

Medicalización y procesos de construcción de subjetividad de niñas, niños y adolescentes privados de cuidados parentales en sus recorridos por instituciones de albergue del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires¹

Gabriela Spinelli; Ministerio Público de la Defensa ante el Órgano de Revisión de Salud Mental; e-mail: estuga@gmail.com

Lorena Irala; Posgrado en Determinantes de la Salud Mental en Ciencias Sociales. Facultad de Ciencias Sociales-UBA; e-mail: lorenairala@hotmail.com

Gustavo Lasala; Posgrado en Determinantes de la Salud Mental en Ciencias Sociales. Facultad de Ciencias Sociales-UBA; e-mail: gustavolasala@gmail.com

Lucía Rodríguez; Posgrado en Determinantes de la Salud Mental en Ciencias Sociales. Facultad de Ciencias Sociales-UBA; e-mail: lurodriguez@gmail.com

Introducción

La Ley Nacional de Salud Mental 26.657 de 2010 vino a adecuar la legislación interna a los estándares internacionales y a reconocer el derecho a la protección de la salud mental desde un enfoque de derechos humanos. La norma significa un sustancial cambio de paradigma, en tanto avanza hacia el reconocimiento de las personas con padecimiento en su salud mental como sujetos de derechos y reconoce expresamente el respeto de su voluntad.

Al igual que la Ley de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires 448/2000, que le sirvió de antecedente, la norma nacional define a la salud mental como un proceso que contempla aspectos históricos, socio-económicos, biológicos, culturales y psicológicos.

En el modelo de abordaje propuesto por ambas leyes se promueve la atención fuera del ámbito hospitalario con un enfoque comunitario y los dispositivos de no internamiento, tales como consultas ambulatorias, servicios de inclusión social y laboral, atención domiciliaria, apoyo a las personas y grupos familiares, entre muchos otros; la internación es un recurso excepcional y solo admisible cuando no sean posibles los abordajes comunitarios.

Sin embargo, en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA), las respuestas estatales destinadas para las personas menores de 18 años privadas de cuidados parentales instauran un circuito de instituciones –asistenciales y residenciales– que reproduce una lógica de encierro y segregación de las personas que ingresan al circuito de internación hospitalaria.

Ese circuito es la boca de entrada a una *deriva* institucional que afecta a estas niñas y estos niños y adolescentes insertos en entramados sociales frágiles y precarizados. La entrada al circuito hospitalario, concentrado casi en un único hospital monovalente, da lugar a un recorrido institucional que implica el ingreso a distintas instituciones cada vez más “especializadas” y más totalizantes.

¹ La ponencia recupera líneas de trabajo publicadas en el capítulo: *Procesos de construcción de subjetividad de niñas, niños y adolescentes privados de cuidados parentales*, publicado en el libro “Determinantes de la salud mental en ciencias sociales: actores, conceptualizaciones, políticas y prácticas en el marco de la Ley 26657”. Departamento de Publicaciones de la Facultad de Derecho y Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires, 2015. Pp. 129-142.

Se puede tomar el concepto de medicalización para pensar el proceso por el cual cuestiones de la vida social y colectiva son leídas desde el saber y la práctica médica (Faraone y otros, 2009). Es decir, el concepto de medicalización es aquel que aporta a la comprensión de los motivos y consecuencias que derivan de caracterizar ciertas cuestiones, como padecimientos, síndromes o enfermedades, y se las trata medicamente. En la actualidad, teniendo en cuenta el nivel de desarrollo en que se encuentra el proceso de medicalización de la infancia –y el particular modo de expresión que toma en el caso de niños, niñas y adolescentes en situación de vulneración de derechos–, la articulación entre políticas de infancia y prácticas en Salud Mental constituye un eje crucial a ser pensado. Tal como señala Stolkiner, existe el riesgo de que la tutela del patronato retorne bajo el disfraz de la atención psiquiátrico-psicológica (Stolkiner, 2009).

Teniendo en cuenta estos conceptos, analizamos los procesos de construcción de subjetividad de niños, niñas y adolescentes privados de cuidados parentales en sus recorridos por las instituciones de albergue del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (GCBA), y las implicancias en su salud mental.

