro que le brinde soporte.

Presencias y ausencias, aparecen distintos agentes y desaparecen, nunca es lo mismo, pero para los niños y niñas siempre es lo mismo, “la inestabilidad” es lo que se vuelve estable.

La lógica del juego resulta instituyente de la relación del sujeto a la ley que permite un saber hacer –legislado por la castración– ante el desencuentro estructural y estructurante del sujeto y el objeto. Ahora bien, si a resultas del interjuego presencias y ausencias no hay hiancia sino puro vacío, las condiciones de posibilidad para que dicha lógica se despliegue se obturan, de lo que resulta como saldo la repetición compulsiva, incesante, el encuentro una y otra vez, forzosamente con la misma carta. Lo pasado se hace así futuro. (Ibid, 2010, p.205)

DEL “MENOR” AL “NIÑO, NIÑA Y ADOLESCENTE”

Durante años el concepto que circulaba era el de “menor” entendiéndose por este a los niños huérfanos, abandonados, antisociales, débiles mentales, es decir, todo niño que se consideraba improductivo y que podría llegar a causar problemas y a los cuales se debería corregir y reformar sus conductas. Es así como se creaban instituciones asilares con el fin de coaccionar, castigar, vigilar, educar a los niños que resultaban peligrosos para la sociedad. De esta forma estas macroinstituciones se conocían con el nombre de reformatorios. El Estado tenía un papel tutelar, y a partir de la ley nacional 10.903, el juez podía disponer quitar al menor a sus padres.

La reforma del Código Civil en 1919, permite al Estado entrometerse en la esfera privada y define la patria potestad como un conjunto de obligaciones y derechos del padre sobre el menor, que al no ser cumplida, el Estado podía retirar al menor y hacerse cargo de su tutela. De esta forma se da origen a la legislación de menores, aumentando la institucionalización de aquellos niños que podían resultar peligrosos.

A partir de 1930, el menor pasa a ser objeto de beneficencia, ya que se lo considera en situación de desvalimiento y de desprotección, y las instituciones pasan a denominarse como hogares internados. Estos organismos estaban destinados a la protección integral: educación, instrucción y formación; protección de la madre y del vínculo familiar; internaciones excepcionales y por tiempos cortos con el acompañamiento familiar.

Avanzando en el tiempo, y a partir de la década del cincuenta, el menor toma ahora otra forma, sin dejar de ser objeto, es objeto de control y asistencia. Vuelve a reinar la idea de menor peligroso, del que la sociedad debe ser defendida y al que se le debe reformar la conducta. De esta forma es necesario darles asistencia y encerrarlos en los reformatorios.

En la década del '90, el niño deja de ser objeto para convertirse en sujeto. Deja de ser menor y pasa a ser niño y adolescente. Y comienza a hablarse de Derechos de los niños. Una nueva doctrina jurídica: la protección integral del niño.

La Convención Internacional de los Derechos del Niño (Asamblea General Naciones Unidas, 20 de noviembre de 1989), se ratificó en Argentina en 1990, plantea la necesidad de proporcionar cuidados y asistencia a los niños, subraya la responsabilidad de la familia por lo que respecta a la protección y asistencia; la protección jurídica y no jurídica del niño antes y después del nacimiento; la importancia de los valores culturales de la comunidad del niño y la cooperación internacional para que los derechos del niño se hagan realidad.

Esta Convención significo un gran cambio en la forma de concebir a la infancia y a la adolescencia y su relación con el Estado, la familia y la comunidad. Implica cambiar la mirada de los menores a los niños concebidos como sujetos de derechos y con capacidad de exigir y demandar el cumplimiento de esos derechos.

En el año 2005 se sanciona la Ley 26061 de Protección Integral de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes establece el reconocimiento de sus derechos por su condición de personas en desarrollo y las

garantías mínimas de procedimiento del Estado, el cual debe atender a la necesidad de los niños/as y adolescentes a ser oídos, a que sea escuchada su opinión y tomarla primordialmente en cuenta, a ser asistido por un letrado especializado, a participar activamente de cualquier proceso que lo involucre hasta llegar a la instancia superior tomando en cuenta el principio de igualdad y no discriminación y el principio de efectividad del Estado.

El objetivo principal es la crianza y desarrollo de los niños, niñas y adolescentes dentro de sus familias, y solo como excepción, en última instancia y por el lapso más breve posible se recurrirá a otra forma de convivencia fuera del grupo familiar. Así mismo propone generar todo tipo de acciones positivas que garanticen el pleno desarrollo y el ejercicio de los derechos de niños, niñas y adolescentes como sujetos de derechos.

Nora Shulman² nos dice que la Ley define a los responsables del sistema: la familia, la comunidad y el Estado, siendo éste último garante y crea un Sistema de Protección Integral de los derechos. Para que el mismo funcione se crean las instituciones necesarias en un esquema descentralizado, fundado en la necesidad de revalorizar la participación ciudadana, que aun reconociendo el rol indelegable del Estado en la fijación de políticas y recursos, incorpora el plus de la organización comunitaria en la promoción, protección y defensa de los derechos de niñas, niños y adolescentes.

² Nora Shulman dictó una Capacitación sobre Sistemas de Protección Integral de Derechos de niños, niñas y adolescentes, en la Universidad Nacional de La Pampa, que se llevó a cabo entre agosto y diciembre de 2014. En dicha capacitación se trabajaron los contenidos de la Ley nacional 26.061 y de la Ley provincial 2703.

La autora continúa diciendo que esto obliga a un cambio en el diseño de la organización administrativa y judicial del Estado, en los procedimientos de protección, en las relaciones del Estado con la infancia y la adolescencia y la sociedad civil. También requiere transformaciones en el modelo de actuación y en las prácticas desplegadas para la protección y promoción de derechos por parte de las Organizaciones Sociales.

En el año 2012, se sanciona en la provincia de La Pampa, la ley provincial 2703 de Protección Integral de Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes. Esta Ley adhiere a la primer parte de la Ley nacional (desde el artículo 1 al 41 y los artículos pertinentes del Decreto Reglamentario N° 415/06). Desarrolla cuáles serán los principios, instituciones y organismos a través de los que se ejecutara el Sistema de Protección Integral de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes de la provincia de La Pampa.

Este nuevo paradigma implica crear los dispositivos necesarios para hacer efectivo el cumplimiento de la ley. Es así como van apareciendo deliberadamente muchos y diferentes organismos que se proponen dar cuenta de la efectividad de la ley y que aparecen desarticulados todavía en este proceso de cambio.

Cabe aquí la siguiente reflexión: las leyes son escritas y habladas por los adultos, no están dirigidas a la infancia y adolescencia, están dirigidas a los adultos y nos obliga a replantearnos el lugar que tenemos ante y con los niños, niñas y adolescentes. Y esto es así porque solo es posible hablar de la infancia cuando ésta ya pasó.

PATOLOGIZACIÓN DE LA INFANCIA:

UN CONCEPTO CON HISTORIA

¿Desde qué tiempos se “patologizo” a la infancia (sin utilizar el concepto como tal) clasificando y desplazando lo que no estaba dentro de lo aceptable o “lo normal” y creando distintos dispositivos institucionales para dar respuesta a lo que estaba problematizando a la época³?

Trataremos de dar respuesta a este interrogante haciendo un recorrido en la historia por las prácticas referidas a la infancia.

Para cumplir con este objetivo, se presenta un recorte arbitrario en la elección del material bibliográfico en un intento de dar respuestas a este interrogante, teniendo presente que pueden quedar en el camino otras producciones igual de importantes. Tomamos el texto de Mercedes Minnicelli⁴, *Infancias públicas. No hay derecho*. (2004) en donde hace un recorrido histórico, y en una parte de su obra desarrolla el concepto de patologías de la infancia recurriendo a los aportes de Jacques Donzelot en su obra *La Policía de las Familias* (1977). Retomamos éste concepto expuesto por la autora y hacemos un recorrido analítico de los desarrollos

³ Durante las Clases de Ricardo Cicerchia en el marco de la Carrera de Especialización en Infancia e Instituciones: “Formas familiares, procesos históricos y concepciones sobre la Infancia y la Familia en América Latina”, dictada los días 08,09 y 10 de agosto de 2013, el concepto de patologías de la infancia se hacía presente una y otra vez, haciendo evidente como se ha ido construyendo a lo largo de la historia, es por esto que lo tomamos para trabajarlo y desarrollarlo dando cuenta de esta construcción .

⁴ Mercedes Minnicelli ha sido supervisora de mi trabajo de investigación de grado y sus aportes han sido muy importantes e influyentes en mi práctica profesional.

de Donzelot para ver cómo se va constituyendo aquello que hoy se da en llamar patologías de la infancia.

