



FUNDACION H.A.BARCELO
FACULTAD DE MEDICINA

Instituto Universitario de Ciencias de la Salud
Fundación H.A. Barceló

Trabajo Integrador Final

“Hospital de día: adolescencia, problemáticas y la
búsqueda de reinserción social.”

Asesora de TIF: Mgtr. Lic. Alicia Susana Cibeira

Autora: Victoria Verón

Carrera: Licenciatura en Psicología

Agradecimientos:

Al IUCS Fundación H. A. Barceló, por haberme brindado las herramientas necesarias a lo largo de toda mi carrera, con un adecuado nivel de formación que nos habilita a operar como agentes de cambio en el ámbito de la salud.

A mi asesora Lic. Alicia Susana Cibeira, quien admiro como profesional, agradezco la orientación y supervisión de esta investigación, pero sobre todo por su tiempo, paciencia y compromiso.

A la Lic. Irene Scherz y al equipo de salud mental de Hospital de Día perteneciente al Hospital Infanto-Juvenil “Dra. Carolina Tobar García”, por haber ocupado un lugar especial en este proceso final. Gracias por recibirme cálidamente, por el tiempo y la buena predisposición que mostraban ante mis dudas y consultas, y principalmente por todo el aprendizaje y crecimiento adquirido.

A mis compañeros de trabajo, quienes me enseñaron a crecer como profesional y como persona.

A mis amigos, quienes están presentes en cada momento, especialmente a: Sabri, Yami, Belu, Stu, Shami, Cami, Sabri, Rochi, Maxi y Clau.

A mis hermanas de corazón, Merce y Roxi, por ser mi refugio y mi sostén.

A mi sobrina Luana, por hacerme descubrir un amor profundo e iluminar mi vida.

A Iván, por acompañarme con su inmenso amor y por ser mi motor durante este proceso. Gracias por darme la posibilidad de soñar juntos.

A mi familia, Raúl, Graciela, Diego y Mary por acompañarme incondicionalmente a lo largo de toda mi vida. Por confiar y creer en mí. Por enseñarme el fruto del esfuerzo, del amor y de la perseverancia.

Índice

| | |
|--|----|
| Introducción..... | 5 |
| Marco Teórico..... | 11 |
| Justificación del Proyecto de Investigación..... | 23 |
| Planteamiento del Problema..... | 24 |
| Preguntas de investigación..... | 25 |
| Hipótesis..... | 25 |
| Objetivos..... | 26 |
| Aspectos Metodológicos..... | 27 |
| Diseño Metodológico..... | 28 |
| Características del Período..... | 28 |
| Población..... | 28 |
| Técnicas/Instrumentos de recolección de Información..... | 29 |
| Articulación Teórico- Práctica..... | 33 |
| Capítulo I: Contexto social-cultural..... | 34 |
| Capítulo II: Configuración Familiar..... | 39 |
| Taller de Padres..... | 42 |
| Capítulo III: Adolescencia..... | 46 |
| El cuerpo y la adolescencia..... | 51 |
| Trauma..... | 53 |
| Capítulo IV: Intento de suicidio..... | 58 |
| Suicidio desde distintas teorías..... | 60 |
| Abordaje Clínico..... | 63 |
| Capítulo V: Internación..... | 65 |
| Voluntaria..... | 66 |

| | |
|--|-----|
| Involuntaria..... | 67 |
| Peligrosidad como criterio de internación..... | 68 |
| Capítulo VI: Hospital de día..... | 72 |
| Historización..... | 72 |
| Primeros Hospitales de Día en Argentina..... | 76 |
| Conceptualización..... | 78 |
| Áreas..... | 81 |
| Interdisciplina..... | 83 |
| Talleres..... | 87 |
| Acompañante Terapéutico..... | 90 |
| Capítulo VII: Descripción de casos..... | 94 |
| Síntesis..... | 112 |
| Conclusiones..... | 114 |
| Referencias..... | 119 |
| Anexo..... | 124 |

INTRODUCCIÓN

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo integrador final propone indagar acerca de las problemáticas que presentan los adolescentes con patologías graves, mujeres y varones, de 14 a 17 años, que asisten al dispositivo Hospital de día perteneciente al Hospital Dra. Carolina Tobar García, en Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Tratándose de adolescentes expuestos a diversas problemáticas que se desarrollan en un contexto de vulnerabilidad social, enfrentando determinadas circunstancias que terminan siendo la base sobre la cual se constituye la propia identidad.