Estrategia metodológica y marco contextual

La investigación tuvo un diseño descriptivo y exploratorio en el marco de una metodología cualitativa flexible, sensible a lo inesperado y pertinente para descubrir otros puntos de vista no identificados previamente. Como se adelantó, la población en estudio fueron niños, niñas y adolescentes privados de cuidados parentales y alojados en instituciones del GCBA. Se utilizaron las técnicas de observación y la toma de entrevistas semiestructuradas a dos responsables de instituciones.

También recurrimos a la investigación documental sobre las actuaciones administrativas que tramitan en la Asesoría General Tutelar (AGT), que incluyen registros de sus intervenciones y de organismos del GCBA: la Dirección General de Niñez del Ministerio de Desarrollo Social, el Consejo de los Derechos del Niño, Niña y Adolescentes, los hospitales públicos y las instituciones de albergue. Asimismo realizamos entrevistas a dos jóvenes que actualmente se encuentran alojados en una institución de albergue propuesta por el GCBA; estos casos fueron seleccionados en virtud de sus trayectorias y porque los consideramos paradigmáticos para estudiar los procesos de construcción de subjetividad y las implicancias en la salud mental.

En todos los casos las entrevistas tuvieron en cuenta las normativas éticas de consentimiento informado y anonimato.

Algunas precisiones

Consideramos la construcción social de la subjetividad como un proceso histórico ligado, entre otros aspectos, a las políticas sociales que se desarrollaron en nuestro país. Para ello tenemos en consideración que la Ley Nacional de Salud Mental forma parte de un proceso que pretende dar alguna respuesta a los mecanismos de desintegración de la salud pública implementados en nuestro país durante los años de aplicación de políticas neoliberales, o, como lo define Murillo (2012), del “arte neoliberal de gobierno”.

Este proceso de transformaciones objetivas de las políticas sociales de salud ha dado lugar a nuevos procesos de subjetivación, producto tanto del modo en que estas impactaron en nuestra sociedad como del diseño para el que fueron concebidas. Como propone Klein (2007) en una sociedad que se encuentra en estado de shock –político, social y económico–, como lo estaba la Argentina del neoliberalismo, el concepto de riesgo de otro social peligroso produjo verdaderos virajes en la subjetividad colectiva y profundizó la implementación de estrategias defensivas frente a la emergencia de una otredad “patológica” y “peligrosa”.

Estas subjetividades dicotomizadas entre lo *normal* y lo *patológico* abonaron la implementación de prácticas de alta medicalización en las que la referencia del nuevo mapa de las normalidades y patologías se pueden leer en los manuales de psiquiatría que se producen en los países centrales.

En la CABA, las niñas y los niños y adolescentes privados o carentes de cuidados parentales son alojados en instituciones de albergue. La ley del GCBA 2881/2008, los define como “aquellos establecimientos en los cuales se brindan servicios de alojamiento transitorio, alimentación, higiene, recreación activa o pasiva, a título oneroso o gratuito, a niñas, niños y adolescentes en un espacio convivencial, acorde a los fines propuestos en el proyecto socioeducativo elaborado por el establecimiento”.

Esas instituciones, en su mayoría organizaciones no gubernamentales contratadas por el Ministerio de Desarrollo Social del GCBA, son clasificadas en diversas categorías: convivencial, de atención especializada, destinadas a niños, niñas y adolescentes con discapacidad y de atención integral en Salud Mental. Desde septiembre de 2010, a partir de la sanción del Decreto 647, las instituciones destinadas a las niñas, los niños y adolescentes con padecimientos en su salud mental y con discapacidad fueron transferidas al Ministerio de Salud, específicamente a la Dirección General de Salud Mental.

Definimos este modelo como de un paradigma de control social que, aplicado a nuestro objeto de investigación, se plasma, por un lado, en una mayor medicalización de los sujetos niños, niñas y adolescentes “patológicos”, y por el otro, en una suerte de aislamiento de la sociedad en instituciones cada vez más totales de acuerdo al grado de “peligrosidad” que representan socialmente.