Donzelot se pregunta sobre el sentimiento de infancia y de familia y en el intento de dar respuesta describe las transformaciones que se van produciendo en la Modernidad y que van desplazando el protagonismo de la familia a lo social. Cabe la interrogación respecto a la noción de infancia moderna en tanto hegemónica, ya que en este momento fue creado el Complejo Tutelar y las categorías de menor en peligro y menor peligroso, como así también la formas de educación tanto académica como la formación docente, que también va a marcar una diferenciación entre los niños y los menores. Estos circuitos de legitimación hegemónicos van a determinar una mirada de la infancia y una forma de actuar con ella.⁵

Apelar a la historia permite entender como se ha gestado un discurso, una forma de decir y nombrar a la “infancia patologizada” diferenciándola de la “infancia normal”.

Donzelot (1977) refiere que desde finales del siglo XVIII hasta finales del siglo XIX los médicos elaboraron obras para orientar a las familias sobre la crianza, la educación y la medicación de los niños. En el siglo XVIII los médicos planteaban una doctrina médica y consejos educativos. En el siglo XIX se limitan a dar consejos imperativos ya que los médicos

⁵ Observaciones críticas al texto de Donzelot que han sido desarrolladas por Mercedes Minnicelli en su texto “Ceremonias Mínimas: una apuesta a la educación en la era del consumo” (2013). Ed. Homo Sapiens, y por Ricardo Cicerchia en las clases dictadas en el marco de la Carrera de Especialización en Infancia e Instituciones: “Formas familiares, procesos históricos y concepciones sobre la Infancia y la Familia en América Latina”, dictada los días 08,09 y 10 de agosto de 2013.

no disponen de un discurso homogéneo, sino que el conocimiento está en movimiento. Corrían el riesgo de que cualquiera se improvisara como médico con los errores consecuentes y la posible pérdida de poder para la medicina. El médico de familia es el recurso para poner freno a los charlatanes y genera una alianza privilegiada entre el médico y la madre. Se convierte así el médico en el que imparte el saber y la madre en ejecutora de dicho saber.

Este vínculo orgánico entre medicina y familia tendrá una profunda repercusión en la vida familiar e inducirá su reorganización en al menos tres direcciones: 1. el estrechamiento de la familia contra las influencias negativas del antiguo medio educativo, contra los métodos y los prejuicios de los criados, contra todos los efectos de las promiscuidades sociales; 2. el establecimiento de una alianza privilegiada con la madre, conductora de una promoción de la mujer gracias al reconocimiento de su utilidad educativa; 3. la utilización de la familia por parte del médico contra las antiguas estructuras de enseñanza, la disciplina religiosa, el hábito del internado. (Donzelot, J., 1977, p.27).

Hasta mediados del siglo XVIII las enfermedades de las mujeres y los niños pertenecía al ámbito de las comadres ya que la medicina no estaba interesada en ellos. Para que la medicina entrara en este campo tenía que destruir a las comadres y sus prácticas teniendo como principales puntos de enfrentamiento la lactancia materna y la vestimenta de los niños. Como así también la cuestión de los juegos infantiles promoviendo el juego educativo, las historias que se les cuentan a los niños generadoras de traumas, la regularidad de la jornadas, la creación de un espacio solo para niños, la vigilancia a favor de una mirada materna siempre presente. Todo esto tenía como objetivo liberar al niño de las coerciones, que se pueda desarrollar libremente y se lo protegiera de peligros físicos o de peligros morales como son los abusos sexuales. De allí que se modifican las viviendas para el libre transitar de los niños y

poder observarlos. Se comienza a vigilar a los criados ya que la educación que impartían no implicaba mucho esfuerzo, y por otro lado se daba lugar a juegos sexuales con los niños. Esto producía niños caprichosos, mal formados, mal criados, enfermedades difíciles de curar. Es así como esta alianza entre el médico y la madre triunfa sobre las comadres. La otra cara de esta alianza es que la mujer adquiere poder en las cuestiones domésticas haciendo tambalear la autoridad paterna.

De la misma manera Donzelot (1977) hace referencia a los peligros de la educación pública sobre la salud de los niños; la inflexibilidad de las reglas de los colegios y de los conventos, la promiscuidad de los dormitorios y la amenaza de contagio de hábitos viciosos. El médico advierte a las familias sobre esa educación que pone en riesgo a los niños y alienta a la creación de las primeras asociaciones de padres (fines siglo XIX) y la educación mixta familiar y escolar, en la cual los padres cuidan las buenas condiciones de la educación pública: salubridad de los internados, eliminación de los castigos corporales, desarrollo de las actividades físicas, vigilancia de los alrededores de los colegios. Cabe aclarar que estas posibilidades solo rigen para las familias ricas, las familias de clases populares tienen una alta tasa de analfabetismo, no pueden tener un médico de familia, y sus problemas son distintos. Sus preocupaciones estarían en limitar el abandono de niños, en controlar el concubinato, y proteger a los niños del vagabundeo.

Un movimiento de normalización de la relación adulto-niño y protección de la infancia se va produciendo desde 1840 a fines del siglo XIX y que hace referencia a leyes sobre el trabajo infantil, sobre la insalubridad de las viviendas, sobre el contrato de aprendizaje, sobre la vigilancia de las

nodrizas, sobre la utilización de los niños por comerciantes y feriantes, sobre la escuela obligatoria. Estas medidas eran de naturaleza sanitaria y política ya que pretendían satisfacer el estado de abandono en el que se encontraban las clases trabajadoras y reducir la capacidad sociopolíticas de las mismas, la transmisión de conocimientos y prácticas, la libertad de movimiento y de agitación que resultaban de las antiguas obligaciones comunitarias.

A fines del siglo XIX, el surgimiento de un tercer polo filantrópico⁶ que reúne en un mismo objetivo la cuestión de la infancia: lo que puede amenazarla (infancia en peligro) y lo que la puede volver amenazadora (infancia peligrosa). Aparecen:

- Por un lado, los patronatos de la infancia y adolescencia, que son iniciativas privadas para ocuparse de los menores delincuentes, moralmente abandonados, vagabundos e insumisos a la autoridad familiar, en establecimientos moralizantes e inculcadores de las sanas costumbres del trabajo.
- Por otro lado, sociedades de protección de la infancia que anticipan y acompañan a la ley de Russel sobre la vigilancia de las nodrizas.

⁶ Donzelot (1977) dice que la filantropía no debe entenderse como un formula apolítica de intervención privada en la esfera de los problemas sociales, sino que debe ser considerada como una estrategia despolitizante frente a la instauración de los servicios colectivos, destinada a procurar un importante lugar equidistante de la iniciativa privada y de la iniciativa estatal. Hay un polo asistencial que utiliza al Estado como medio formal para hacer circular consejos, pautas de comportamientos y de esta forma convertir una cuestión de derecho político en una cuestión de moralidad económica. Por otro lado, hay un polo médico-higienista, el cual refiere que la insalubridad se multiplica con el desarrollo de la industria, y que es necesario intervenciones estatales donde la liberación de la sociedad económica corre el riesgo de convertirse en su contrario.

Tomadas en su conjunto, estas sociedades –ya sea que funcionen internando a los menores en establecimientos creados por ellos, familias de su elección, o bien interviniendo directamente en las familias- tarde o temprano se vieron confrontadas con ese punto de resistencia infranqueable que era la patria potestad. Imposible verificar el estado de educativo de los niños en una familia sospechosa si esta última se oponía a ello, si negaba el acceso a ese santuario inviolable que era el hogar. Las obras que realizaban internaciones de niños se quejan asimismo de la incómoda situación en que se encuentran respecto de las familias, que en todo momento pueden hacer uso de su soberanía para interrumpir la acción educativa de los centros y convocar a sus hijos. (...) para complacer a estos grupos, las leyes de 1889, 1898 y 1912 fueron organizando una transferencia de soberanía de la familia “moralmente insuficiente” al cuerpo de filántropos notables, magistrados y médicos especializados en infancia. (Donzelot, 1977, p.84)

La ley de 1898, determinaba que el juez confiara la tutela de un niño a la Asistencia Pública o a la sociedad caritativa, en los casos de delitos cometidos por los niños o sobre los niños.

El estado se vio en dificultades, pues no sabía por cuál de estas dos opciones inclinarse: por un lado, podían construirse símiles de cárceles para encerrar a esos pequeños vagabundos hasta la mayoría de edad; esto implicaba infligir a un menor, que no había cometido delito que el ser abandonado por sus padres, una pena a menudo más dura que a delincuentes justiciables con condena. Por consiguiente, esta opción entrañaba tanto una contradicción interna del derecho como una perturbación de esa aritmética del crimen sobre la cual fundaba desde el código de Napoleón. Por otro lado, la opción era hacerlos beneficiarios de una verdadera formación profesional. Ahora bien, esta opción alentaba a las familias obreras a abandonar a sus hijos con total frialdad, puesto que así se aseguraban el beneficio de una educación que no estaba en condiciones de dar por sí mismas. (Donzelot 1977, p 85).

Para hacer frente a estas dificultades, la colaboración de la justicia y las obras filantrópicas crearon un sistema que prefiguraba la actual libertad vigilada y la asistencia educativa de régimen abierto. Un esquema en tres tiempos: 1. El menor es condenado y pertenece a la

administración penitenciaria. 2. Esta lo pone bajo una sociedad de patronato. 3. Lo devuelve a la familia, controlándola y vigilándola.

