

**XIII JORNADAS NACIONALES DE DEBATE
INTERDISCIPLINARIO EN SALUD Y POBLACIÓN**

Investigación e intervención en salud: demandas históricas, derechos pendientes y desigualdades emergentes

Buenos Aires, 1, 2 y 3 de Agosto de 2018

MESA 11: Bio/medicalización de la vida y salud mental en América Latina. Procesos históricos y panoramas actuales en perspectiva.

Título del trabajo: Procesos de formación profesional y prácticas en salud mental infantil en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Un componente clave para la bio/medicalización de la Infancia

Ana S. Valero anasilviavalero@gmail.com

GESMYDH, IIGG, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires. Facultad de Ciencias Naturales y Museo, Universidad Nacional de La Plata.

Silvia Faraone silfaraone@gmail.com

GESMYDH, IIGG, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires.

1. Introducción

Este trabajo se propone explorar las relaciones entre los determinantes actuales de los procesos de formación profesional en el campo de la salud mental en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y la bio/medicalización de la infancia¹. El alcance de este propósito implica abordar las tensiones y oportunidades en materia de saberes y prácticas disciplinares como elemento clave para avanzar en las reflexiones pertinentes a la transformación en el campo de la salud mental en Argentina en el marco del escenario normativo vigente. El trabajo se inscribe en los modos en que los procesos formativos expresan las tensiones y contradicciones que se producen entre los cuerpos normativos que, con diversa jerarquía y alcance, componen la actual 'arena' jurídica en el campo de la salud mental. A la vez, el trabajo supone examinar los extremos de los efectos que las transformaciones consideradas tienen en la expansión de los procesos de bio/medicalización de la infancia.

¹El trabajo forma parte de los avances de los estudios desarrollados en el marco de un proyecto UBACYT20020150100171BA "Salud Mental, Infancia y Derechos Humanos. De trastornos mentales, saberes profesionales y manuales psiquiátricos: las infancias normalizadas en el siglo XXI". El Proyecto resulta de una investigación de equipo y se desarrolla bajo la dirección de Dra. Silvia Faraone desde el Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires.



Se toma como punto de partida que el campo de la salud mental en Argentina se encuentra sujeto a un juego de fuerzas, en el escenario de una ley de alcance nacional que se encuentra en plena vigencia, la Ley Nacional de Salud Mental 26.657, pero cuya implementación no se ha alcanzado en forma exhaustiva. En razón de ello, planteamos que normativas de menor alcance y rango jerárquico, procuran contrarrestar y subsumir los presupuestos impulsados por la Ley 26.657, uno de cuyos focos de puja lo constituyen los procesos formativos.

Asumimos también que tales contradicciones en los marcos regulatorios entre instrumentos de diversa jerarquía, además de resultar insostenibles desde un punto de vista jurídico, inciden en el modelado de saberes y prácticas en el campo de la salud mental. Como consecuencia de ello, y a modo de hipótesis de trabajo, planteamos que en el marco de las tensiones enunciadas se impulsan criterios y parámetros contradictorios que impactan en la formación profesional contribuyendo a la expansión y profundización de la bio/medicalización de la infancia.

Retomamos los planteos de M.C. Davini (1996) quien, desde las ciencias de la educación aplicadas al campo de la salud, señala que los modelos de formación profesional están conformados por correlaciones entre las finalidades educativas, las prácticas, las relaciones de enseñanza – aprendizaje, la naturaleza de la dinámica al interior de los equipos de trabajo y las relaciones entre diversas profesiones que componen el equipo. A partir de esta base, definimos a los procesos formativos como el conjunto de instancias y condicionantes de la formación profesional que, lejos de agotarse en la formación formal y académica, se despliegan y abarcan el contexto cotidiano e informal de las prácticas profesionales formando parte esencial de una formación, que aunque con frecuencia se plantea como ‘pretendidamente neutra o inintencionada’, produce efectos sobre los sujetos profesionales (Valero, 2006).

El trabajo toma como analizador a los servicios de salud mental en infancia de dispositivos públicos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en el período 2015 a 2017. El análisis de dicho referente puede ser de utilidad para iluminar el análisis en otros ámbitos jurisdiccionales del proceso orientado a la plena implementación de la Ley Nacional de Salud Mental que se encuentra en curso.

Desde el punto de vista metodológico, esta ponencia se basa en la sistematización de los resultados que surgen del primer período de trabajo de campo de la investigación desarrollada en el marco del Proyecto UBACyT mencionado. El estudio sigue los lineamientos de un diseño cualitativo (Kornblit, 2007; Forni et al., 1992, Valles, 2000) basado en el uso combinado de fuentes primarias y secundarias.



INSTITUTO DE INVESTIGACIONES
GINO GERMANI
Facultad de Ciencias Sociales
Universidad de Buenos Aires



Las unidades de estudio (Guber, 2004) están constituidas por los profesionales del campo de la salud mental infantil pertenecientes a dos hospitales públicos especializados de la CABA. Se utilizó la técnica de entrevista semiestructurada y se trabajó sobre un total de siete entrevistas. Se realizó un análisis temático que fue complementado con estrategias de categorización y contextualización conceptuales a base de procesamiento manual.