Según Stolkner (2010), un rasgo característico de nuestra época es el antagonismo entre *objetivación* y *subjetivación*. En un contexto de extrema mercantilización, incluso los seres humanos pueden adquirir el carácter de cosa y, en consecuencia, perder su condición de persona y su carácter de sujeto de derechos. En ese sentido, la autora señala que la forma de contrarrestar esa tendencia es la vigencia efectiva de los derechos, así como el desarrollo de *prácticas subjetivantes*; es decir, aquellas que, enmarcadas en el respeto por los derechos y la dignidad humana, abordan a los sujetos como seres deseantes, poseedores de una historia y una identidad. Específicamente, en el campo de la Salud Mental, ese antagonismo entre objetivación y subjetivación se manifiesta como una pugna entre dos tendencias: una que objetiva por la vía de la medicalización contra la tendencia subjetivante, que parte del reconocimiento de las personas como sujetos de derechos (Stolkner, 2009).

Sujetos de derecho versus lógica tutelar

Las complejas situaciones que atraviesan las niñas, los niños y adolescentes más vulnerabilizados, que presentan altos niveles de sufrimiento psíquico, difícilmente puedan ser abordadas desde una concepción biologicista que no remita a la red de relaciones sociales que determinan lo fenoménico de ese padecimiento.

La Ley Nacional de Protección Integral de Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes 26.061/2005 reconoció a las personas menores de edad como sujetos de derechos y al Estado como responsable de crear las condiciones para promover y hacer efectivos esos derechos. Esta adecuación normativa, que en la CABA se produjo cinco años antes con la sanción de la Ley de Protección Integral de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes 114/1998, marca una bisagra respecto del modo de concebir la infancia. No obstante, en este distrito, el acotado desarrollo institucional derivado de la normativa fue insuficiente para erradicar la lógica tutelar naturalizada en las prácticas firmemente arraigadas entre los operadores y fuertemente instalada en los núcleos de poder institucional.

Por otra parte, la Ley Nacional de Salud Mental produjo también un cambio de paradigma, ya que promueve el desarrollo de una red de servicios de Salud Mental con base en la comunidad y en articulación con redes intersectoriales y sociales, para satisfacer las necesidades de promoción, prevención y tratamiento que incluya servicios de salud en atención general y sistemas de apoyo, entre otros.

Ambas normativas configuran un escenario privilegiado para la implementación de políticas tanto de infancia como de salud mental que se traduzcan en *prácticas subjetivantes* que contemplen el reconocimiento de la diversidad y la consideración de las personas menores de edad como sujetos de derechos; sin embargo, consideramos necesario revisar las respuestas de la administración del GCBA, ya que favorecen la reproducción del sistema tutelar y perpetúan un modelo asistencialista y manicomial.

Las internaciones en salud mental En el ámbito de la CABA, la internación de personas menores de edad por razones de salud mental en dispositivos públicos pertenecientes al GCBA se lleva a cabo en dos hospitales monovalentes y un hospital general de niños.

Según datos obtenidos de la AGT, el total de las personas internadas en esos establecimientos durante el año 2010, un 72% vivía con su familia al momento de la internación, un 15% provino de las instituciones de albergue y poco menos de un 5% estaba en situación de calle. Aun cuando los niños, niñas y adolescentes en situación de calle no necesariamente están privados o carentes de cuidados parentales, la mayoría de ellos no cuenta con acompañamiento familiar durante las internaciones ni son externados con sus grupos familiares, en muchos casos producto de la deficitaria política de fortalecimiento familiar del GCBA. Por ello, puede deducirse que aproximadamente el 20% de las personas menores de edad internadas por razones de salud mental en el ámbito de la CABA se encuentra privado o carente de cuidados parentales.

Las políticas que el GCBA destina hacia esa población están centradas casi en su totalidad en respuestas institucionales que clasifican y discriminan a las personas según sus diagnósticos. Así, las niñas, los niños y adolescentes que al momento del alta hospitalaria no pueden ser externados con sus grupos familiares son derivados a otras instituciones –comunidades terapéuticas o instituciones de albergue, según el caso– que reproducen el encierro y la lógica totalizante.