Uno de los ejes transversales de dicha investigación es el dispositivo Hospital de día, definiéndose como una instancia intermedia de tratamiento entre la internación psiquiátrica y la atención ambulatoria (Artigas, Cortés, Díaz, 2010). Surge como una alternativa asistencial a la hospitalización total, ofreciendo diferentes abordajes terapéuticos que permiten que el paciente mantenga una relación estrecha con su medio. El servicio se encuentra organizado en tres áreas: clínica, comunitaria y docencia e investigación. El equipo de trabajo que lo conforma es interdisciplinario, integrado por profesionales de distintas áreas ya sean psicólogos, psiquiatras, fonoaudiólogos, psicopedagogos, enfermeros, trabajadores sociales, terapistas ocupacionales musicoterapeutas, acompañantes terapéuticos. A partir de la interdisciplina, es posible construir redes por fuera de Hospital de día (instituciones educativas, recreativas, religiosas, etc.).

Los objetivos que propone el hospital de día se basan en evitar la desinserción del paciente de su medio habitual, concentrar los tratamientos de manera intensiva en ciertos horarios y disminuir el estigma producido por la hospitalización en hospitales psiquiátricos (Stagnaro, 2012). En tanto que, existe una búsqueda de generar un lugar posible para el sujeto, posibilitando la construcción o apropiación de una historia; como también, hallar un sujeto más allá de una identificación a la enfermedad con la cual ingresa, se nombra, posiciona, y por ende, circula de esta manera en sus familias y en el mundo. El hospital de día brinda al paciente una

suerte de legalidad que lo ordena, intentando brindar las herramientas necesarias para que, una vez fuera de éste, el sujeto pueda establecer por sí mismo algún tipo de ordenamiento.

Desde una perspectiva social, intentaremos abordar el contexto por el cual se enmarca este trabajo. Tomando las palabras de Alicia Stolkiner (1994) consideramos que el entorno de nuestra época está signado por los cambios vertiginosos que imprimen la tecnología y la ciencia, así como por sucesos impredecibles en lo social, lo político y lo económico. Ello ha dado lugar a transformaciones en la cultura, los modos de vida, la constitución subjetiva y la intersubjetividad, así como en los modos de pensar y de construir la realidad, siendo a su vez estos nuevos modelos, agentes transformadores de la realidad.

De acuerdo a lo mencionando anteriormente, la familia del paciente adolescente fue uno de los agentes más importantes que surgió en el transcurso de la práctica. Entendiendo la institución familia, en palabras de Isidoro Berestein (1995) como un conjunto de personas vinculadas por la pertenencia tanto al sistema de parentesco como al de la lengua. Por otro lado, es posible contemplar la lógica de una estructura en constante cambio y sujeta a tensiones, conflictos, desavenencias o separaciones. Escuchamos constantemente las críticas sobre la familia actual, en comparación a la familia tradicional. Sin embargo en el fondo de la crítica y de los discursos que derivan de la misma, no es sólo la aparición de nuevas formas de familia, sino el de ciertos malestares de los sujetos sociales que se integran en la unidad familiar.

Ante este encuadre, nos encontramos con adolescentes que realizan su consulta y asisten al dispositivo Hospital de día con cierta estructuración psicopatológica, habiendo transcurrido una o más internaciones a causa de una situación de crisis, o bien, que no requieren estar internados, pero aún necesitan determinados tratamientos para mejorar su calidad de vida. Entonces, creemos que es necesario precisar a qué nombramos adolescencia en una institución cuyo objetivo es

contribuir a la reinserción del paciente a su ámbito social, laboral y/o académico, y la reorganización familiar necesaria para lograr la misma.

En primera instancia, se podría decir que la adolescencia abarca momentos de vacilación, desequilibrios e incertidumbres. Supone un reposicionamiento subjetivo y, por otro lado, un cuestionamiento del sí mismo, es decir, la búsqueda de la propia identidad. Citando las palabras del autor Luis Kancyper (1985) la adolescencia podría considerarse como “un momento privilegiado de la resignificación subjetiva, ya que constituye una nueva etapa libidinal, en donde se alcanza por vez primera la identidad sexual genital como un fenómeno psicológico y social.” A partir de esta nueva etapa libidinal, el sujeto va transitando duelos, ya sea por la pérdida del cuerpo de niño, por la pérdida de la identidad infantil y por la pérdida del vínculo con los padres de la infancia. El desprendimiento de las figuras parentales de la infancia y de sus subrogados, es un proceso necesario, saludable, aunque genere dolor y sufrimiento.