Durante la última parte del siglo XIX, magistrados y filántropos se contraponen al poder paterno y sus medidas de corrección. Se apoyan en dos tipos de justificaciones según se traten de familias acomodadas o de familias pobres. Las primeras preferían la internación psiquiátrica en lugar de las cárceles, también trataban con los conventos o con establecimientos privados que garantizaba discreción y una buena educación. Las segundas, no contaban con la confianza de los magistrados ya que no creían que pudieran erradicar o corregir los malos hábitos.

Se extiende el poder de corrección, que solo lo ejercía el padre, hacia la madre disminuyendo la arbitrariedad y los abusos y ampliando las posibilidades de intervención. Se comienza a poner en un plano de igualdad al hombre, la mujer y el niño.

La asistencia (a los abandonados) y la represión (de los insumisos a las familias) quedan así reunidas en una sola y misma actividad preventiva, cuyo instrumento está constituido por las sociedades de patronazgo dotadas –gracias a la norma médica y a las leyes resultantes- de un margen ampliado de intervenciones en el seno de la familia, y cuyos materiales, las fuentes de alimentación, abrían de ser los miembros mismos de las familias a través de sus solicitudes, financieras y morales, sus conflictos psicológicos o educativos, y sus carencias, enunciadas por el vecindario. (Donzelot, 1977, p 88)

La anulación de la patria potestad dará lugar a un proceso de tutelarización que reúne objetivos sanitarios y educativos con los métodos de vigilancia económica y moral.

Se trata, por consiguiente, de un procedimiento de reducción de la autonomía familiar, facilitado por la aparición a finales del siglo XIX

de toda una serie de puentes y conexiones entre la Asistencia Pública, la justicia de menores, la medicina y la psiquiatría. (Donzelot. 1977. P. 89)

La mirada, la vigilancia, la tutela social es a las clases pobres, controlando la economía de recursos, las normas morales e interviniendo sobre sus comportamientos desviados. Diferente es para las familias que pueden dar cuenta de su autonomía, quienes regulan internamente las normas y vigilancias de sus hijos, evitando la intervención pública.

Donzelot (1977) refiere que sobre el final del siglo XIX surgen profesiones que se van a ocupar de las patologías de la infancia la cual padecen los niños desviados de la norma. Denominando a estos profesionales como trabajadores sociales, incluye a asistentes sociales, educadores especializados, animadores. No están vinculados a una sola institución, sino que se incluyen en espacios judiciales, asistenciales, educativos.⁷

Pese a estar diseminados por múltiples espacios de inscripción, están unificados gracias a su ámbito de intervención, el cual abarca los contornos de las clases “menos favorecidas”. En el interior de esas capas sociales, apuntan a un objetivo privilegiado, a saber, la patología de la infancia en su aspecto doble: la infancia en peligro, aquella que no goza del beneficio de todos los cuidados de la crianza y de la educación deseable, y la infancia peligrosa, la de la delincuencia. (Donzelot, 1977, p 95).

Las estadísticas de los delitos de menores sobre los que se apoya el saber criminológico y detecta en la historia pasada de los menores delincuentes, en la organización de su familia, los signos que comparten,

⁷ Hoy podríamos llamar Equipos Técnicos a los profesionales de distintas disciplinas que pertenecen a una institución y que se relacionan con otros Equipos Técnicos de otras instituciones. Estos Equipos están formados por psicólogos, médicos, abogados, asistentes sociales, psicopedagogos, docentes, etc. Distintas disciplinas según la institución a la que pertenezcan y la población infantil con la que trabajan.

las invariantes y los síntomas de sus malas acciones. Es así que se determina las características del tipo del futuro delincuente, de ese niño que puede llegar a ser peligroso. Este niño se convierte en objeto de saber y objeto de intervención. Se elaborara una infraestructura de prevención con una acción educativa que lo mantenga alejado del delito. Se estudiara la familia, el contexto social, que determine que un niño se convierte en riesgoso o “de riesgo” y permita abarcar todas las posibles formas de inadaptación. El trabajo social se funda en un saber psiquiátrico, sociológico y psicoanalítico orientado a anticipar el drama y a sustituir el brazo de la ley por la mano del educador. Pero hay otra versión del trabajo social donde el modelo originario es el judicial y todos los demás saberes son copias de éste y al cual se subordinan.

La familia queda enfrentada al estado y en el centro el niño rodeados de técnicos y tutores sociales. Surgen los derechos del niño, nueva relaciones hombre-mujer, más liberada la familia, paradójicamente el poder tutelar más acorrala a la familia. Se cuestiona el lugar del padre, en el tiempo de permanencia en el hogar, en el modo de tratar a sus hijos, en darle el lugar de la palabra y la toma de decisiones a su esposa en la crianza de los hijos. Su papel, su rol no tiene posibilidad de desarrollo, su presencia solo es posible cuando se pliega a la convocatoria de la mujer.

Su función simbólica de autoridad ha sido acaparada por el juez; su función práctica la ha tomado el educador. Queda la madre, cuyo papel no es asfixiado sino por el contrario preservado, solicitado. Con la condición que se sitúe en algún lugar entre la súplica y la dignidad deferente. Es el lugar del “abogado natural” ante el poder tutelar encarnado en los jueces. (Donzelot, 1977, p 102)

Donzelot (1977) plantea estas cuestiones pensando en las viejas reglas patriarcales, con la particularidad que el padre es reemplazado por el juez y los parientes por mentores sociales y técnicos.

La aparición del tribunal de menores se relaciona con una organización del mercado de la infancia. Los niños delincuentes que la justicia interna en las colonias correccionales de estado y los menores insumisos que las familias encerraban en las casas paternas lentamente se van reemplazando por intervenciones de régimen abierto al régimen cerrado (reorganizado). En 1912 se oficializó los tribunales de menores ya que en 1909 al producirse el suicidio de un niño, se habría desatado el caos. Salió a la luz algunas revelaciones como golpes y abusos, explotaciones de los niños. En ese mismo año se decide la creación de cursos e internados de perfeccionamiento (Institutos médico-pedagógicos) donde se podrían derivar a los inestables, a los débiles mentales, a los perversos y a los reivindicativos. Aparecen así los primeros esbozos de las formas modernas de intervención médica.

El antiguo mercado de la infancia estaba organizado en torno a técnicas conventuales y militares, conectado con la autoridad familiar y religiosa, policial y judicial. El nuevo mercado busca sus métodos en el ámbito de la medicina, de la psiquiatría, de la pedagogía: procura aprovisionarse más directamente por sus propios medios, la selección escolar, la prospección por los trabajadores sociales. Ahora bien, más que una lucha entre dos sistemas, lo que se opera aquí es una verdadera metamorfosis, llevada a cabo mediante reajustes acrobáticos, pero en última instancia sin demasiado dolor. (Donzelot, 1977, p 103)

Se amplía el mercado de la infancia inadaptada por la aparición de “indomables” y de “incapaces”, y el de la escuela por la reorganización de los organismos de régimen de encierro en un servicio de régimen abierto. A su vez el Estado financia y controla por la nueva relación entre

lo público y lo privado. Ese mercado se unifica tomando como referencia la instancia psiquiátrica quien tomando la población del antiguo encierro, desarrolla una teoría psiquiátrica nueva.

Las leyes de 1945 y 1958 que se refieren a la infancia delincuente, toma el valor sintomático de los niños, aquello referido al temperamento y al valor de su medio de origen. Se establecen medidas para observar al niño ya sea en su medio, en el internado o en la cárcel, de esta forma los psicólogos y los psiquiatras lo examinan u ordenan una investigación sobre la familia a través de gendarmería o de los asistentes sociales. Se organizan en torno al menor, especialistas en patología social (educadores, asistentes sociales, psicólogos, etc.) quienes después del juicio, visitan a la familia, intervienen ante el niño, envían informes al juez.

¡Los especialistas! Solo ellos pueden argumentar la necesidad de que un niño pase de un estatuto a tal otro, de sacarlo a su familia o volver a colocarlo en ella, de dejarlo en un Instituto Médico-Pedagógico o enviarlo a un hogar de la infancia, un internado de reeducación, un hogar para jóvenes trabajadores o a una cárcel. El escalonamiento de los servicios sociales de la infancia inadapta, conforme a un orden de gravedad, de estigmatización creciente, que puede ir de “la pequeña psiquiatría” a la justicia penal, es el principal medio de presión de que disponen sobre las familias. (Donzelot, 1977, p.109).