Por otra parte, la respuesta sanitaria para los padecimientos subjetivos en la infancia, tanto en tratamientos ambulatorios como de instituciones intermedias –tales como

centros u hospitales de día– es también absolutamente insuficiente, lo cual provoca que las niñas, los niños y adolescentes que, por lo general, ya han sido excluidos de ámbitos escolares y comunitarios, sean también excluidos de los ámbitos de salud (Barcala y otros, 2009).

La carencia de dispositivos que aborden problemáticas complejas de salud mental, señala Barcala (2011), favorece que las niñas, los niños y adolescentes con padecimientos subjetivos graves sean internados en el hospital monovalente de la CABA destinado a esta población (lugar estigmatizado que degrada simbólicamente a quienes son derivados) como única respuesta existente. Como mencionamos, la CABA ha sido pionera tanto en la sanción de leyes de protección de derechos de niños, niñas y adolescentes, como de Salud Mental. Sin embargo, al igual que durante la vigencia de la Ley de Patronato, la privación de libertad de las personas menores de edad consideradas *enfermas, peligrosas, abandonadas*, sigue siendo una práctica vigente y naturalizada.

Las instituciones de albergue y los procesos de estigmatización

Puntualizamos que las instituciones destinadas al albergue de personas menores de edad privadas de cuidados parentales se clasifican en diversa categorías, entre ellas convivencial, de atención especializada, las destinadas a niños, niñas y adolescentes con discapacidad y, por último, las de atención integral de Salud Mental. El 93% de los establecimientos de albergue corresponde a organizaciones no gubernamentales contratadas por el GCBA, el 4% a efectores estatales y el 3% a efectores mixtos (gestión privada y financiamiento estatal).

Una forma de objetivación

Como también subrayamos, hasta septiembre de 2010 las instituciones encuadradas en todas las modalidades dependían del Ministerio de Desarrollo Social y a partir de esa fecha, las instituciones estatales y las de efectores mixtos fueron transferidas al ámbito de la Dirección General de Salud Mental dependiente del Ministerio de Salud. Este cambio patologizó aun más la respuesta que se brindaba desde la original dependencia.

Para dar identidad a lo que acabamos de enunciar basta advertir que las instituciones transferidas a la órbita de Salud Mental no están destinadas a cualquier persona menor de edad que requiera un “tratamiento en su salud mental”, sino solo a aquellas que *ingresan al circuito* por diversas problemáticas familiares, entre las que la pobreza es la variable común. Al ser consultada por el perfil poblacional que se atiende en una de esas instituciones, una entrevistada respondió:

Chicos en situación de indigencia, en el 100% de los casos con experiencias de abuso y maltrato, con historia de consumo de sustancias psicoactivas, una historia realmente nefasta. Y bueno, por esta historia que estuvo presente, es el presente de estos chicos. Están medicados, la medicación que toman está obviamente siendo administrada por los operadores que trabajan en la institución, pero conducida por un médico psiquiatra.

La categorización entre las distintas modalidades de instituciones de albergue está determinada por los diagnósticos de la población objetivo. Así, según refieren los

lineamientos de la Dirección General de Niñez, el dispositivo convivencial es definido como un espacio que brinda atención personalizada a niños, niñas y adolescentes que se encuentran desvinculados de su grupo familiar.

Los hogares de atención especializada contemplan la atención de aquellos que “requieran mayor contención profesional debido a su salud mental” (Ministerio Público Tutelar, 2011: 96) y las instituciones de atención integral de Salud Mental están destinadas a niños, niñas y adolescentes que padecen una patología mental grave. Por último, las instituciones destinadas a las personas con discapacidad tienen como objetivo brindarle a esa población la incorporación de conocimiento y aprendizaje de carácter educativo a través de enfoques metodológicos y técnicas de carácter terapéuticos.

Para realizar las derivaciones, la Dirección General de Niñez toma en cuenta el diagnóstico de cada niño, niña o adolescente según lógicas clasificatorias diversas, en tanto recopila categorías diagnósticas psiquiátricas de la cuarta versión del Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV por su sigla en inglés), y en simultáneo retoma nominaciones propias del área de la psicología, de diversas escuelas teóricas y con propuestas terapéuticas disímiles. Tales lógicas se basan en un sustento teórico diferente que implica distintas miradas sobre el padecimiento psíquico.