La subjetividad en la adolescencia se construye a partir de un proceso complejo de diferentes y sucesivas identificaciones. Estas identificaciones, se desenvuelven mientras se produce un pasaje del ámbito privado endogámico a la exogamia de lo público (Zelmanovich, 2015). La adolescencia se caracteriza por ser más sensible al impacto que recibe, asimila y del que se vuelve agente y protagonista. Por lo tanto, es preciso estudiarla como tal en el marco en el que se desarrolla y transita. Las incidencias de la época no dejan de repercutir en el campo de la clínica y, además, adquieren una importancia especial cuando se trata de la estructuración psíquica de los adolescentes. Es decir que, tanto el medio familiar como el contexto socio-económico-cultural particular; podrán facilitar o perturbar, en cada caso, el trabajo de reposicionamiento subjetivo que la adolescencia exige (Barrionuevo, 2015).

Inmersos en un proceso vinculado con las identificaciones, los jóvenes circulan por un estado pasajero de vulnerabilidad, la adolescencia involucra un movimiento entre el impulso al desprendimiento y la defensa que impone el temor a la pérdida

de lo conocido. Entonces, todos aquellos cambios propios de la adolescencia, generan cierta inestabilidad en el sujeto, sin embargo ante instancias de riesgo y desprotección, podría favorecer la aparición de traumas, en tanto que impiden que el individuo sea, que logre conquistar su propio Yo y estorban el proceso de llegar a ser lo que quiere.

Particularmente, la realidad de los adolescentes que asisten a hospital de día se encuentra enmarcada en un contexto de vulnerabilidad social. El término vulnerabilidad, permite abarcar una gama de situaciones intermedias. Una situación de alta probabilidad en un futuro cercano a partir de las condiciones de fragilidad que los afecte. Donde la violencia también se hace partícipe y visible en los distintos escenarios de sus vidas. Tal como lo menciona Janine Puget (2002) la violencia produce dolor, malestar, desplazando la inquietud y perplejidad inherente a la incertidumbre. La violencia concretiza el malestar. Parecería que la misma reside en un proceso de desobjetivización, de negación del sujeto, de sus pertenencias, de sus deseos y aspiraciones propias (Phillipe, 2002).

Es en esta línea donde reflexionamos acerca de los adolescentes de hospital de día. Pacientes que presentan clínicamente una estructuración psicopatológica y/o neurológica de base. Actualmente, dominan problemáticas como la drogadicción, autoflagelación, intentos de suicidios, trastornos de alimentación, problemas de identidad, abusos, abandonos, violaciones, entre otros, que ponen en riesgo y comprometen al cuerpo. En la mayoría de ellas, es el acto y no el síntoma, el que genera la consulta.

Al enfrentar situaciones que generan cierto padecimiento y sufrimiento psicológico, los adolescentes suelen poner en riesgo sus vidas. Estas instancias de riesgo deben servir como base para replantearnos las problemáticas que predominan en los adolescentes y, a su vez, definir estrategias de intervención en instituciones que logren ser espacios de referencia y pertenencia, y sean útiles en el apuntalamiento de este proceso de constitución. Esta población es, hoy en día,

motivo de mayor interés y preocupación de los profesionales que conforman los equipos de salud mental.

Por lo tanto, la siguiente investigación pretende realizar una articulación teórica-práctica, desde los lineamientos teóricos adquiridos en la carrera Licenciatura en Psicología y la práctica intensiva final. El desarrollo de la misma, fue plasmada en seis capítulos donde se intenta describir las problemáticas que presentan los adolescentes, teniendo en cuenta cuatro niveles de análisis: social, familiar, el adolescente en sí mismo, e institucional.

Partiendo desde una mirada general a lo particular, la investigación se dividirá en 4 niveles de análisis:

1. Primero intentamos estudiar el contexto en el que los adolescentes se encuentran y las problemáticas que rigen en su cotidianidad, marco que será utilizado como referencia al momento de plantear las estrategias posibles para la mejoría del lazo social.
2. De acuerdo al segundo nivel de análisis, la institución familia nos permite analizar y estudiar las nuevas configuraciones familiares y vinculares con las que nos enfrentamos en la clínica actual.
3. Profundizando en la población adolescente, descubrimos distintas problemáticas, siendo una de las más importantes, el intento de suicidio, y su posterior internación.
4. Por último, con la mirada puesta en hospital de día, indagamos su función y abordaje correspondientes, con el fin de reflejar el trabajo interdisciplinario, y al mismo tiempo, con el objetivo de brindar las herramientas necesarias para el adolescente.