El proyecto se encuadra dentro de los criterios y pautas de la Guía de Buenas Prácticas en Investigación en Salud (Res. MS N° 148/2011) y se utilizó un modelo de consentimiento informado (Meo y Navarro, 2009). A los fines de preservar la identidad de los entrevistados, las referencias institucionales fueron sustituidas por designaciones convencionales a modo de pseudónimos (Hospital A y Hospital B).

1.1. La formación profesional en la Ley Nacional de Salud Mental 26.657/2010

Con la sanción en el año 2010 de la Ley Nacional de Salud Mental 26.657, y tres años más tarde con su reglamentación, entra en vigencia un marco normativo que implicó un cambio de paradigma en los modelos de abordaje de las problemáticas en salud mental. Los cambios impulsados por dicha ley conllevan por un lado, una nueva forma de concebir a los sujetos y su padecimiento frente a los abusos de saber y poder ejercidos en el área de salud mental bajo el modelo hegemónico de tipo manicomial que contó y cuenta aún con amplia vigencia en el territorio de nuestro país. A la vez, la Ley Nacional de Salud Mental 26.657, es un instrumento trascendente en la construcción de una institucionalidad centrada en la garantía de los derechos humanos de los usuarios de los servicios de salud mental y en la organización de las prácticas y saberes mancomunándolos en la interdisciplina y la intersectorialidad. Sumado a ello, la Ley mencionada sobresale en razón de dedicar una atención central al concepto de sufrimiento mental, confrontando la hegemonía médico-farmacéutica (Faraone, 2013).

Por otro lado, dado que la introducción de la Ley Nacional de Salud Mental no se desenvuelve “en el vacío”, se encuentra operando en el devenir cotidiano de los actores sociales en el que se exponen fuerzas y perspectivas heterogéneas que nos recuerdan que el simple cambio normativo no es sinónimo de la transformación más profunda de los saberes, prácticas y formas de cuidado de la salud mental propuestos por la ley.

En referencia especial a la temática de la infancia, son centrales los avances conceptuales introducidos por diversas legislaciones. Por un lado, la Convención de la ONU sobre los Derechos del Niño, que Argentina ratificó y aprobó a través de la ley 23.849 en 1990, goza en Argentina de carácter constitucional e implica la garantía del derecho de los niños y niñas a recibir asistencia relacionada con la salud y mantenerse sano y salvo, ser protegido de la crueldad, negligencia, y la injusticia.



INSTITUTO DE INVESTIGACIONES
GINO GERMANI
Facultad de Ciencias Sociales
Universidad de Buenos Aires



En el marco del escenario normativo, dado por los diferentes instrumentos enunciados en referencia a derechos e Infancia, focalizarnos en el campo de la salud mental en la infancia en Argentina, convoca a pensar en el entramado complejo en que se instituyen los saberes y prácticas, con avances y retrocesos, tensiones y oportunidades, en dirección de la garantía de los derechos de las niñas y niños.

En el núcleo del planteo de este trabajo se encuentra que la institucionalización que la norma nacional hace en relación al concepto de padecimiento psíquico, se contrapone a la tendencia hegemonizada por la psiquiatría norteamericana fundada en la noción de trastorno mental. Esta tensión conceptual está presente en los saberes y las prácticas de los profesionales de los equipos de salud mental de los hospitales generales analizados.

1.2. Medicalización y bio/medicalización de la infancia

La temática de la infancia, derechos y salud mental ha sido abordada desde variados campos de estudio y perspectivas teórico conceptuales respecto de los cuales se encuentra fuera de los alcances de este trabajo efectuar una síntesis exhaustiva. Señalaremos en cambio una serie de pilares fundantes para este trabajo en referencia a las articulaciones entre ciencias sociales y salud mental en la infancia en referencia en particular a los conceptos de medicalización y biomedicalización.

El desarrollo de estudios con base en la articulación de variables micro, meso y macrosociales, enfocados en los casos de niños y niñas de Argentina con altos niveles de vulnerabilidad y con padecimientos graves, permitió identificar un movimiento espiralado mediante el cual las respuestas asistenciales ofrecidas por el Estado caracterizadas por el encierro y el desauxilio, contribuyen a acentuar aún más los procesos de vulnerabilización y estigmatización (Barcala, 2010, 2011a, 2011b). Otros estudios han señalado la complejidad de la creación de modalidades de cuidado de la salud mental en infancia y adolescencia 'extramuros' que impliquen una superación de las denominadas lógicas manicomiales (Faraone, Valero y Bianchi, 2015 y Faraone et al., 2015). A la vez, diversos estudios se han abocado al análisis de las políticas públicas de infancia y sus transformaciones (Costa y Gagliano 2000; Eroles, 2002) en tanto también se destacan aquellos que han promovido la profundización del enfoque de derechos humanos en el campo de la salud mental (CELS, 2015).