Para clasificar a niños, niñas y adolescentes que ingresan en las llamadas instituciones de atención especializada, la Dirección General de Niñez contempla algunos diagnósticos listados en el apartado “Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia” del DSM-IV, entre los que se cuentan:

Retraso mental leve, trastornos del aprendizaje, trastorno por déficit de atención y comportamiento perturbador, trastornos adaptativos, trastornos de la identidad sexual, de la personalidad, del control de los impulsos y comportamiento antisocial de la niñez o la adolescencia. Mientras que, para definir quienes deben ingresar en las instituciones integrales destinadas a niños, niñas y adolescentes con necesidades especiales y, por último, de atención integral en Salud Mental, los referidos lineamientos incluyen nosologías propias de la psiquiatría más clásica, y con un corte más decididamente psicoanalítico, como: *neurosis grave, psicosis compensada, crisis depresiva grave, deficiencia mental leve o moderada con alteraciones psiquiátricas.*

Siguiendo a Llobet (2006), consideramos que en los criterios de clasificación, demarcación, valoraciones y estrategias implícitas en la forma en que las instituciones interpretan y definen los problemas que abordan, se concretan las formulaciones políticas y se expresan los sentidos y representaciones sobre la infancia.

Desde esa perspectiva, el encasillamiento según diagnósticos –sin entrar en el análisis de quienes y que conductas son diagnosticadas–, también definido como “etiquetado diagnóstico”, pone en evidencia una visión patologizadora que margina y excluye a niños, niñas y adolescentes con padecimientos mentales de los espacios destinados a los otros niños.

La Ley 448 de la CABA y la Ley Nacional de Salud Mental prohíben la discriminación en razón de los diagnósticos o padecimientos mentales. En el mismo sentido, la Ley 26.061 garantiza el principio de igualdad y no discriminación por razones de salud. En franca contradicción con esas prescripciones normativas, las respuestas del GCBA promueven tratamientos y circuitos diferenciados que discriminan a uno de los sectores más vulnerables.

La clasificación no es sin consecuencias

De acuerdo a la tipificación que se realice, se activa un determinado circuito que comienza a trazar trayectorias diferentes. Las niñas y los niños y adolescentes “sanos” son derivados a instituciones convivenciales, quienes han sido diagnosticados con *trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador*, por ejemplo, son alojados en instituciones de atención especializada, y aquellos diagnosticados con *psicosis compensada, crisis depresiva grave o con discapacidades*, deberán ser alojados en instituciones que ahora dependen del Ministerio de Salud.

En relación con los criterios de admisión de una de las instituciones de salud mental, el personal directivo entrevistado explico lo que se requiere del niño.

[...] sea permeable a inocular lo normativo. Con los “disociales”, como se les dice en la jerga de los hogares, y para mí psicopáticos, es muy difícil lograr algo en beneficio del joven y de la institución y del grupo. Es difícil. Te diría que no es fácil, es más: no es posible. Un disocial... yo a este mmmh.

Una institución total puede definirse como un lugar de residencia y trabajo donde un gran número de individuos en igual situación, aislados de la sociedad por un periodo apreciable de tiempo, comparten en su encierro una rutina diaria administrada formalmente (Goffman, 2009). Así, y aun cuando todas las instituciones analizadas suponen, en mayor o menor grado, una lógica de institución total, cuanto más especializada es la institución, mas totalizadoras son sus prácticas y, por ende, mas segregadoras y excluyentes.

En las instituciones llamadas “de atención especializada”, al igual que en las de atención integral de Salud Mental y las de discapacidad, las actividades de la vida cotidiana, los tratamientos psicológicos y psiquiátricos y la educación se realizan dentro de la institución.

7

En un análisis realizado en 2010 por la AGT, a partir de las visitas e inspecciones institucionales a distintos tipos de dispositivos, pudo constatar que el 30% de las instituciones de albergue dijo alojar a niños y niñas que no accedían a la escolaridad formal. La vulneración del derecho a la educación registra niveles más altos en las modalidades de “atención especial”, “atención de necesidades especiales” y “atención integral de salud mental” (Ministerio Publico Tutelar, 2010: 78).