Con la intención de responder al objetivo general, el presente trabajo apunta a indagar las problemáticas actuales que presentan los adolescentes con diversas patologías que asisten a Hospital de día. Investigar cuáles son los motivos por el cual llegan a este tipo de institución, teniendo en cuenta aspectos que surgen

desde la constitución subjetiva hasta los factores sociales y culturales, que implican un abordaje particular para el dispositivo. Enunciar las configuraciones familiares con las que se han trabajado en el Taller de Padres. Definir criterios acerca del intento de suicidio, y su posterior internación psiquiátrica, ya sea voluntaria o involuntaria. En otro orden de prioridades, profundizar acerca de la constitución del dispositivo y del equipo de Hospital de día, asumiendo sus orígenes, objetivos y funciones.

MARCO TEÓRICO

La siguiente investigación pretende realizar una articulación teórica-práctica, desde los lineamientos teóricos adquiridos en la carrera Licenciatura en Psicología y la práctica intensiva final. La pregunta inicial que guía nuestro trabajo, surge acerca de aquellas problemáticas con las que llega un adolescente a hospital de día. A partir de la observación en campo y de la recolección de datos, hemos registrado que el intento de suicidio, en estos pacientes, es un hecho que se presenta de manera reiterada. Hecho llevado a cabo por la ingesta de fármacos, automutilaciones, consumo de drogas y/o alcohol.

Con el propósito de llevar a cabo un análisis sobre el mismo, el desarrollo del trabajo fue plasmado en seis capítulos, donde se intenta describir las problemáticas que presentan los adolescentes que asisten al servicio, teniendo en cuenta cuatro niveles de análisis: social, familiar, institucional, y el adolescente en sí mismo. La intención de este apartado es poder expresar los conceptos y criterios teóricos que utilizaremos a lo largo de la investigación, en miras de dejar puertas abiertas a nuevas actitudes comprensivas hacia este tipo de problemática.

Comenzando con una visión que se dirige desde lo general a lo particular, primero intentaremos estudiar el contexto en el que los adolescentes se encuentran y las problemáticas que rigen en su cotidianeidad, marco que será utilizado como referencia al momento de plantear las estrategias posibles para la mejoría del lazo social. Partiendo desde el campo de la Psicología Social, entendemos que el mismo abarca una variedad de problemáticas con urgencias histórico-sociales y diversidad de demandas (a través de las prácticas de intervención de la vida social). Por tal motivo, tomamos cuatro ejes que lo definen:

- a) *El nivel del sujeto* singular como sujeto social en tanto espacio del sujeto del inconsciente a la vez que sujeto emergente de tramas vinculares que lo preceden;

- b) *El nivel del grupo*, espacio de inserción del sujeto singular, espacio que se configura en una trama compuesta por los espacios psíquicos singulares y vinculares, a la vez que con una especificidad y dinámica propia;
- c) El *nivel institucional*, espacio de una lógica distinta y heterogénea a los anteriores, con una función socialmente modeladora y fundante de los vínculos intersubjetivos y de las relaciones sociales, a la vez que se presenta con carácter constrictivo;
- d) El *nivel social* como macro-contexto de los anteriores, espacio de cultura y orden histórico-social que antecede al del sujeto singular y sus vínculos con distintos grados de determinación que otorgan significación a las experiencias de los sujetos y cuyo conocimiento es, en cierto modo y en primer lugar, una información acerca del modo en que se oculta naturalizándose en tanto espacio de producción de subjetividad.

Este enfoque permite abordar al sujeto y caracterizar la subjetividad humana en toda su complejidad, teniendo en cuenta sus dimensiones esenciales y en la trama real socio-histórica de su configuración. La reflexión necesaria aborda un proceso donde se interrelacionan el sujeto, los grupos, las instituciones, la comunidad.

Cuando nos referimos a la cultura en la que se constituye el sujeto, citamos a Edwart Burnett Tylor (1981) quien realizó una de las definiciones más clásicas de la cultura, como "la cultura o civilización, en sentido etnográfico amplio, es ese todo complejo que incluye el conocimiento, las creencias, el arte, la moral, el derecho, las costumbres y cualesquiera otros hábitos y capacidades adquiridos por el hombre en cuanto miembro de una sociedad".