En particular, los estudios sobre medicalización se inician hace ya 50 años y reúnen al presente una diversidad de perspectivas y aportes que han supuesto avances sustantivos. En un principio la medicalización, pudo ser entendida como la ampliación progresiva de las esferas de incumbencia de la medicina y el saber médico por sobre los ámbitos de la vida cotidiana en el marco de determinantes de orden sociohistórico. Ello implicó un proceso de traducción de problemas planteados en términos no médicos a su definición y tratamiento en



términos problemas médicos (Bianchi, 2010). En años más recientes el concepto asumió nuevas especificaciones para incluir la definición, descripción, comprensión y tratamiento de un problema en términos médicos (Conrad, 2007), abarcando el análisis de modos de saber y verdad asociados al conocimiento científico-tecnológico (Bianchi, 2016). El valor de este concepto reside en que posibilita la captura de las interrelaciones entre los procesos estructurales y su articulación con los saberes y prácticas profesionales en diversos campos, entre ellos, el campo de la salud mental en la infancia. Se destaca a la vez, que su importancia consiste en señalar la profundización de la medicalización de la infancia como resultado de las transformaciones económicas, políticas, sociales y culturales acontecidas en los últimos cuarenta años (Murillo 2002, 2015). Estas transformaciones, en particular en Argentina, se entroncan con la consolidación de procesos estructurales ocurridos en los años 1990, con impacto en el sector salud que incluyen la configuración de nuevas estrategias del complejo médico-industrial para contrarrestar los efectos de la inserción del capital financiero en la faz de la administración de programas de salud y planes de cobertura de la atención médica (Iriart e Iglesias Ríos, 2012). Como consecuencia de esto, se plantea que las decisiones profesionales comenzaron a estar progresivamente subsumidas a la administración del sistema orientado a la ampliación de ganancias, tanto en el ámbito público como privado, como resultado de las presiones del complejo médico industrial, (Iriart e Iglesias Ríos, 2012).

La bio/medicalización se introduce como un término específico que, en continuidad con el proceso de la medicalización, refiere a la interiorización de los parámetros, valores y prácticas ligados al autocontrol, la vigilancia y la transformación personal por parte de los sujetos mismos ante potenciales y riesgos que puedan derivar de una eventual patología (Iriart e Iglesias Ríos, 2012; Bianchi, 2015). Así, esferas de la vida cotidiana que antes no eran consideradas en términos patológicos, comienzan ahora a ser identificadas como tales, no sólo por parte de los agentes de salud y el complejo médico-industrial, sino por parte de los propios sujetos.

En el marco de los procesos transformadores en curso en el ámbito de la salud mental en infancia en Argentina, los saberes y prácticas se encuentran tensionados entre dos polos: una perspectiva tecnocrática y medicamentadora, instituida por los manuales de clasificación de enfermedades, en particular el DSM, en interjuego con la industria farmacéutica y, por otro lado, una perspectiva basada en los derechos, introducida por la Ley Nacional de Salud Mental, respaldados a su vez, en el caso de niñas y niños, por la citada Convención.



INSTITUTO DE INVESTIGACIONES
GINO GERMANI
Facultad de Ciencias Sociales
Universidad de Buenos Aires



Los alcances conceptuales de la medicalización y la bio/medicamentación ofrecen en este escenario nuevos anclajes para situar las tensiones que se encuentran en curso en el campo de la salud mental en la infancia.

1.3. La relevancia de las clasificaciones

La focalización en las tensiones entre saberes, prácticas y supuestos en los procesos de formación en el campo de la salud mental en la infancia nos interesan en especial por su eficiencia, queremos decir son eficientes en la medida en que modelan y tienen consecuencias efectivas sobre el conjunto social y en particular sobre las formas de concebir las problemáticas de la infancia.

Resulta especialmente sugerente en esta línea la noción de clasificación social formulada por M. Ventura (2010), en referencia a problemáticas sociales de otro campo, vinculadas a estudios sobre identidad y migraciones. En este sentido, Ventura plantea que los sistemas de clasificación social, interesan no sólo como punto de partida para la comprensión del fenómeno social, sino también porque ellos tienen como consecuencia o efecto hacer evidentes las desigualdades sociales. En la misma dirección, propone la autora que clasificar significa construir fronteras conceptuales y simbólicas que retroalimentan la práctica de pensar las cosas y los seres en su interior (Ventura, 2010). En especial referencia a las clasificaciones en el campo de la salud, Augsburger plantea que una clasificación se define como “un sistema de categorías a las cuales se asignan entidades mórbidas de acuerdo con criterios preestablecidos” (Augsburger, 2002: 63). Lo que nos interesa, es el modo en que las clasificaciones propuestas, construyen fronteras conceptuales y simbólicas al interior del fenómeno social instituyendo nuevas formas de pensar y hacer en salud mental en la infancia. En este marco, el concepto de trastorno mental, cobra un papel prioritario a partir del impulso adquirido por medio de los manuales de clasificación y diagnóstico internacional, tal como lo es el DSM², que codifican modos de pensar y organizar el comportamiento, y los clasifican en categorías nosológicas. A partir de la noción de trastorno mental, la psiquiatría, como práctica política, encuentra nuevos nichos de control social que instituyen innovaciones al proceso de medicalización, redefiniendo la significación de lo normal o lo patológico (siempre en términos de anormalidad) (González Pardo y Pérez Álvarez, 2007).