Los psiquiatras de la época pondrían todo su esfuerzo teórico en sostener los motivos por los cuales quieren salir del asilo y trabajar el cuerpo social, por una parte, y por la otra, aquellos por los cuales se les pide que intervengan en los aparatos sociales. Esto es procurar una fusión entre una patología de la raza (el débil mental) y una patología de la voluntad (la histérica). En el punto de coincidencias entre ambas está el perverso, cuya moral coincide con el instinto. Aquí se encuentra el vagabundo que reúne las dos preocupaciones de la psiquiatría, la racial

y la disciplinaria. Entre 1890 y 1900, el vagabundo es considerado el universal de la patología mental, en el cual se podrán distinguir todas las categorías de locos y anormales. Más aún, es a través del vagabundo que la psiquiatría llega a su objetivo, el niño. El vagabundo despliega todos sus efectos patológicos de las debilidades de la infancia cuando no son corregidas a tiempo. Se sostiene que el cerebro de un niño, no está del todo organizado, y le cuesta mantener el equilibrio entre dos tendencias opuestas, por lo cual no le permite ejercer una gran fuerza de abstracción. Esta debilidad de la abstracción es la causa de su incapacidad para sustraerse a las fascinaciones. Por lo tanto, el deseo de vagabundear, producto de una curiosidad, atracción o ejemplo, se apodera del niño, si no está bajo vigilancia, si nada se opone a su deseo, se lanzara a la aventura que lo puede degenerar por completo.

Donzelot (1977) sitúa así el nacimiento de la psiquiatría infantil que deriva de las ambiciones de la psiquiatría general, de la necesidad de hallar una base donde arraigar las primeras formas de las anomalías y patologías del adulto, de hallar nuevas formas de intervención que no sean solo administrar reclutas, sino que pretende presidir la inclusión social. Aparece la pregunta, para qué podría servir la psiquiatría infantil. Heuyer a partir de 1930 se propone revisar su grilla de análisis y descubre el concepto de reacción de oposición en el niño, el cual refería al condicionamiento pavloviano a la perversidad y al complejo de Edipo freudiano. Se criticaba el mal ejemplo dado por los padres o se lo imputaba a la patología, o a una tara congénita. Posteriormente, viene el análisis de las perturbaciones en el niño como producto de las disociaciones conyugales. La teoría freudiana de la carencia de imágenes parentales coincide con el análisis del medio. Heuyer en su

tesis sobre los niños anormales (1914) y luego en su clínica de neuropsiquiatría infantil (1925) toma la definición de perversidad de Dupré: un *perverso es un individuo anemotivo, inafectivo, insincero, inintegrable*. (Donzelot, 1977, p 133), ya que lo consideraba de interés para una psiquiatría que buscaba hacerse un lugar en los aparatos disciplinarios. Los psiquiatras y los educadores tomaban el proceso educativo en sentido inverso por lo cual no podían entenderse. El psiquiatra basaba su intervención en la figura del perverso y por lo tanto, en lo ineducable; los jueces, los patronatos y los benévoloos buscaban la educabilidad a priori de todos los niños, a riesgo de sancionar sus fracasos por el recurso al etiquetado psiquiátrico.

La noción de perverso empieza a dejar de tener relevancia con los avances en la educación. El perverso deja lugar al inadaptado, cambia la etiología ya que se refieren a las carencias relacionales en las familias que engendran inmadurez y agresividad. La psiquiatría va a dar al juez los medios para regular las diferentes categorías de niños delincuentes, asistidos o anormales. Toma relevancia el concepto de inadaptación infantil. Hasta la última guerra se etiquetaba a los niños con problemas como anormales. En 1943, Lagache y Heuyer establecen la clasificación de los niños irregulares, ya que no es un término médico sino que refiere a algo más moral.

Lo central de la clasificación será: 1. Los enfermos mentales y orgánicos graves, dependientes del hospital psiquiátrico, 2. Los deficientes intelectuales derivados, según su gravedad, al hospital psiquiátrico, a los institutos médico-pedagógicos o a los institutos médicos-profesionales, 3. Los que presentan trastornos de carácter, distribuidos en los internados de reeducación y los patronatos, 4. Los inadaptados escolares, enviados a los centros médicos-psico-pedagógicos, 5. Los niños que padecen deficiencias en su medio.(...)En 1956, el término "inadaptación

infantil” reemplaza oficialmente al término “niños irregulares”. (...) El psicoanálisis traía una grilla de análisis que permitía sobre-codificar, fundir en un mismo molde, categorías de niños que era competencia tanto de lo judicial (niño delincuente) como de lo asistencial (niñez desdichada y abandonada). La utilización de una codificación única, de una etiología homogénea, proporciona al juez un instrumento decisivo para la aprehensión a todo nivel de los niños con problemas. (Donzelot, 1977, p 140)

A través del psicoanálisis, el psiquiatra se convierte en un aliado del juez, dejando su lugar de último recurso frente a los casos difíciles y convirtiéndose en un protagonista fundamental a la hora de tomar delicadas decisiones. Para no meter a la cárcel a todo niño que escapa a la autoridad, se obliga a los asistentes sociales que observen a los niños y a sus familias en su terreno y que obliguen a los padres a cumplir con sus obligaciones.

Donzelot (1977) se pregunta por qué esa *política de la familia* expresamente judicial paso a ser un asunto de las instancias psiquiátricas. Para ello realiza un examen de los expedientes sobre la infancia en riesgo, con el objetivo de reconstruir la política de la familia puesta en juego en los servicios sociales de cada lugar, reconstituyendo los objetivos de los servicios sociales, alcanzar las singularidades socio-culturales apuntadas a través de las especificaciones jurídicas, médicas o morales del caso; recomponiendo aquello que había sido logrado por las medidas implementadas. Las familias son clasificadas en: 1. Familias inestructuradas: los rasgos dominantes son la inestabilidad laboral, la inmoralidad, la suciedad. (Pereza del hombre, ligereza de costumbres de la madre, suciedad y desnutrición en los niños). 2. Las familias normalmente constituidas pero rechazantes o sobreprotectoras: se trata de familias obreras numerosas que habitan una casa moderna pero

estrecha. Para ocuparse de los más pequeños la madre expulsa a los hijos mayores (madre desbordada). El padre al regresar de su trabajo quiere tranquilidad y no brinda los cuidados educativos a los niños (padre poco disponible). La vida en la calle es parte de la existencia de los hijos. Entonces, si los padres se anticipan a cualquier problema policial y se lo comunican a una asistente social, serán padres rechazantes; y si los encubren porque consideran que las acciones no son graves y no son culpables, serán padres sobreprotectores. 3. Las familias carenciadas: son las familias en las que el padre o la madre, o ambos, han muerto o sufren algún tipo de discapacidad importante.

Donzelot (1977) refiere que, sea porque hay más resistencia de las familias a las decisiones impuestas, o porque las familias hacen un mal uso de los servicios de asistencia y represión, todo indicaría que ha fracasado la antigua fórmula jurídica, económica y moral de la intervención en las familias populares. Como efecto, el psiquiatra-psicoanalista controla el ejercicio del trabajo social; no hace una intervención directa por que el pedido de las familias va dirigido a cuestiones materiales y porque la tutela implica coerción. Pero determina el límite a partir del cual una familia puede funcionar como una instancia contractual. A partir de este momento la familia podrá tener autonomía financiera como así también una demanda psicológica.

Donzelot (1977) destaca tres instancias que se organizan en torno a la infancia y que se relacionan entre sí. Una es la Escuela para Padres, que surge en los años treinta con un proyecto de activación pedagógica de la vida familiar, cuyos objetivos son enseñar a los padres para que sus hijos sean futuros valores sociales y morales; trabajar en pos de un

espíritu familiar; cuidar los derechos de la familia sobre el niño y realizar la unión sagrada a través de la familia. La otra instancia es la Neuropsiquiatría Infantil, encabezada por Heuyer, tiene como objetivo la infancia inadaptada en las clases pobres, en la delincuencia, con un importante apego a la psiquiatría constitucionalista, a sus etiquetas, a su racismo científico. Por último está la instancia psicopedagógica del Centro Medico-Psico-Pedagógico Claude- Bernard con una orientación psicoanalítica que atiende a niños burgueses. Las tres instancias se relacionan entre sí, dictan conferencias, se derivan entre sí, produciendo beneficios entre ellas. Es así como aparece otra fase donde se empieza a percibir otra demanda que es la demanda de los padres quienes utilizan a sus hijos para hablar de sí mismos. Señalan *al niño-accidente* y *al niño-síntoma*, dos temas diferentes que convergen en un lenguaje “psi”. Las consultas que suelen presentarse a Heuyer, son de esos niños delincuentes que devienen de niños no queridos porque no fueron deseados. Otras consultas médico-psicológicas suelen ser hijos únicos con atención exclusivas de los padres y sobreprotegido de la madre como expresión de un síntoma de angustia y frustración de la madre. El niño poco deseado y el niño muy deseado donde el denominador común es el deseo y las consecuencias patológicas recaen sobre el niño y la madre. Estas dos líneas, en un principio, están separadas. Por un lugar dan origen al Planing Familiar, instrumento de lucha contra el niño accidente; y, por otra, dan lugar al surgimiento de grupos de consejeros conyugales que se orientan hacia el tema del niño-síntoma, analizando las implicaciones psicosomáticas, sociales (relacionadas con las posibilidades laborales), pedagógicas (niños que presentan trastornos relacionados al clima familiar).