En este sentido, resulta muy esclarecedora la opinión de una entrevistada:

Se nos exige que los chicos vayan a un efector público y esto es sumamente difícil en este tipo de chicos porque no tienen la capacidad de sostener un esfuerzo sostenido [sic]. Además de brotes, con los que convivimos bastante frecuentemente y todas las semanas en muchos casos. La escolaridad es brindada dentro de la misma institución.

En la misma línea, el informe destaca que, aun cuando las instituciones de todos los tipos señalan que uno de los principales obstáculos para la externación de las niñas y los niños y adolescentes son las insuficientes políticas públicas orientadas al fortalecimiento familiar y social, las posibilidades de egreso aparecen condicionadas al grado de especialidad institucional; esto es: a mayor especialidad institucional disminuyen las posibilidades de egreso.

Agrega que el tratamiento farmacológico es una práctica que aumenta según el tipo de institución de que se trate: señala casi que el 40% de las instituciones del tipo

convivencial cuenta con niños, niñas y adolescentes que reciben medicación psiquiátrica, mientras que en las del tipo “atención especializada” se encuentran en esas condiciones el 100% de los alojados (Ministerio Público Tutelar, 2010: 76).

El nivel de *medicamentación* (Faraone, 2008) en las instituciones de atención integral de la salud mental es alarmante. Según refiere la AGT en el Informe de Gestión de 2011, la propia Dirección General de Salud Mental reconoce que la medicación es en muchos casos utilizada como única estrategia y prescrita en altas dosis, incluso superiores a los límites permitidos. A modo de ejemplo, ese informe señala que:

“Se observa, con algunas jóvenes, la utilización de psicofármacos en dosis elevadas, por encima de los límites permitidos [...]. La dirección de la institución ubica la medicación como una variable central, casi única en la estabilización de las jóvenes” (Ministerio Público Tutelar, 2011: 122).

También señala que las posibilidades de egreso y de un proyecto de vida autónomo por lo general se ven condicionadas por las valoraciones que los equipos y directivos de las instituciones tienen de las personas que alojan. A partir de supuestos del equipo, que se vinculan con las dificultades de los jóvenes de establecer contactos con el afuera, de la carencia de habilidades sociales o de poder manejarse autónomamente en el contexto, se observa una tendencia a no promover vínculos en ese ámbito (Ministerio Público Tutelar, 2011: 122).

Así, una persona entrevistada, perteneciente a una de las instituciones, refirió:

Estos chicos son el efecto de algo diferente, que no es la familia; estos chicos vinieron a la vida porque sí, son un accidente biológico. Y se los echa, se los aborta de la casa familiar. Yo desde que empecé acá nunca vi que un chico egresara. Lo que sí vi es que se escapara o se lo trasladara a otro hogar.

El recorrido institucional

Las prácticas que se llevan a cabo en los dispositivos en análisis dan lugar a procesos de estigmatización (Goffman, 1998; Acuña y Bolis, 2005) en tanto promueven la exclusión, la marginación y la desvalorización de las personas allí alojadas. Por su parte, el hecho de que la totalidad de ellas se encuentre en situación de vulnerabilidad social advierte sobre los medios de control social que se emplean respecto de determinados grupos. En este contexto, Acuña y Bolis remarcan que el Programa Conjunto de la Organización de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida (ONUSIDA) plantea que: “Estigma es un poderoso medio de control social aplicado por medio de la marginalización, exclusión y ejercicio de poder sobre individuos que presentan ciertas características” (Acuña y Bolis, 2005: 3).

El paso entre una y otra institución de diferente categoría también opera como estigma y sella el destino de estas niñas y estos niños. Así, los caracterizados como “problemáticos” son generalmente trasladados de las instituciones convivenciales a las de atención especializada y rara vez vuelven a ser admitidos en las anteriores. Los esperables episodios de llanto, enojo y/o agresión –entre otras expresiones– lejos de promover una respuesta que aloje tal sufrimiento, son leídos como crisis de excitación psicomotriz y en la mayoría de los casos la niña o el niño es derivado para su atención a los hospitales monovalentes de Salud Mental; y, tal como sucede en la situación anterior, tampoco es posible que retornen a las instituciones donde estaban alojados.