Así, la noción de trastorno mental reubica al campo de la salud mental, sus estrategias y prácticas, en una nueva dimensión de la medicalización. En consecuencia, la relación estrecha entre padecimientos sociales y trastorno mental que se asigna en la actualidad al campo de la salud mental, condiciona el proceso de atención y las prácticas institucionales.

² *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Manual de Diagnóstico y Estadística de los Trastornos Mentales.



La medicalización de los problemas sociales en el campo de la salud mental no es nueva, pero sin embargo, a partir de la difusión de la noción de trastorno mental –y su interpretación en los manuales de clasificación psiquiátrica– adquiere una mayor relevancia, tanto en procesos medicamentales como en las innovadoras y diversas líneas conductuales de la psicología (Faraone, 2013; Bianchi, 2016).

Por otro lado, el concepto de padecimiento psíquico, instituido por la ley 26.657, impregna las prácticas institucionales creando nuevas instancias con innovadores desafíos y debates en torno a la asistencia/cuidado de las niñas y niños. Las nociones de padecimiento psíquico o sufrimiento mental pueden ser vinculadas a una ruptura epistemológica en el campo de la psiquiatría y la salud mental (Faraone, 2013). El sufrimiento psíquico se vincula con el tejido social en el sentido de entender el padecimiento no restringido a la noción de enfermedad o trastorno, sino a la propia relación del sujeto (incorporando su punto de vista) con lo social y lo cultural (Menéndez, 1997; Conrad, 1987; Alves, 1993).

Estas nociones irrumpen y dislocan las concepciones biomédicas ya que, a diferencia del concepto de “enfermedad” o “trastorno”, los nuevos enunciados de “padecimiento” o “sufrimiento” instituyen un concepto histórico-social sobre el padecer (sufrir), es decir un concepto cultural y, por lo mismo, cambiante en cada contexto.

A partir de la ley, los servicios de salud mental en el campo de la niñez se debaten en torno a esta puja en la concepción de la salud mental: padecimiento / enfermedad-trastorno, acentuándose especialmente que estas formaciones discursivas acarrearán prácticas y políticas diversas, así como disímiles perspectivas referidas a derechos de los niños y niñas.

2. DESARROLLO

A continuación el análisis se desarrollará en torno a la consideración de tres ejes que, si bien diferenciados a los fines analíticos, en la práctica se presentan mutuamente entrelazados. Los ejes a considerar son: los equipos y las interacciones entre disciplinas; la construcción de los sujetos y los modelos de abordaje en salud mental en infancia. Las nociones relativas al trastorno/enfermedad o padecimiento psíquico constituyen una dimensión transversal a los ejes propuestos.

La Ley Nacional de Salud Mental presenta actualmente en los dispositivos públicos de salud en infancia y adolescencia de la CABA diversos grados de aceptación e implementación. Entre las diferentes posiciones de los profesionales del campo de la salud mental puede observarse un abanico que se extiende desde quienes cuentan con un conocimiento detallado y están comprometidos con su aplicación, quienes plantean objeciones basadas en atribuir las dificultades para la implementación a la falta de recursos (económicos, formativos e institucionales) y hasta quienes plantean su absoluta discrepancia.



INSTITUTO DE INVESTIGACIONES
GINO GERMANI
Facultad de Ciencias Sociales
Universidad de Buenos Aires



Cualquiera sea el caso, en virtud de tratarse de una ley nacional en plena vigencia, su aplicación es de carácter obligatorio. A la vez, los sentidos producidos en torno a la ley conducen a reflexionar sobre las proximidades y distancias entre lo que la ley misma propone y los modos de hacer, ver y pensar en salud mental que son desarrollados desde los mismos dispositivos con su propia historicidad.

2.1. Los equipos y las interacciones entre disciplinas

Poner en foco los procesos formativos implica rastrear los modelos, los supuestos teóricos y epistemológicos que han estado presentes en los diferentes momentos de las trayectorias formativas de los profesionales en el campo de la salud mental.

A nivel de las prácticas cotidianas, la organización de los servicios de salud mental en niñez y adolescencia se compone de profesionales provenientes de diversas disciplinas (psiquiatría, el trabajo social, la psicología, la psicopedagogía y la terapia ocupacional) que desempeñan diferentes funciones y cargos y que cuentan, además de los integrantes de planta, con los integrantes del sistema de Residencias en Salud Mental Infanto Juvenil (integrado por residentes de Psicología y de Psiquiatría). Si bien el plan de formación de las residencias en salud mental en C.A.B.A hasta años recientes fomentó el desarrollo de actividades formativas compartidas entre los residentes de psiquiatría y psicología, a partir de 2015, la Dirección de Capacitación emitió directivas hacia las residencias que introdujeron cambios en las propuestas formativas tendientes a profundizar la especialización disciplinar:

ahora cambió eso, pero la residencia de... las residencias antes se llamaban como residencia de salud mental... donde una residencia donde interactúan digamos... psicólogos y psiquiatras, ahora se las cambió... y se dice residencia de psiquiatría y residencia de psicología (Residente Psiquiatría Hospital B).