Partiendo de un punto que nada tenía de normativo, la búsqueda de la etiología de los trastornos del carácter, de las neurosis y de la delincuencia, la psicopedagogía coincide con las conclusiones del Planing Familiar, y las legitima. La procreación voluntaria se ha vuelto parte integrante de la responsabilidad presupuestaria de las parejas. Por un lado el Planing Familiar produce las estadísticas de Heuyer: “De cuatrocientos casos de pequeños delincuentes, se registra un veinte por ciento de niños cuyos padres no habían deseado su nacimiento, apenas los soportaban o toleraban contra su voluntad”. Por otro lado, exhibe los resultados de una encuesta norteamericana realizada en Indianápolis en 1950; en ella se demuestra que la categoría de las parejas que planificaron los nacimientos, en cuanto a cantidad y distancia entre uno y otro, es aquella en la cual se registra la mayor proporción de padres interesados en sus hijos, y asimismo estas parejas son aquellas que más felices parecen. (Donzelot, 1977, p. 179)

En 1967 la ley de Neuwirth autoriza por primera vez la enseñanza de sexualidad en la escuela con el objetivo de un desarrollo psicosexual adecuado del niño; preparación para la vida adulta y prevención de los trastornos mentales por inadaptación, etc. Así mismo, constituye el cierre del proceso iniciado por la Escuela para Padres. En este circuito escuela-familia el operador ha sido el psicoanalista, generando un despliegue de psicólogos, consejeros y educadores interviniendo en esta relación escuela –familia.

Un discípulo de Heuyer, Gilbert Robin, hace una extensa enumeración de etiquetas psiquiátricas sobre los comportamientos insatisfactorios de los niños, distingue entre una buena educación y una mala educación haciendo referencia a una “sana autoridad”. Esto no resultó útil a las familias que se inclinaron al discurso psicoanalítico impartido por los discípulos de Freud el cual hacía referencia a preservar a los niños de los traumas que perjudicarían su desarrollo y poder detectar (en sus mentiras, silencios, etc.) un problema relacional plausible de ser resuelto y no una patología determinante. El psicoanálisis evitaba la fatalidad del

diagnóstico y valoraba la posibilidad de la familia de actuar ante el comportamiento del niño, a su vez, dejaba al aparato escolar a un lado halagándolo en su deseo de perfeccionamiento pedagógico.

LA INFANCIA EN LAS INSTITUCIONES. **LAS INSTITUCIONES EN LA INFANCIA.**⁸

Las instituciones no quieren ver ni escuchar lo que la infancia les muestras. Se niegan ante el inminente suceso que implica la constitución de la subjetividad en donde los chicos y chicas preguntan a un Otro y del que esperan respuestas. Y ante la insistencia, los adultos responden con un diagnóstico psicopatológico definitivo y eterno, el cual implica tratamiento y medicalización prolongada en el tiempo. Una mirada que no tiene en cuenta lo individual, la particularidad de ese sujeto niño/a en cuestión.

Cuando hablamos de medicalización y de patologización, no criticamos los avances tecnológicos, científicos, médicos que permiten la detección temprana de enfermedades y los consecuentes tratamientos que permiten una mejor calidad de vida para aquellos que lo necesitan.

Sí cuestionamos el uso indiscriminado y generalizado de diagnósticos y tratamientos que se ejercen de una manera violenta sobre los niños, niñas y adolescentes que transitan las instituciones.

Escuchamos a los adultos que trabajan en las instituciones hablar de niños inquietos, que contestan, que corren, que se atropellan en los patios de las escuelas, que se pelean y se pegan, que lloran, que no prestan atención o no aprenden, y que se enojan, protestan y se escapan. Se quejan de la violencia que invade a la infancia y a la adolescencia.

⁸ Tomamos prestado el título de las Jornadas que se realizaron en Mar del Plata, en septiembre de 1998, ya que de alguna manera nos han dejado marcas que hoy nos llevan a seguir trabajando y pensando en las infancias y las instituciones.

Pero los adultos no vemos la complicidad con esa violencia, al ser aún más violentos por no escuchar lo que los “pibes” nos están diciendo. Pareciera más fácil ubicar las razones del malestar de los niños y niñas en un trastorno orgánico que pensar qué puede estar pasando en el entorno de ese sujeto, qué cosas se jugaron cuando estaba por nacer y que pasó después, cómo fue su desarrollo, quienes son las personas significativas, que necesita, etc.

Es que escuchar a un niño/a no es tarea fácil, implica un involucramiento, hacernos cargo. Nos obliga a “hacer”. Y para muchos esto es insoportable. No se soporta el malestar de no saber qué hacer, no se soporta el malestar y la angustia que conlleva, no se soporta el malestar de no poder poner palabras. Es así que los niños/as se topan con adultos que rápidamente se libran de las situaciones y tildan con un diagnóstico para que otro se haga cargo de lo que ellos no pueden.

La expresión del malestar, nos habla de adultos en muchos casos perplejos, (...) quienes también corren el riesgo de apelar a fórmulas pseudocientíficas mercantiles para acallar lo que bulle pulsionalmente de modo descontrolado sólo resultando acotado por actos. Perplejidad que inhibe la posibilidad de hacer algo diferente con lo que se presenta de dudoso abordaje, cayendo en la trampa de un círculo vicioso que nos interesa pueda ser interferido por ceremonias mínimas creadoras de condiciones de posibilidad subjetivantes. (Minnicelli, 2010, p.3)

Sintiéndose muchas veces impotentes, los adultos reaccionan con violencia ante lo que se les presenta como terriblemente violento. Y es que al enfrentarse con situaciones de abuso y maltrato sufridas por un niño/a inmediatamente se desembarazan de éste y lo envían a hacer tratamiento. No hay posibilidad de pensar que ese niño/a ha depositado

en él la confianza, que lo ha elegido por alguna razón y que necesita ser contenido y albergado en ese Otro que permita hacer circular la palabra.

Más aún, no solo el niño/a se encuentra solo, sino que son los adultos en las instituciones los que muchas veces se encuentran solos sin saber qué hacer. Situaciones que reeditan una y otra vez la violencia sufrida y hacen crecer el malestar.

Reina entonces la intolerancia: de los chicos/as y de los adultos. Intolerancia que se manifiesta como indiscriminación, esto quiere decir que no hay diferencias, que todo vale lo mismo o da igual, que no hay asimetría de roles y tampoco interjuego, que no hay quien pueda cuidar, que hay que defenderse de todo y de todos.

Hay un concepto que nos impactó desde el primer momento: “Infanticidio tolerado” (Minnicelli, 2013) es tan impactante que nos obliga a pensar que hacemos cuando intervenimos con un niño/a y/o adolescente. Un niño/a, adolescente que necesita que alguien escuche, que alguien haga algo y no hay respuestas. Se tarda mucho y en función de lo que se debe hacer correctamente pasa el tiempo y un niño/a espera.

Desde tiempos remotos lo diferente, lo distinto, se pone en otro lugar, un lugar estigmatizante y determinante de una historia que todavía no fue escrita. El nacimiento de un niño/a en una familia y no en otra, determina sus posibilidades de ser o no ser ; ser abandonado o ser huérfano; tener alguna enfermedad física; ser morocho o gordo; ser inquieto, etc. ha determinado a lo largo de la historia un desplazamiento de estos niños/as que se salen de las reglas y que han sido clasificados en distintos momentos como aquello que está mal, que es peligroso, de lo que hay

que cuidarse encerrando o desplazando, y que ha sido la antesala de lo que hoy se habla: la patologización de la infancia.

Que se diga algo sobre un niño/a, en un legajo escolar, en una historia clínica, en un juzgado de menores; la historia que queda escrita va a determinar la historia todavía no vivida de ese sujeto y así queda esclavo de los dichos de otro que estableció que era normal o patológico. Así queda constituida la historia de un niño/a sin posibilidad de otra historia.

Así mismo, podríamos pensar como la historia va atravesando la concepción de la infancia que se pone de manifiesto en los profesionales que trabajamos legitimados por nuestra científicidad con niños, niñas y adolescentes, y que de una forma (a veces prejuiciosa) condicionamos nuestro accionar. Como en otros tiempos, hoy existen dichos tales como “no tiene padres”, “los padres se separaron”, “vive en barrio desfavorables”, “es aquel, el morochito”. Hoy como ayer aquello que se corre de lo esperable, según algunos, toma el lugar de patológico.