La internación psiquiátrica configura una nueva marca y se constituye en un “motivo” usado por las instituciones convivenciales para rechazar a niños, niñas y adolescentes que se encuentren en condiciones de alta hospitalaria y no puedan regresar con sus familias o referentes afectivos. Las instituciones suelen fundar sus negativas en el hecho de que las personas evaluadas “no cumplen con el perfil institucional”.

Actualmente, la externación de los hospitales de niños y niñas que, en condiciones de alta hospitalaria no puedan vivir con sus familias –circunstancia que en la mayoría de los casos es provocada por el déficit de políticas de fortalecimiento familiar y la desarticulación entre las distintas áreas responsables–, se efectiviza en los dispositivos transferidos al área de salud o a comunidades terapéuticas. Un integrante de estas instituciones señaló que:

Prestamos un servicio, tratamos de descomprimir la institución hospitalaria que en muchos casos está con recursos de amparo y hay que colocar a los chicos en un lugar diferente. Se nos exige alojar menores que por ahí no se adecuan al perfil de la institución.

Uno de los resultados de la decisión del GCBA de transferir a la Dirección de Salud Mental las instituciones de alojamiento fue “psiquiatrizar” a las personas que ingresan al circuito de la institucionalización por problemáticas sociales y familiares, entre las cuales la pobreza es la variable común, y finalmente quedan internados bajo la órbita del Ministerio de Salud. Niños, niñas y adolescentes.

Vienen derivados de alguna institución de puertas cerradas, te diría casi tumberos. Son los chicos que vos ves en la calle y que delinquen, que roban, y el lenguaje que usan es el típico de una institución carcelaria, con lo cual hay un contrato con la muerte bastante importante. Uno hace lo que puede, que por lo general es bastante poco.

Para abordar la cuestión de la identidad dentro de este ámbito, vale subrayar lo señalado por Costa y Gagliano, quienes sostienen que “en las prácticas institucionales cotidianas, los menores son legajos, historias clínicas, prontuarios o ‘sujetos’ de programas. A través de ello rige un proceso de minorización que no supone un final en la mayoría de edad sino que deja marcas estructurales que hace que aquellos que han transitado ese camino continúan más tarde o más temprano a través de distintos dispositivos institucionales” (Costa y Gagliano, 2000: 85).

Para seguir pensando

Hemos analizado en este trabajo de qué manera el recorrido institucional por el que transitan las niñas, los niños y los adolescentes con altos niveles de sufrimiento psíquico se constituyen en una marca que los excluye, margina y los encierra en un circuito que les es exclusivo.

El recurso de la medicalización como primera respuesta muestra a las claras las concepciones que traducen las dificultades sociales en una especie de idioma químico en donde el padecimiento solo puede ser leído como una problemática a ser corregida de esa manera. Las prácticas profesionales, por su parte, se muestran acordes con las representaciones sociales de estos actores, y en ellas intervienen no solo procesos históricos y económicos, sino también ideológicos. Nuestros profesionales de la salud son formados y formadores *en y de* ideología. Tal vez la Ley de Salud Mental resulte el marco de intervención en esta cuestión, prioritaria en la formación de la subjetividad.

A las niñas, los niños y adolescentes con mayor nivel de vulnerabilidad psicosocial el GCBA les ofrece instituciones con lógica de premios y castigos, con características expulsivas y punitivas, con respuestas casi carcelarias, en las cuales el diagnóstico, lejos de pensarse enmarcado en un tratamiento y que posibilite el diseño de una estrategia terapéutica acorde a una situación de salud, es utilizado para segregar y etiquetar. Ello sin perjuicio de que se trata de etiquetas puestas de una vez y presentadas como situaciones definitivas.

En línea con Galende (2008), sostenemos que una institución es una organización que condiciona ciertas formas de relaciones humanas, construye identidades y valores, y en ese sentido es formadora de subjetividad. Desde esa perspectiva, los discursos institucionales del complejo entramado de actores determinan, y a su vez complementan, la identidad de niños, niñas y adolescentes que transiten por esas instituciones.