A la vez, tal separación se encuentra en clara contradicción con los postulados de la ley 26.657 (art.8), que plantea la conformación de equipos interdisciplinarios como aspecto central de los modelos de abordaje en salud mental.

La reducción de espacios formativos conjuntos en favor de una tendencia creciente a la especialización disciplinar tiene por efecto minimizar el potencial de la reflexión crítica y colectiva sobre la propia práctica y saber profesional, deteriorándose con ello los procesos formativos al quedar nutridos de aspectos teóricos y especializados pero que atomizan y reducen los aprendizajes colectivos basados en problemáticas de la práctica (Schön, 2008). Estos cambios afectaron los rasgos centrales de los modelos de formación profesional (Davini, 1996) a partir de los siguientes aspectos: reducción de los tiempos de formación compartidos entre las residencias de diferentes disciplinas, modificación de la dinámica al interior de los equipos y obstaculización del desarrollo de abordajes interdisciplinarios.



Se trata sin dudas de un momento de transición en que se expresan también a nivel de los procesos formativos las pugnas entre el paradigma biologicista – manicomial, con enfoque unidisciplinar y apoyado en el reconocimiento de jerarquías disciplinares, y el paradigma de derechos en salud mental, basado en la centralidad de los equipos interdisciplinarios y no supone jerarquías disciplinares a priori. Cada uno de ellos vertebra de manera específica los juegos de poder que se producen al interior de los servicios de salud mental y en particular aquellos vinculados con el abordaje del padecimiento psíquico en niñas y niños.

2.2. La construcción de los sujetos

Los profesionales que componen los servicios de salud mental dan cuenta de la importancia de vincular las necesidades de atención y cuidado de las niñas y niños con los entramados sociales de pertenencia. Ello se visibiliza en la instancia de consulta al servicio de salud mental, en que se observa que el entramado social se caracteriza por una profundización de los procesos de fragmentación y desamparo social. Un residente de psiquiatría plantea:

viene como... obviamente la parte más pobre de la zona sur del conurbano bonaerense... en lo que recibimos acá... que es un hospital público. Con muchas dificultades por ahí en las familias, digamos, ¿no?, en cuanto al armado de la familia típica, si uno quiere... mamá, papá, digamos... con familias desmenuzadas, desmembradas... con problemas económicos; con problemas vinculares; con problemas vinculares de los padres con los chicos...; con muchos chicos (Hospital B).

Señalan como tendencia general que en los últimos años se produjeron cambios en la demanda dados por: aumento en la cantidad de consultas, aumento en la gravedad de los casos y disminución en la edad de inicio de las mismas.

En otro nivel, la escasez de políticas específicas en el campo de la salud mental en general pero en especial en referencia a la infancia y adolescencia, que respalden e impulsen la plena implementación de la ley 26.657, sitúa al Estado como protagonista del desauxilio, la vulnerabilización y estigmatización de niños y niñas (Barcala, 2010) a la vez que coloca en una situación liminar al conjunto de profesionales que, sin contar con los dispositivos alternativos adecuados, recaen en lógicas de expulsión de aquellos conjuntos de niños, niñas y adolescentes que son considerados como “indeseables” por el sistema de salud entre los cuales se encuentran los niños con problemáticas de consumo de sustancias.

Y lo que pasa a veces es que lo... los pibes quedan en el medio. Los pibes y las pibas quedan... esto, ¿no?, a veces lo que pasa es... Bueno, entonces antes se escuchaba: ‘No es para acá’ Las adicciones... ‘Es un pibe adicto, no es para acá’. Algo que,... digo, para adentro de la residencia se cuestiona una y otra vez qué significa eso. (Residente Psiquiatría Hospital A)



INSTITUTO DE INVESTIGACIONES
GINO GERMANI
Facultad de Ciencias Sociales
Universidad de Buenos Aires



Ello no es otra cosa que abonar a la construcción de lógicas manicomiales (Faraone *et al.*, 2015) en el sentido de que la expresión de “no es para acá” arroja y cristaliza por fuera del sistema al conjunto de niños y niñas con consumos problemáticos conformando un espiral de expulsión. Ello se combina con una disposición interna del servicio en referencia a los criterios de ingreso en la que no se incluye la internación como modo de atención de estas problemáticas:

Por ejemplo, hay una cuestión poco... criterio, como así decir de... de restricción al ingreso a la sala de salud mental, que es... los chicos no ingresen, ¿no? Los que consumen (...) yo creo que igual estos chicos que tienen estas dificultades están muy excluidos de atención, ¿sí? Esto de... “No, se necesita un dispositivo especial” “Bueno, se necesita un hospital especial” (Residente Psiquiatría Hospital B).

Se recorta en este conjunto una nueva figura social que se identifica con una designación propia “paco”, “paquito”, en virtud de su asociación con el consumo de sustancias, que al solo momento de su reconocimiento y etiquetamiento lleva consigo la exclusión del acceso al sistema de cuidados en salud mental. Estos saberes institucionalizados, que se reproducen muchas veces acríticamente en los ámbitos de las prácticas, configuran verdaderos “mojones” en la construcción del enlace entre saberes y prácticas profesionales, dado que por el sólo hecho de su designación, conllevan la expulsión por fuera de las lógicas de cuidado en salud mental.