Sin embargo, desde una perspectiva del Psicoanálisis, Sigmund Freud plantea un nuevo concepto al campo científico. En *El malestar de la cultura* (1930) propone que existe cierta insatisfacción del hombre por la cultura, debido a que esta última controla sus impulsos eróticos y agresivos, ya que el hombre tiene una agresividad innata que puede desintegrar la sociedad. La cultura controlará esta agresividad internalizándola bajo la forma de Superyo y dirigiéndola contra el Yo, el que entonces puede tornarse masoquista o autodestructivo.

La trama principal, es el irremediable antagonismo existente entre las exigencias pulsionales y las restricciones impuestas por la cultura. Es decir una contradicción entre la cultura y las pulsiones donde rige lo siguiente: mientras la cultura intenta instaurar unidades sociales cada vez mayores restringe para ello el despliegue y la satisfacción de las pulsiones sexuales y agresivas, transformando una parte de la pulsión agresiva en sentimiento de culpa. Por eso, la cultura genera insatisfacción y sufrimiento. Mientras más se desarrolla la cultura más crece el malestar.

Para situarnos en la realidad que transitamos, tomamos las palabras de Alicia Stolkiner (1994) puesto que menciona que el entorno de nuestra época está signado por los cambios vertiginosos que imprimen la tecnología y la ciencia, así como por sucesos impredecibles en lo social, lo político y lo económico. Ello ha dado lugar a transformaciones en la cultura, los modos de vida, la constitución subjetiva y la intersubjetividad, así como en los modos de pensar y de construir la realidad, siendo a su vez estos nuevos modelos, agentes transformadores de la realidad.

Las incidencias de la época no dejan de repercutir en el campo de la clínica y, además, adquieren una importancia especial cuando se trata de la estructuración psíquica de los adolescentes. Es decir que, tanto el medio familiar como el contexto socio-económico-cultural particular; podrán facilitar o perturbar, en cada caso, el trabajo de reposicionamiento subjetivo que la adolescencia exige (Barrionuevo, 2015).

Uno de los niveles al que también nos detenemos a la hora de pensar sobre el contexto en el que se desarrolla el adolescente, es la institución familiar. La familia es la más antigua de las instituciones humanas y constituye el elemento clave para la comprensión y funcionamiento de la sociedad. A través de ella, “la comunidad no sólo se provee de sus miembros, sino que se encarga de prepararlos para que cumplan satisfactoriamente el papel social que les corresponde. Es el canal primario para la transmisión de los valores y tradiciones de una generación a otra” (Gustavikno, 1987).

Sus valores y significados van cambiando porque dependen, como todo lo humano, de la situación social y cultural. Estos vínculos, atravesados por importantes montos de afecto, que tienen un lado social e institucional, ordenan y administran tanto roles como estructuras vinculares a partir de lo permitido-prohibido. El tabú del incesto funda el pasaje y la delimitación desde el terreno de lo endogámico a lo exogámico (Berenstein, 1996).

Es cierto que se pueden vislumbrar diferencias entre una familia que se desarrolla en un contexto tradicional, y una familia que se desarrolla en la sociedad moderna. Frente a los fenómenos culturales, como la globalización, podemos observar el surgimiento, algunos con perplejidad otros con naturalidad, de diversas formas de familia: familias monoparentales, familias conyugales, familias compuestas por parejas que cohabitan en el mismo hogar, familias reconstituidas, artificiales, interculturales, etc.

En palabras de la autora Jiménez Godoy (2005), la familia ha avanzado para unos y retrocedido para otros, en orden a la adopción de nuevas estructuras y nuevas posturas en torno a la relación conyugal, así como la relación paternofilial, al cuestionamiento de la maternidad, de la paternidad, del género femenino o masculino, de la individuación o de la relación del sistema familia con el entorno. La mujer ha logrado defender la subjetividad de su género, igualando en derechos y deberes al género opuesto, la que por variaciones en la situación económica, se ha visto en la necesidad de salir de su hogar en busca de sustento familiar. Y en esta misma línea, el hombre comenzó a dejar de lado algunas cuestiones, como al sometimiento de un estereotipo inflexible, que le impedía acogerse a otras tareas que no fuesen las de imponer autoridad o la de ser el símbolo de la disciplina y de la representación pública de la familia.