De acuerdo a lo analizado, consideramos que la transformación de las políticas de infancia y de salud mental que demandan las leyes vigentes en la CABA deben orientarse hacia el desarrollo de prácticas que, a partir de un modelo de atención comunitaria en Salud Mental, eviten la medicalización, estigmatización y exclusión de los espacios sociales e impidan la internación psiquiátrica de los niños y las niñas con mayor nivel de vulnerabilidad psicosocial.

El foco de esas políticas debe centrarse en acciones que modifiquen las condiciones de vida y atenúen el padecimiento psicosocial de estas personas y que, enmarcadas en el respeto por los derechos y la dignidad humana, aborden a los sujetos como seres deseantes, poseedores de una historia y una identidad.

Referencias Bibliográficas

Acuña, C. y M. Bolis (2005). "La estigmatización y el acceso a la atención de salud en América Latina: amenazas y perspectivas". OPS/OMS, julio. <http://www.eutimia.com/ops/leg-estigmatizacion-esp.pdf>

Barcala, A. (2011). "Dispositivos e intervenciones en salud mental infantil en la Ciudad de Buenos Aires". Premio Facultad de Psicología, UBA, pp. 53-81.

Barcala, A. F. Torricelli, A. Álvarez Zunino, J. Marotta (2009). "Programa de atención comunitaria a niños/as y adolescentes con trastornos mentales severos: una construcción que articula la experiencia clínica, la investigación académica y su transferencia al sistema sanitario", en *Vertex. Revista Argentina de Psiquiatría*, XX, 282-292.

Costa, M. y R. Gagliano (2000). "Las infancias de la minoridad", en S. Duschatzky (comp.). *Tutelados y asistidos. Programas sociales, políticas públicas y subjetividad*, 69-119. Buenos Aires: Paidós.

Faraone, S. (2008). "Medicalización de la infancia: Una mirada desde la complejidad de los actores y políticas", en *Revista Margen*. <http://www.topia.com.ar/articulos/medicalizaci%C3%B3n-de-la-infancia-una-mirada-desde-la-complejidad-de-los-actores-y-las-pol%C3%ADtic>

Faraone, S., A. Barcala, E. Bianchi y F. Torricelli (2009). "La industria farmacéutica en los procesos de medicalización/medicamentación en la infancia", en *Revista Margen*, 54. <http://www.margen.org/suscri/numero54.html>

Galende, E. (2008). "Desmanicomialización institucional y subjetiva". Conferencia y Mesa Redonda sobre Desmanicomialización, en *Psicoanálisis*, vol. XXX, n° 2/3, 26 de agosto, pp. 395-427. <http://www.apdeba.org/wp-content/uploads/Conferencia-E.-Galende.pdf>

- Goffman, E. (1998). *Estigma. La identidad deteriorada*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Goffman, E. (2009). *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Klein, N. (2007). *La doctrina del shock. El auge del capitalismo del desastre*. Barcelona: Paidós.
- Llobet, V. (2006). “Las políticas sociales para la infancia vulnerable. Algunas reflexiones desde la Psicología”, en *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 4, 1, 1-20.
- Ministerio Público Tutelar (2010). *Niñez, adolescencia y salud mental en la Ciudad de Buenos Aires. Informe de Gestión*.
<http://asesoria.jusbaires.gob.ar/sites/default/files/informe%20anual%202010.pdf>
- Ministerio Público Tutelar (2011). *Niñez, adolescencia y salud mental en la Ciudad de Buenos Aires. Informe de gestión*.
<http://asesoria.jusbaires.gob.ar/sites/default/files/InformeAnual2011.pdf>
- Murillo, S. (2012). “La cultura del malestar o el gobierno a distancia de los sujetos”. Presentación, XIV Congreso Argentino de Psicología: Los malestares de la época, 12, 13 y 14 de abril, Salta. http://www.fepra.org.ar/docs/Actas_XIV_Congreso.pdf
- Stolkiner, A. (2009). “Niños y adolescentes e instituciones de Salud Mental”, en S. Calveyra y V. De Gemmis (comp.), *Del Invento a la Herramienta*. Buenos Aires: Polemos.
- Stolkiner, A. (2010). “Derechos humanos y derecho a la salud en América Latina: la doble faz de una idea potente”, en *Medicina social*, 5, 1, 89-95.