De modo contrario, aquellos conjuntos sin lugar actualmente en los dispositivos, deben ser pensados en la complejidad de sus necesidades y sus circunstancias particulares donde a menudo la situación de calle, fragmentación social, los incluye en un circuito de vulnerabilidad social que excede y nutre la problemática misma del consumo de sustancias.

En forma paralela al proceso descrito, se configura un nuevo sujeto al que se asigna a un diagnóstico perteneciente al conjunto de los denominados ‘Trastornos del Espectro Autista’. Los profesionales relatan la existencia de otro circuito de atención que se inicia de consultas provenientes de jardines y escuelas públicas de la región del conurbano de la Provincia de Buenos Aires. Este conjunto, compuesto por niños de sectores de clase baja y media baja, es fundamentalmente derivado por maestras, directivos y equipo de orientación escolar hacia los servicios de salud mental:

Pensando en consultorio externo sobre todo de niños por ahí más pequeños, digamos, sí, es cierto que hay muchas derivaciones de jardines y de las escuelas también (Residente de Psiquiatría Hospital A)

Los profesionales señalan que una práctica usual de las escuelas es recurrir a la reducción en la carga horaria escolar, incluso antes de que se efectúe la instancia de consulta especializada. Ello se suma a una forma de intervención sobre las conductas de los niños



que incide sobre su proceso de socialización en la medida en que los integrantes del medio escolar se constituyen en actores clave no solo de la secuencia diagnóstica, en la medida en que en muchos casos es frecuente la asignación de un diagnóstico desde el mismo medio escolar, sino también a través de su accionar recortando “en nombre de su propio bien” a quien resulta disruptivo en la escena del aula.

Desde la mirada de los profesionales, las instituciones educativas fomentan la conformación de un nuevo sujeto, “los niños con TEA³”, en tanto su reconocimiento y etiquetamiento en la secuencia diagnóstica involucra diversas esferas de la vida social (familia, escuela, servicio de salud mental) (Faraone y Bianchi, 2013) y del mismo modo que los niños “paquito”, ya sea su asistencia o desasistencia, se encuentra imbricada con las finalidades del control social ejercidos por la secuencia escuela - hospital o bien por el hospital directamente.

2.3. Modelos de abordaje

La situación de falta de los recursos y dispositivos necesarios para el desarrollo de abordajes acordes a lo establecido por la Ley 26.657 conduce a paradojas que tienden a responsabilizar a la Ley misma por dificultades que son inherentes al déficit de políticas que garanticen su plena su implementación. La consecuencia de esto no es ingenua: tiene por efecto reducir la confianza en dicho marco. Se desemboca en una situación paradójica que deja entrapados tanto los profesionales de los servicios de salud mental como, mucho más trágicamente, niñas y niños en razón de que la insuficiente implementación es atribuida a la ley misma antes que a la inadecuación, y en muchos casos ausencia, de políticas públicas pertinentes y articuladas que la materialicen:

hay muchos pacientes que a veces como... vienen como... hay momentos de excitación psicomotriz, hay momentos en donde los pibes están más desregulados y... pueden ponerse en riesgo y, no están dadas las condiciones a veces... habitacionales, edilicias... para cuidar. Entonces son como... nos meten en un brete también a veces. Eso pasa... que entiendo que no tiene que ver con la ley. (Residente Psiquiatra Hospital A)

Además, la carencia de dispositivos adecuados junto con la polarización de la oferta terapéutica en favor de los tratamientos individuales desalientan y limitan la conformación de tratamientos de orden grupal y de encuadres interdisciplinarios:

Digamos, como herramienta terapéutica piensa como el tratamiento individual como... como la herramienta principal, que también es como cuestionable. Digamos... en otro momento fueron otros... y se han perdido como por ahí el trabajo más con grupo. (Residente Psiquiatra Hospital A)

³ TEA sigla que designa a los denominados Trastornos del Espectro Autista.



Los saberes y prácticas de los equipos de salud mental de niños y niñas se emplazan en un escenario conformado por un campo de fuerzas dadas por el paradigma biologicista-manicomial y el paradigma de derechos humanos en salud mental. Se destaca en particular el creciente protagonismo de sistema de clasificación representado por el DSM (con sus versiones IV y V) como base para la construcción diagnóstica (Faraone y Bianchi, 2013).

Los profesionales refieren que el uso del DSM, en sus versiones IV y V, se presenta como una herramienta difusa para la construcción diagnóstica cuyo alcance reside, en el establecimiento de aspectos formales, relativos a la tramitación de los certificados de discapacidad, y constituye una referencia para orientar el tratamiento desde el punto de vista farmacológico:

A veces sí lo usamos medio para pensar las cuestiones farmacológicas, porque hay que pensar en relación por ahí con la psiquiatría, cuestiones más sintomáticas, donde eso se marca, como para pensar el tratamiento, si es psicofarmacológico o terapéutico también (Residente de Psiquiatría, Hospital A).