Dándoles lugar a los adolescentes que formaron parte de esta investigación profundizamos sobre algunos conceptos teóricos que creemos necesarios. En primera instancia, se podría decir que la adolescencia abarca momentos de vacilación, desequilibrios e incertidumbres. Supone un reposicionamiento subjetivo

y, por otro lado, un cuestionamiento del sí mismo, es decir, la búsqueda de la propia identidad. Citando las palabras del autor Luis Kancyper (1985) la adolescencia podría considerarse como “un momento privilegiado de la resignificación subjetiva, ya que constituye una nueva etapa libidinal, en donde se alcanza por vez primera la identidad sexual genital como un fenómeno psicológico y social.” A partir de esta nueva etapa libidinal, el sujeto va transitando duelos, ya sea por la pérdida del cuerpo de niño, por la pérdida de la identidad infantil y por la pérdida del vínculo con los padres de la infancia.

Como bien describió Winnicott (1971), los infans salen de esta etapa en forma torpe y excéntrica para pasar a la adolescencia, y se apartan de la dependencia para encaminarse a tientas hacia su condición de adultos. A su vez, agrega que el crecimiento no es sólo producto de una tendencia que se hereda, sino que es “un entrelazamiento de suma complejidad con el ambiente facilitador”, con el contexto, ya sea la familia o las unidades sociales en las que se inserte el adolescente.

El conflicto del adolescente con la familia es latente o patente, pero siempre presente. Eiguer (1984) plantea que una de las constantes de toda crisis cíclica es el cambio a nivel de la identidad familiar. Al comienzo de la adolescencia, esta percepción que cada miembro tiene del otro, de las relaciones de unos hacia otros y del conjunto del grupo, será modificada por los comportamientos, los sentimientos y el pensamiento del adolescente. Al mismo tiempo la crisis de identidad grupal obliga a padre, madre, hermanos, hermanas, adolescentes o no, más grande, más chicos a cuestionarse sobre su lugar en la familia y a interrogarse sobre su historia y su filiación.

Uno de los aspectos más importantes a tener presente en la adolescencia, es el proceso de diferentes y sucesivas identificaciones. Podríamos asegurar que el adolescente tiene como trabajo psíquico central la búsqueda de su identidad, aunque ésta sea cambiante. Como señala Rother Hornstein (2003) el adolescente deberá sentir con convicción:

“Yo soy éste” (y no aquél). Sentimiento que procede de la representación de un cuerpo unificado, de la separación y límite entre él mismo y el otro, de un sentimiento de propiedad de sí, de su imagen narcisista, de la identificación con las imágenes, los mandatos y los valores parentales del sentimiento de pertenencia a una familia, a un grupo, a un pueblo, a una cultura, etcétera.”

El sentimiento de identidad es un tejido de lazos complejos y variables donde se articulan narcisismo, identificaciones, la vida pulsional y todo aquello que participa en la constitución del sujeto. La identidad no es un estado, sino un proceso, cuya primera fase es el júbilo extremo del bebé que se reconoce en el espejo.

El esquema corporal es una resultante intrapsíquica de la realidad del sujeto, es decir, es la representación mental que el sujeto tiene de su propio cuerpo como consecuencia de sus experiencias en continua evolución. Esta noción del individuo se va estableciendo desde los primeros movimientos dinámicos de disociación, proyección e introyección que permiten el conocimiento del “self” y del mundo exterior, es decir, del mundo interno y del mundo externo. El extrañamiento promovido por los cambios puede hacer vivir al adolescente, por la eclosión sexual y sus efectos, una sensación de cuerpo como un ajeno para su psiquismo.

Con la entrada en la pubertad llega a su fin el período de latencia y se inicia la segunda oleada de la sexualidad humana; al decir de Freud (1905): “Con el advenimiento de la pubertad se introducen los cambios que llevan la vida sexual infantil a su conformación normal definitiva”.

Por otra parte, H. Faimberg (1996) aporta un nuevo concepto al psicoanálisis del misterio de los orígenes a través de sus conceptos de telescopaje de las generaciones y de la ampliación del concepto de las identificaciones alienantes que intervienen en el origen de la constitución del psiquismo. Sostiene que las identificaciones son alienantes porque el sujeto se somete, por vía inconsciente, a las historias de un “otro” que no le conciernen, pero de las cuales permanece finalmente cautivado. El “otro” significa el narcisismo parental y la identificación con el mismo.

Cuando un sujeto adolescente va construyendo su identidad, existen ciertas situaciones contextuales-sociales pueden interferir en dicha construcción y guardan relación con la idea de trauma. Son traumáticas porque impiden que el individuo sea, que logre conquistar su propio Yo y estorban el proceso de llegar a ser lo que quiere. Aquellos quienes hayan padecido una historia llena de discontinuidades, duelos, traumas severos, o todas las experiencias que obstaculizan la narcisización del sujeto en desarrollo, estarán en desventaja con relación a los primeros. De todas maneras, no se trata que esto último sea una condición inexorablemente provocará dificultades y síntomas mayores.