El hoy y el ayer no parecen tener tiempo, lo pasado se vuelve actual y presente. Rastreando en la historia⁹ aparecen antecedentes de aquello que hoy llamamos patologías de la infancia y se abren nuevos interrogantes... ¿aún hoy seguimos etiquetando a la infancia por acciones u omisiones de los adultos? ¿Siguen existiendo lugares de

⁹ En el curso de la Carrera de Especialización en Infancia e Instituciones, de la Universidad Nacional de Mar del Plata, para la asignatura FORMAS FAMILIARES, PROCESOS HISTORICOS Y CONCEPCIONES SOBRE LA INFANCIA Y LA FAMILIA EN AMERICA LATINA, a cargo de Ricardo Cicerchia, realizamos un recorrido de la construcción de lo que se llama patologización de la infancia y tomamos parte de esa elaboración para presentarla en este trabajo en el capítulo PATOLOGIZACION DE LA INFANCIA: UN CONCEPTO CON HISTORIA.

depósitos de niños/as, esos niños/as que por distintas razones están solos/as y por estos condenados a una etiqueta psiquiátrica? ¿Seguimos responsabilizando a los niños/as por sus comportamientos? Existen nuevas leyes que intentan reglar las intervenciones en la infancia y existen innumerable y valiosos aportes teóricos ¿Por qué aún no se cuenta con los recursos necesarios para protegerla y no re victimizarla una vez más con una categoría patológica? Mientras tanto seguimos discutiendo quien se hace cargo o a quien le corresponde, y en “el mientras tanto” un niño/a sufre, y el tiempo pasa y las huellas se hunden en su propia historia, una historia que está siendo escrita.

Hemos avanzado en leyes, en teorías, se hacen capacitaciones y todavía nos cuesta apropiarnos de ellas. Los niños/as y adolescentes portan etiquetas, patologías, que se perpetúan en el tiempo y determinan su futuro. Se los trata masivamente y no se tienen en cuenta las particularidades. Más aun, cuando se las tiene en cuenta es para reafirmar aquello negativo y darle una connotación determinista y sin posibilidades de reversión.

Cuando un niño/a le cuenta algo a un adulto/profesional deposita en él todo un saber, cree que ese adulto (sea quien fuere: docente, psicólogo, asistente social, etc.) va a poder hacer algo. Es un momento único, es el momento preciso donde se empieza a jugar la transferencia. Muchas veces ese adulto, perplejo ante lo que escucha, inmediatamente deriva para que otro haga algo. Y en este ir y venir de cosas y palabras el niño/a o adolescente sufre, es victimizado nuevamente, porque se encuentra con adultos que no lo pueden cuidar.

Existe una lista inacabada de conductas que dicen que ese niño o niña tiene problemas y/o causa problemas a los adultos con los que convive o interactúa en diferentes situaciones. “¿Qué hacemos con éste/a?” es la pregunta que resuena en los ámbitos mencionados. “Este” que es nombrado por un problema y nunca por su nombre. Pregunta que lastima al escucharla. Más aún lastima a ese niño/a que de alguna manera está diciendo algo y nadie lo escucha. Sabemos sobradamente que los chicos/as cuando se sienten mal, cuando les está pasando algo, lo reflejan en el aprendizaje, en la conducta, en el dormir, en la relación con los pares, etc. Los chicos/as rara vez dicen “estoy angustiado por tal o cual cosa”, ellos/as “caminan por las paredes” cuando se angustian. Y pese a que esto es sabido, nadie escucha eso que está diciendo un niño/a. Enseguida es etiquetado, envasado y derivado para que se lo arregle y sea socialmente aceptado. Muchas de las veces solicitando que se le dé la pastillita para callar aquello que puja por salir de todas formas. He aquí otra acción violenta que ejercemos los profesionales y que se suman a las ya padecidas por los niños/as: no se los/las escucha.

Es muy difícil informar una situación que está atravesando un niño ya que implica que el adulto se juegue el todo por el todo y soporte las consecuencias. Es una posición incómoda pero que privilegia a un sujeto que pide ayuda: niño, niña o adolescente.

En la práctica nos encontramos con adultos y profesionales que no informan situaciones en las que se están vulnerando los derechos de los niños/as. Los invade la incertidumbre y el miedo. Frente a esto, y en forma inmediata se deriva a Salud Mental, nombrando como patológico

aquello que no lo es. Mientras tanto, un niño/a espera/ padece, el temor de quienes obligados a protegerlos, no hacen nada.

Innumerables veces escuchamos que los equipos técnicos de educación, justicia, etc. refieren “nosotros no hacemos tratamiento”, lo cual nos lleva a pensar que “no tratan” con las personas. No tratan a aquel niño/a o a aquella mamá, papá, abuela, que con mucho dolor, vergüenza y esfuerzo logró poner en juego la palabra y decir lo que hasta ese momento era impronunciable. Mercedes Minnicelli¹⁰ refiere que el tratamiento es dar trato a aquel que lo solicita, y toma como ejemplo al médico de guardia: ¿qué hace el médico de guardia con un paciente que llega con una urgencia? Trata esa dolencia, da trato, hace tratamiento inmediato. Las preguntas que surgen ante esto es ¿Qué pasa que cuando un niño/a cuenta de su dolor? ¿Se le da trato o inmediatamente se lo deriva?

Nuevamente nos encontramos ante situaciones de violencia, pues a la anterior de “no escuchar”, se agrega la patologización que trae como consecuencia la derivación automática a Salud Mental. De esta forma reeditamos antiguos modelos donde lo diferente se encerraba entre cuatro paredes (manicomios, hospicios, orfanatos, etc.) para callar, para no ver, a quien pone en evidencia el malestar institucional.

Es aquí donde se hace necesario crear “ceremonias mínimas” como las denomina Mercedes Minnicelli (2013) para lo cual es necesario que haya adultos que estén dispuestos a creer en la posibilidad de realizar

¹⁰ Minnicelli, Mercedes, Conferencia dictada el 27 de junio de 2014 en General Pico, La Pampa.

pequeñas acciones que implique un corte, que marque un límite, que instituya infancia.

¿TRATAMIENTO O DAR TRATO?

No es reciente la expresión “no hacemos tratamiento”. Los equipos interdisciplinarios de diferentes instituciones ya hace mucho tiempo sostienen este emblema como definición de su práctica.

Este interrogante que ha tomado forma en este último tiempo con los aportes teórico-práctico de la Especialización en Infancia e Instituciones, tiene su origen hace más de una década cuando formando parte de un equipo en el área de Desarrollo Social del municipio local, nos decían “nosotros no hacemos tratamiento, deriven a Salud Mental”. Este mandato verticalista y unilineal nos dejaba a las psicólogas en un compartimento estanco sin posibilidad de otra cosa. Más aún, podríamos haber tenido alguna posibilidad de trabajar con ciertas problemáticas que requerían intervenciones específicas, acotadas y que implicaba “dar trato” a aquello que lo requería, pero el lineamiento exigía que rápidamente se derivara sin más.

Hoy como parte del equipo de salud, donde recibimos todas las derivaciones para tratamiento, seguimos cuestionándonos si es para tratamiento o es para dar trato.

Subyace la idea en el imaginario social que la única posibilidad de solucionar todos los problemas es haciendo tratamiento psicológico y/o psiquiátrico.

Las familias y la escuela, los padres y los docentes, están influenciados por la idea de que el diagnóstico temprano y el inmediato tratamiento van a dar solución a los problemas que suponen enfermedades.

Al respecto Gabriela Dueñas (2013) hace referencia a la tendencia en los docentes a derivar ya que sostienen la idea de que los problemas de atención e inquietud que manifiestan los niños en la escuela aluden a los padres. De esta forma se deja en manos de los profesionales de la salud el problema que supone un componente genético que se atribuye a las marcas imborrables que los padres dejan en sus hijos y que requieren de tratamientos y medicación. Por otro lado, los docentes estarían renunciando a preguntarse por otros tipos de razones en las que probablemente ellos tengan algo que ver. Quedan así desinvolucrados del problema, considerado a partir de allí como trastorno, el cual requiere tratamientos con soluciones mágicas (pastillitas).

La autora continúa diciendo que este reduccionismo borra tanto a la sociedad como productora de subjetividad como al sujeto como tal, cuestión ésta que se traduce en el ejercicio de una violencia simbólica sobre ella y lleva a quitar a los adultos responsabilidad como sociedad.

Alicia Stolkiner (2015) refiere que toda problemática de salud mental esta sobredeterminada por la confluencia de cuestiones económicas, sociales, simbólicas, culturales; así como subjetivas y como sistémicas en relación al funcionamiento macro y micro de la familia. Para una familia es más fácil pensar que la enfermedad, conducta disruptiva es solo del niño, que considerar que esas conductas están significando y siendo el analizador de algo que puede pasar en el grupo familiar y/o en la escuela.

Más aún, nos encontramos que es tranquilizador para las familias y para la escuela, contar con un diagnóstico que implique que el tratamiento adecuado es una medicación. A diario nos llegan pedidos de

informe donde los docentes solicitan que se detallen horarios, cantidad y tipo de medicación que toma el niño, como así también frecuencia de entrevistas semanales con el psicólogo y con el psiquiatra.

La medicalización es un fenómeno que está instalado en el imaginario social y sostenido fuertemente por la industria farmacéutica y la dinámica de los mercados. A diario vemos publicidad que nos remite a que la mejor calidad de vida, logros exitosos y la felicidad se alcanzan con tal analgésico que calma los dolores, aquellas vitaminas que permiten un mejor rendimiento intelectual, aquel antigripal que elimina la gripe en media hora y tal estimulante que logra la plenitud sexual.