Destacamos en este punto el carácter paradójico del DSM como instrumento integrante de las tecnologías biomédicas en tanto que, tal como se plasma a nivel de los discursos, si bien es identificado como una base ineficiente para la construcción diagnóstica, posee, sin embargo, relevancia central para instituir tratamientos. Puesto en contexto, el DSM se emplaza como un elemento clave en la conformación de un embudo o espiral epistemológico en la medida en que su contribución central en el proceso de construcción diagnóstica se expresa en el hermetismo de sus categorías para asir las problemáticas en su contexto social (Rose, 2013). Por el contrario, el DSM opera en un único movimiento una selección que prioriza todo aquello que tenga que ver con lo que ocurre a nivel individual y biológico, a la vez que descarta todo aquello que se vincule al entramado social del que proviene la problemática de las niñas, niños y adolescentes.

Cada uno de los ejes de análisis considerados traduce las tensiones entre el paradigma biologicista manicomial y el paradigma de derechos en salud mental desarrollándose en el interior de cada uno de ellos implicando saberes y prácticas que se condensan en formas de abordaje diferentes en salud mental.

3. CONCLUSIONES

En el interjuego de fuerzas en que se desenvuelven saberes y prácticas disciplinares en los abordajes en salud mental en niñas y niños se observan dos caras en los procesos de biomedicalización de la infancia que operan discrecionalmente en el conjunto de niños y niñas provocando la escisión de sus derroteros sociales y terapéuticos. Se diferencia entonces un conjunto que seguirá su trayectoria en el sistema de salud, acentuando la medicalización y bio/medicalización fundadas en la ampliación de sus áreas de influencia en



forma creciente sobre las problemáticas de niñas y niños a partir de la fragmentación de los equipos interdisciplinarios y la articulación interinstitucional con las escuelas. La escisión entre las disciplinas al interior de los procesos formativos de los equipos de salud mental en infancia y la polarización de la oferta terapéutica a favor de los tratamientos individuales en detrimento de los abordajes de tipo grupal, desalientan, a la vez que clausuran la conformación de encuadres interdisciplinarios. Por otro lado, se desarrollan a la vez lo que denominaremos 'políticas de extrusión de la infancia', como un fenómeno dado por la configuración y cristalización de un conjunto caracterizado por la desasistencia, la expulsión y el desamparo de niñas y niños asociados con problemáticas de consumo de sustancias. En ambos casos, y mediado por la incidencia de cambios sustantivos en los procesos de formación profesional, se incumple con el respeto y la satisfacción de derechos al cuidado en salud de niñas y niños que desde en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental se pretende garantizar. A lo largo de este trabajo se destaca que la confluencia de fuerzas de sentidos contrapuestos dadas por la profundización de los alcances de los procesos de medicalización de la salud mental en la infancia y la construcción de nuevos sujetos conforman un escenario que requiere ser problematizado a la hora de generar políticas en salud para el cumplimiento de la Ley Nacional de Salud Mental 26.657.

4. BIBLIOGRAFÍA

Alves, P. (1993). "A experiência da enfermidade: considerações teóricas". *Cadernos de Saude Publica*, 9, 263-271.

Augsburguer. M.C. (2002). "De la epidemiología psiquiátrica a la epidemiología en salud mental: el sufrimiento psíquico como categoría clave" Cuadernos médico sociales 81, pp.: 61-75.

Barcala, A. (2010). Estado, infancia y salud mental: impacto de las legislaciones en las políticas y en las prácticas de los actores sociales estatales en la década del 90. *Tesis de Doctorado*, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.

Barcala, A. (2011a). El impacto de las políticas neoliberales en el ámbito de la salud mental. L. Benasayag y G. Dueñas (comps.). *Invenición de enfermedades. Traiciones a la salud y a la educación. La medicalización de la vida contemporánea* (219-232). Buenos Aires, Argentina: Noveduc.

Barcala, A. (2011b). Los dispositivos de atención en niños, niñas y adolescentes con padecimiento en su salud mental en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en *Panoramas en salud mental*, (141-169). Buenos Aires, Argentina: Ministerio Público Tutelar-Eudeba.

Bianchi, E. (2010) El proceso de medicalización de la sociedad y el déficit de atención con Hiperactividad (ADHD). Aportes históricos y perspectivas actuales. VI Jornadas de



INSTITUTO DE INVESTIGACIONES
GINO GERMANI
Facultad de Ciencias Sociales
Universidad de Buenos Aires



Sociología de la UNLP. Universidad Nacional de La Plata. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. Departamento de Sociología, La Plata.

Bianchi, E. (2015a). "El futuro llegó hace rato". Susceptibilidad, riesgo y peligrosidad en el diagnóstico y tratamiento por TDAH en la infancia. *Revista de Estudios Sociales*. (52), 185-199.

Bianchi, E. (2015b). Infancia, normalización y salud mental. Figuras históricas y encadenamientos actuales en la formulación del ADHD (Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad). *Historia, Ciências, Saúde –Manguinhos*. 22(3): 761-779.

Bianchi, E. (2016). Diagnósticos psiquiátricos infantiles, biomedicalización y DSM: ¿hacia una nueva (a)normalidad? *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 14 (1), 417-430.