Teniendo presente el intento de suicidio como un hecho que se repite en los pacientes de hospital de día, el Ministerio de Salud de Nación considera el intento de suicidio a toda acción autoinfligida con el propósito de generarse un daño potencialmente letal, actual y/o referido por el/la adolescente y/o referente/acompañante. En hospital de día, la mayoría de los pacientes han experimentado entre uno y varios intentos de suicidio. Los medios implementados han sido ingesta de fármacos, automutilaciones y consumo de drogas y alcohol.

Blumenthal (1988) menciona que los adolescentes con diagnóstico de trastorno de personalidad tienen 10 veces más riesgo de cometer suicidio que aquellos sin psicopatología. O bien, establece que a pesar de ser el Trastorno Límite de la Personalidad y el Trastorno Disocial, factores de riesgo de suicidio *per se*, son particularmente predictores de suicidio cuando se presentan en combinación con abuso de sustancias y depresión. Por otro lado, se ha observado que los adolescentes agresivos, hostiles y desafiantes tienen más riesgo de intentar matarse que aquellos sin estas características.

En la adolescencia, los cortes o autolesiones deliberadas en el cuerpo suelen ser frecuentes y no necesariamente implican riesgo suicida. Asimismo, la ideación suicida es un tipo de respuesta o reacción habitual en la adolescencia; su gravedad reside en la persistencia y/o estabilidad temporal. De todas maneras, Las conductas autolesivas no deben minimizarse. Exponen al adolescente a

situaciones de riesgo y dan cuenta del malestar que una persona y/o grupo humano padece. La intervención del equipo de salud posibilita el trabajo terapéutico sobre dicho sufrimiento y la prevención de comportamientos de riesgo en el futuro.

Edgardo Rolla sostiene que en el tema del suicidio hay un juego permanente de elementos como esperanza, desesperanza, desesperación, injuria narcísica al sentirse incompetente o más aún con pérdida de la competencia. Plantea que las motivaciones del suicida no pueden estudiarse si tiene éxito su objetivo. En los casos de suicidios frustrados, que son la mayoría, sería posible pensarlos como desesperados llamados de ayuda o auxilio. Es decir que, a pesar de la intensa depresión, habría una esperanza suficiente que paraliza o desvía el golpe mortal. Ubica como central a la desesperanza, definiéndola como la expectativa acerca de un resultado a lograr, acorde al propio deseo.

Posterior al intento de suicidio, dependiendo el grado y el nivel con el que el adolescente se expuso ante esta situación, posiblemente hablemos de una internación. En el marco legal, la internación es considerada como un recurso más dentro de la estrategia terapéutica. Debe ser de carácter transitorio, lo más breve posible, con el fin de cuidar a la persona y facilitar la reorganización de los aspectos de su vida que se hayan visto gravemente alterados en la crisis. Está indicada cuando aporte mayores beneficios terapéuticos que el resto de las intervenciones realizables en su entorno familiar, comunitario o social y cuando brinde cuidados y atención que no estén garantizados por fuera de la institución al momento de la evaluación.

Ahora bien, en Argentina la noción de peligrosidad constituye el criterio médico-legal de internación psiquiátrica. La misma nace de la mano de la teoría penal y su origen se remonta al siglo XIX, momento en el cual se conforma el modelo asilar que sustenta la institución psiquiátrica tradicional (Foucault, 2000). Las nociones de peligrosidad y riesgo se convierten en categorías que estigmatizan a los pacientes psiquiátricos en tanto refuerzan la asociación entre la enfermedad

mental y la violencia. La asociación entre locura y peligrosidad instauro la superposición entre punición y tratamiento, tutela y locura, dando por resultado la restricción de derechos y deberes (Mantilla, 2010).

Con la mirada puesta en hospital de día, indagamos sus funciones y su abordaje, con el objetivo de desarrollar los diversos tratamientos, y asimismo reflejar el trabajo de su equipo de salud. El hospital de día en sus inicios operó como modelo para inspirar las diversas formas de atención psiquiátrica de tiempo parcial (hospitales de noche, de fin de semana, actividades de varias horas en servicios de internación u hospitales generales, etc.) y vino a completar o reemplazar la hospitalización completa en los hospitales psiquiátricos clásicos. Henri Duchêne señaló, con gran acierto, que para cada época y lugar la forma que toma la asistencia psiquiátrica resulta del ensamble estructural de tres factores principales: las concepciones teóricas sobre las enfermedades mentales, los recursos terapéuticos existentes y la estructura política y socioeconómica de la sociedad concernida.