Este proceso está ligado a una época que no tolera el envejecimiento, las imperfecciones corporales, ni ningún obstáculo que afecte el rendimiento o bienestar. Es así que la medicalización resulta funcional a la época condicionando la existencia de la vida de los sujetos.

En el ámbito de la Salud Mental, Gabriela Dueñas (2013) nos dice que la medicalización está estrechamente ligada a la idea de patologizar, esto es, concebir como enferma o anómala toda conducta que se aleje de lo esperable o resulte disruptiva. Advierte que los desarrollos de ciertos lugares de la ciencia de la salud mental están aportando un significativo y llamativo incremento del registro de nuevas enfermedades, lo que da vía libre al fenómeno de la medicalización. Toma al DSM como exponente de estos procesos. En el DSM I, de 1952, se describieron 106 trastornos, y en el DSM IV, de 1994, aumentaron a 357. En 1980, el DSM III, visibiliza una creciente estandarización de los diagnósticos psiquiátricos. Es así como el DSM, es objeto de críticas debido a su enfoque atóxico, por basar sus diagnósticos en síntomas, por elaborar

clasificaciones dependientes de suposiciones etiológicas y patogenéticas, y sobre todo por constituir un medio de etiquetado que adecua la realidad social a la realización de objetivos terapéuticos.

Pensamos que encasillar a la infancia en categorías diagnósticas que implica tratamientos psicológicos y/o psiquiátricos universales, atenta contra la infancia y, como mencionamos en un capítulo anterior de este trabajo, es un infanticidio del que todos podemos ser cómplices si no nos detenemos a revisar nuestra práctica. Más aun, implica vulnerar los derechos que tienen los niños, niñas y adolescentes, y esto conlleva a que podríamos ser partícipes de la comisión de un delito.

Alicia Stolkiner (2012) nos invita a hacer un recorrido por este proceso de medicalización. La aparición de los estados modernos en el nuevo orden capitalista llamó a la medicina a constituirse en un dispositivo de normalización y ordenamiento. Esto es, una medicina que devino en prácticas de cuidado de la salud buscando ordenar y sanear los espacios, lo que constituyó una medicina de estado.

En el siglo XIX tres sistemas médicos se generaron en el marco de los Estados liberales: una medicina asistencial dedicada a los pobres, una medicina administrativa encargada de los problemas de salubridad de la población y una medicina privada para los pudientes. La lógica de los estados liberales se rige por la filantropía.

La autora continúa diciendo que en el siglo XX, la implementación de los Estados de bienestar, el sistema de salud de acceso universal y gratuito, coloca a la salud en el campo de los derechos sociales.

En este mismo período, se genera el desarrollo de la industria química farmacéutica y la aparatología médica, promoviendo un mercado mundial. El proceso de medicalización adquiere un nuevo impulso que ya no es centrado en la acción estatal sino en el mercado. Se mercantiliza a la salud lo que implica un sujeto capaz de entrar al mercado como consumidor o cliente.

Es así como confluyen tres elementos antagónicos. Por un lado el creciente desarrollo de los derechos que da lugar a una idea de salud y del acceso a sus servicios como derecho humano. Por otro lado, la legitimación y posterior crisis del modelo médico-científico, el cual resultó insuficiente para alcanzar a toda la población y su acción mostró tener resultados que podían ser perjudiciales. Por último, el desarrollo de un mercado de los recursos de la atención de la salud que implica la expansión y la captura del deseo de los potenciales consumidores.

Se trata de una confluencia que implica una tensión entre la tendencia a que todos los aspectos de la vida tienen una condición mercantil por un lado, y por el otro, la emergencia de actores con un discurso basado en los derechos de las personas y la vida.

La autora refiere que en la Argentina la entrada de la medicina en la vida de la población fue impulsada por el Estado. Hasta mediados del siglo XX, se instituyó la atención filantrópica para los pobres, se le agregó las mutuales espontáneas para de los trabajadores y la asistencia privada para los pudientes, constituyendo lo que más tarde sería el sistema de atención en salud.

La posterior reforma de los noventa trató de colocar todo el sistema bajo la lógica de la competencia mercantil, haciendo un retroceso en

cuanto al reconocimiento del derecho al acceso igualitario a los servicios. Esto implicó que se fuera incorporando la atención médica y el uso de medicamentos como parte de las estrategias del cuidado de la salud de la mayoría de las familias. En estas circunstancias, se olvida que el derecho a la salud incluye también el derecho a lo no medicalización.

Desde hace tiempo los niños, niñas y adolescentes se constituyeron en objetos de políticas, instituciones y prácticas tendientes a garantizar su desarrollo por un lado, y por el otro a reducir el riesgo que significa cuando no están dadas las condiciones para el cuidado y tutela parental en los sectores populares. Es así que en los estados nacientes existe una representación de la infancia que se muestra como contradictoria: la infancia en peligro y la infancia peligrosa.

La Convención de los Derechos del Niño en la Argentina fue ley en 1990 y fue incorporada en la Reforma Constitucional de 1994. No obstante, en esa década, el desempleo, la precarización laboral y la disminución de los gastos sociales del Estado, impulsó a muchas familias a la pobreza produciendo una infancia en desamparo. Las familias, como partes del mercado, fueron impulsadas al consumo como satisfacción inmediata. También quedaron a expensas del temor a quedar fuera del sistema y por la incentivación de la competencia, lo cual influyó en las prácticas parentales generando altos niveles de exigencias a los hijos.

La escuela entró en crisis al desarticularse su función, al volverse lábil su relación con el Estado, y al enfrentarse con un mundo de comunicación, imagen y transformación de subjetividades que movilizaban sus supuestos de aprendizajes. El trabajo infantil, puso en evidencia que muchos niños eran el sostén económico de la familia.

Esta etapa termina con la crisis del 2001, lo que es seguida en 2003 por una redefinición de la relación entre Estado, economía y sociedad. En la Argentina se promulgaron leyes que garantizaban derechos.

La ley de Protección Integral de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes fue la herramienta para comenzar a dejar prácticas que se fundamentaban en la Ley de Patronato, lo cual genera tensión ya que implica profundos cambios para dejar de mirar al niño como objeto de cuidado y/o control.

No obstante, sigue estando el consumo como movilizador de la economía. En un mundo comunicacional y económicamente globalizado, reina el paradigma del consumo, donde la idea fundamental es la satisfacción inmediata, la solución veloz y la ausencia de malestar.

En este contexto, la infancia y la adolescencia son disruptivas. Sus actos develan y ponen en el discurso social y en las instituciones, aspectos naturalizados o invisibilizados.

Frente a este escenario, la medicalización hace un aporte para la normalización. Se trata del avance de la industria psicofarmacológica sobre el mercado que apunta a la infancia.

Más aun, la autora refiere que en el avance de la psicopatologización, la medicalización toma una forma particular. El malestar producido por los niños, las conductas disruptivas que desordenan lo institucional, problemas que se generan ante crisis de las familias o la escuela, síntomas que dan cuenta de abusos o violencia, rendimientos insuficientes para las expectativas de los adultos; son algunas de las

problemáticas que resultan reducidas a entidades psicopatológicas, y que suponen respuestas psicofarmacológicas.

No dejamos de reconocer que en algunas circunstancias los fármacos son necesarios para abordar el problema en su complejidad. Se hace necesario revisar cuando la psicofarmacología se vuelve una respuesta masiva. También es necesario rever la creación de nuevas patologías, o la adecuación de éstas a la psicofarmacología existente.

Gabriela Dueñas (2013) refiere que la cultura mediática y mercantilizada de estos tiempos, arrasa con la necesaria asimetría que requieren las relaciones paterno-filiales y docente-alumnos, homologando a todos en la posición de consumidores-consumidos, y pareciera que estaría dando forma a nuevos modos de vincularse entre adultos y niños/adolescentes, que difieren de tiempos y generaciones anteriores.

Con este recorrido y revisión de postulados teóricos, es que proponemos repensar nuestra práctica y preguntarnos ante la particularidad y singularidad de cada caso ¿tratamiento o dar trato? Creemos que es necesario agotar los recursos antes de que un niño/a y/o adolescente llegue a Salud Mental. Debemos dejar de pensar que toda vivencia dolorosa debe transformarse en una categoría psicopatológica. Dar tiempo a los recursos que posee cada sujeto para que se pongan en juego.

Hablamos de tiempo, que es justamente lo que hoy los adultos parece que no tenemos y no dejamos tener a la infancia. Nos resulta intolerable el llanto de un niño/a, es insoportable un niño/a que nos hace mil preguntas y ni hablar cuando cuestionan nuestro accionar: ¿Cómo se

pueden atrever a tanto? Pues si a tales conductas pudiéramos darle tiempo y de esta manera dar trato a aquello que conmueve a un niño/a, si pudiéramos dejar de pensar que las pastillitas pueden conducir al éxito, y si dejáramos a los niños/as ser niños/as, las derivaciones a tratamiento psicológico y psiquiátrico tengan al menos alguna posibilidad de dejar de ser la única opción.