CELS (2015). El desafío de implementar la Ley Nacional de Salud Mental Avances y deudas en el camino hacia el cambio de paradigma y el cierre de los manicomios. *Informe Anual CELS 2015* (467-518). Buenos Aires, Argentina: Paidós. Recuperado de:

<http://www.cels.org.ar/especiales/wp-content/uploads/2015/12/CELS-Informe-2015.pdf>

Conrad, P. (1992). Medicalization and social control. *Annual Review of Sociology*, 18, 209-232. (August 1992).

Costa, M., Gagliano, R. (2000). Las infancias de la minoridad. Una mirada histórica desde las políticas públicas. Duschatzky, S. (comp.) *Tutelados y asistidos. Programas sociales, políticas públicas y subjetividad*. Buenos Aires: Editorial Paidós.

Davini, M.C. (2006) Educación permanente en Salud. Organización Panamericana de la Salud, Serie Paltex, N° 38.

Eroles, C. (2002). *Políticas públicas de infancia: Una mirada desde los derechos* (2da. ed.). Buenos Aires, Argentina: Editorial Espacio.

Faraone, S. (2013). Reformas en salud mental. Dilemas en torno a las nociones, conceptos y tipificaciones. *Salud Mental y Comunidad-UNLa*, Año 3 (3). 29-40.

Faraone, S., Bianchi, E. (2013) El TDAH en la infancia: Problematicando manuales, conceptos y diagnósticos. *Actualidad psicológica*, 1, 24 – 26.

Faraone, S., Valero, A., Bianchi, E. (2015) "Salir del pantano". Violencias, infancia y equipos de salud: claves para pensar dispositivos y acciones en salud mental. *Derecho y Ciencias Sociales*, 1, 70 – 88.

Faraone, S., Valero, A., Bianchi, E., Herrera, M. y Geller, Y. (2015). El Paramí: nuevos sujetos, prácticas y saberes. Análisis sobre la construcción de una política de Salud Mental para niñas, niños y adolescentes en la provincia de Santa Fe. Barcala y Luciani Conde (Comps.) *Salud Mental y Niñez en la Argentina. Legislaciones, políticas y prácticas* (213-231). Buenos Aires, Argentina: Teseo.



INSTITUTO DE INVESTIGACIONES
GINO GERMANI
Facultad de Ciencias Sociales
Universidad de Buenos Aires



Forni, F. et al. (1992). *Métodos cualitativos II. La práctica de la investigación*. Buenos Aires, Argentina: CEAL.

González Pardo, H. y Pérez Álvarez, H. (2007). *La invención de los trastornos mentales. ¿Escuchando al fármaco o al paciente?* Madrid, España: Alianza Editorial.

Guber, R. (2004). *El salvaje metropolitano. Reconstrucción del conocimiento social en el trabajo de campo*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.

Iriart, C. e Iglesias Ríos, L. (2012). Biomedicalización e infancia: trastorno de déficit de atención e hiperactividad. *Interface – Comunicacao, Saúde, Educacao*. Vol.16, n°43:1011-1023.

Kornblit, A. (coord.) (2007). *Metodologías cualitativas en ciencias sociales. Modelos y procedimientos de análisis*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Biblos.

Ley N° 23.849. Convención sobre los Derechos del Niño (1990). Sancionada: 27/09/1990; Promulgada: 6/10/1990; Publicada en el Boletín Oficial de la República Argentina: 22/10/1990.

Meo, A. y Navarro, A. (Eds.) (2009). *La voz de los otros. El uso de la entrevista en la investigación social*. Buenos Aires, Argentina: Omicron System.

Menéndez, E. (2003). Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8, (1), 185-207.

Ministerio de Salud de la Nación (2011) *Guía de Buenas Prácticas en Investigación en Salud* (Res. MS N° 148/2011), Buenos Aires, Argentina.

Murillo, S. (2002). La cuestión social en Buenos Aires. La condición trágica de los sujetos. Susana Murillo (comp.) *Sujetos a la incertidumbre. Transformaciones sociales y construcción de subjetividad en la Buenos Aires actual* (29-92). Argentina: CCC.

Murillo, S. (2015). *Neoliberalismo y gobiernos de la vida. Diagrama global y sus configuraciones en Argentina y América Latina*. Buenos Aires, Argentina: Biblos.

Rose (2013). "What is diagnosis for?". *Conference on DSM V and the future of Diagnosis*, 4 de junio de 2013.

Schön, D. (2008) *La formación de profesionales reflexivos. Hacia un nuevo diseño de la enseñanza y el aprendizaje en las profesiones*. Barcelona, España: Paidós.

Valero, A.S. (2006) Violencia institucional y los modelos de formación profesional en salud mental en las decisiones de internación psiquiátrica. *Clepios, Una Revista de Residentes de Salud Mental*, Vol. 12, N°2: 52-56.

Valles, M. S. (2000) [1999]. *Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional*. Madrid, España: Síntesis.



Ventura, M. (2010) Introducción: Sistemas de clasificación social, fronteras y mezclas. En:
Ventura (ed.) *Fronteras y mestizajes. Sistemas de clasificación social en Europa, América y
África*. Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona.



INSTITUTO DE INVESTIGACIONES
GINO GERMANI
Facultad de Ciencias Sociales
Universidad de Buenos Aires