Comenzamos este apartado con la expresión que sostienen muchos equipos técnicos de educación, justicia, municipio, desarrollo social, etc. “Nosotros no hacemos tratamiento”, la propuesta ahora es convertir esa expresión en un interrogante “¿Nosotros no hacemos tratamiento?”.

Se trata de pensar que el “tratamiento” psicológico y psiquiátrico no es la única opción para la problemática de la niñez y la adolescencia. Pues toda acción e intervención que hacen los equipos técnicos de educación, justicia, desarrollo social incluso salud, cuando están frente a un niño, niña y/o adolescente y la familia, ya sea en una o varias entrevistas, en un seguimiento social o en una orientación específica, que implique recibir, detectar, evaluar, diagnosticar, denunciar o derivar, es una forma de “dar trato” a la problemática de niños, niñas y adolescentes.

Ahora bien, si a esta forma de “dar trato” le sumamos un trabajo interinstitucional donde trabajemos juntos interdisciplinariamente, es una forma de “tratar” la singular y particular situación de un niño, niña y/o adolescente, y donde el “tratamiento” en salud mental sería el último eslabón si fuese necesario llegar a un abordaje psicológico o psiquiátrico.

Pues si no trabajamos de esta forma, si ante la más mínima sospecha de que algo no está bien derivamos a tratamiento a salud mental, corremos el riesgo de victimizar una vez más, de vulnerar derechos, de

tapar síntomas, de profundizar el sufrimiento y dejar huellas imborrables en la historia de un sujeto.

Esto implica que los profesionales tomemos una conducta comprometida y ética donde “demos trato” a las problemáticas de la niñez y adolescencia, y que, si la problemática lo requiere y el sujeto en cuestión lo considera, se de tratamiento en salud mental.

No desconocemos que esta propuesta de trabajo ofrece resistencias y que implica pensar y repensar nuestra práctica, estar dispuestos a enfrentar obstáculos, establecer acuerdos, toparse con negatividades absolutas de autoridades de turno, obtener resultados frustrantes y creer que nada más se puede hacer, enfrentamientos, discusiones. Lo importante es que más allá de esto no se pierda el objetivo. Es más, no abandonar el objetivo, seguir avanzando aunque a veces tengamos que detenernos un rato a la vera del camino hasta que pase la tormenta, pero solo para eso, para que pase y seguir andando, de esta forma construir y hacer caminos...”se hace camino al andar”.

ALGUNAS REFLEXIONES FINALES

Este trabajo parte de los interrogantes originados en la dinámica diaria de un Sector de Salud Mental Infanto Juvenil; con el recorrido teórico y las prácticas institucionales referidas pudimos ver el malestar con el que los profesionales de los equipos trabajamos a diario, malestar que nos dificulta delimitar nuestras incumbencias, que perturban la mirada necesaria para determinar que hacer o como intervenir, y que como consecuencia implica el deshacerse de aquello que genera tensión.

El recorrido teórico-práctico nos permitió entender que no todo requiere “tratamiento”, y que tenemos que “dar trato” trabajando juntos “en equipo” a los problemas que el ejercicio profesional nos enfrenta a diario, pero también dejó en evidencia aquello que tiene que ver con los conflictos internos a un equipo y la dificultad de trabajo interinstitucional con lo que nos enfrentamos a diario. Este es el inicio de un proceso que comienza hoy, que está inacabado, y que nos obliga a construir nuevas herramientas de intervención.

Vivimos en un mundo donde todo es rápido, donde la mirada, la escucha y la palabra toman características amenazantes, persecutorias y violentas. No hay tiempo para nada y las relaciones con los otros se han convertido en trámites.

Los adultos hemos caído en un circuito en donde el tiempo apremia, donde los superiores presionan, y la regla es desembarazarse rápidamente de aquello que pueda ser un problema.

Trabajamos juntos pero en la más profunda soledad. Temerosos, desconfiados, en estas condiciones nos enfrentamos con los niños y niñas.

Hablamos de la violencia de los otros y no reparamos en lo violentos que somos a diario cuando no le damos tiempo al tiempo de infancia.

Sentenciamos, etiquetamos, embalamos y despachamos...que pase el que sigue...y así transcurre la historia, dejando marcas que se hunden en lo profundo y que jamás serán borradas.

Estos somos los profesionales que trabajamos con la infancia, omnipotentes, sabelotodo, inconciliables, incapacitados para pensar, con un profundo malestar que no se puede poner en palabras porque hablar tiene un costo muy alto. Así estamos en compartimentos estancos aislados cuidándonos de los otros, atrincherados esperando el ataque y listos para la defensa. En el mientras tanto, seguimos hablando de qué hacer para mejorar la atención de los chicos, y los adultos estamos sumidos en un profundo malestar. Contradicción que se hace notar, pero que ninguno asume. ¿Adultos (¿enfermos?) tratando de solucionar problemas a los niños? ¿Patologías de la infancia o patologías de los adultos que trabajamos con la infancia? ¿Cómo ocuparnos de la problemática de las infancias y adolescencias, cuando todavía no nos ocupamos de los problemas que nos aquejan como adultos profesionales que trabajamos con la infancia? ¿Cómo brindar bienestar sino se puede con el propio malestar? Estos son algunos de los interrogantes que aparecen a partir de este recorrido teórico práctico que hemos hecho, que no se agotan, que nos invitan a seguir buscando respuestas, que nos obliga a ir más allá de la queja, que nos abre nuevas líneas de

investigación ya que creemos que se hace necesario tratarlos y que será de lo que nos intentaremos ocupar en un posterior recorrido teórico práctico.

Es este el puntapié inicial para seguir trabajando ya que se abren nuevos caminos problemáticos. Tal vez ésta sea la punta para empezar a pensar cómo escribir otra historia en la infancia.

Se abren innumerables interrogantes, autocríticas, preguntas que llevan a otras preguntas y la necesidad de la búsqueda de una respuesta, todo parecen un desorden, el caos y en medio de ello aparece algo tranquilizador...mientras podamos problematizar nuestra práctica, mientras haya una pregunta en donde sólo hubo certezas, mientras alguien introduzca la “ceremonia mínima” (Minnicelli, 2010) en aquello que “siempre fue así”, aparece esa posibilidad de empezar a caminar hacia algún lugar.

Los dichos que enuncian el malestar, expresan que allí mismo está lo por hacer, que siempre parte de la pregunta que interroga lo establecido, habilitando el juego significativo y la creación de otras alternativas que cuentan con fundamentos teóricos que provienen del psicoanálisis y se nutren del aporte de otras disciplinas sociales. (Ibid, 2010,p.3)

BIBLIOGRAFÍA

- Assoun, P.L y Zafiroopoulos, M (2006) *Lógicas del síntoma. Lógica pluridisciplinaria*. Buenos Aires. Nueva Visión.
- De Lajonquiere, L (2005). El psicoanálisis, la educación la infancia que supimos conseguir. *Violencia, medios y miedos*. Bs. As.- México: Novedades Educativas.
- De Lajonquiere, L (2011). *Figuras de lo Infantil. El Psicoanálisis en la vida cotidiana con niños*. Bs. As. Nueva Visión.
- De Lajonquiere, L (2013). *Los Niños Salvajes*. Artículo publicado en Página 12, jueves 11 de abril 2013. Buenos Aires.
- Donzelot, J (1977). *La policía de las familias*. Bs as. Ediciones Nueva Visión.
- Dueñas, G. (2013). *Niños en peligros. La escuela no es un hospital*. Bs. As. Noveduc libros.
- Minnicelli, M (2004) *Infancias Publicas. No hay Derecho*. Bs. As.- México. Novedades Educativas
- Minnicelli, M (2010) *Infancias en estado de excepción. Derechos del niño y psicoanálisis*. Bs. As.- México: Novedades Educativas
- Minnicelli, M (2010). “Ceremonias Mínimas”. Clase dictada en la Diplomatura en Psicoanálisis y prácticas Socio-Educativas. FLACSO- Argentina. Área Educación.
- Minnicelli, M (2013) Clases dictada en la Carrera de Especialización en Infancias e Instituciones. Facultad de Psicología. Universidad Nacional de Mar del Plata. Marzo 2013

- Minnicelli, M (2013) *Ceremonias Mínimas: una apuesta a la educación en la era del consumo*. Rosario. Santa Fe. Homo Sapiens.
- Tizio, H (2002) Sobre las instituciones. En *La educación en tiempos de incertidumbre: las apuestas de la Pedagogía Social*. Núñez, Violeta (coord.) España. Gedisa.
- Stolkiner, A. (2012). *Infancia y medicalización en la era de la "salud perfecta"*. Propuesta Educativa Número 37-Año 21- Jun. 2012. FLACSO ARGENTINA.
- Stolkiner, A. (2015). Entrevista a Alicia Stolkiner realizada por Cintia Montes. INFEIES-RM. Año 4. N° 4. Mayo de 2015.