En “La urgencia psiquiátrica y la comunidad terapéutica psicoanalítica”, trabajo presentado en el VII Congreso Latinoamericano de Psiquiatría, Canevaro y García Badaracco sostienen que la urgencia psiquiátrica entendida como una crisis para el cambio, dependerá de que el psiquiatra interviniente, que es el interlocutor de la crisis, pueda otorgar al paciente la oportunidad de transformar esa “crisis-enfermedad” en una “crisis-punto de partida” de un proceso terapéutico. Desde esta perspectiva, la comunidad terapéutica psicoanalítica sería un continente adecuado para elaborar los conflictos que desembocaron a la crisis, entendiendo la urgencia psiquiátrica como “una crisis de la identidad no lograda, es decir, en la seudoidentidad que constituye la enfermedad” que a partir de la urgencia busca “un cambio hacia la identidad verdadera” (Canevaro y García Badaracco, 1972).

Durante la misma década, aproximadamente en 1969, apareció el Hospital Infanto- Juvenil “Carolina Tobar García”, en CABA, fue el primero de su tipo en la Argentina, y, probablemente, también el primero de América Latina. Se encontraba especializada en la atención psiquiátrica de niños y adolescentes y contaba con un

Servicio de Internación, un Servicio de Consultorios Externos y un Servicio denominado de Hospitalización Parcial que inicialmente organizaba actividades recreativas durante algunas horas diurnas para los pacientes hospitalizados y para ocupar durante la espera de su turno a los que concurrían a la consulta externa.

El dispositivo Hospital de Día se caracteriza por ser una instancia intermedia de tratamiento entre la internación psiquiátrica y la atención ambulatoria (Artigas, Cortés, Díaz, 2010). Es decir, asisten pacientes que no llegan a necesitar una atención en régimen de internación, pero sí precisan de una atención más intensa que la ambulatoria. Por otro lado, tiene por objetivos evitar la desinserción del paciente de su medio habitual, concentrar los tratamientos de manera intensiva en ciertos horarios y disminuir el estigma producido por la hospitalización en hospitales psiquiátricos (Stagnaro). Plantea un posible reanudamiento o encuentro del lazo social en todo paciente que ingrese, permitiendo recuperar algo de aquello que quedó interrumpido, o bien que pueda crear alguna nueva demanda que lo enlace a lo social.

El modelo del hospital de día surge como una alternativa asistencial a la hospitalización total y va adquiriendo identidad a lo largo del tiempo a partir de la diversidad de tratamientos agrupadas de forma heterogénea y con la constante en el hecho de permitir que el paciente mantenga una relación estrecha con su medio, pretendiendo así que sin perder los estímulos de convivencia de la vida cotidiana la persona se beneficie, a su vez, de un tratamiento intensivo durante un período de tiempo determinado.

Otro de los factores que atraviesan el servicio de Hospital de Día es el trabajo interdisciplinario. Ema Ponce de León (2005) plantea que existen zonas-límite de cada disciplina donde se pueden producir nuevos fenómenos a partir de la interrelación e interpenetración de campos de experiencia y de conocimiento diferentes. Estos fenómenos nuevos, tienen que ver con una nueva forma de accionar, de intervenir en el campo clínico, que a su vez va configurando nuevos

modelos de pensamiento. Si bien las diferentes disciplinas por ser contemporáneas pueden participar de un mismo paradigma, siempre hay corrimientos originados en sus diferentes objetos y métodos, lo que hace a su heterogeneidad.

La creación de un campo interdisciplinario no apunta a lograr una totalidad abarcativa, sino a la emergencia de nuevos planos de conocimiento, partiendo de la diversidad. Es importante señalar que la interdisciplina no es un estado permanente, es alcanzada en los momentos de producción, tal como sucede durante un proceso de análisis. Los efectos derivados del trabajo en equipo, son emergentes que implican dos niveles de análisis: el primero, podría pensarse como el equipo interdisciplinario propiamente dicho, y el otro, sería el paciente y su familia, que configuran la situación clínica.

Por otro lado, nos encontramos en Hospital de día con los espacios de los talleres abordados desde una metodología grupal e interdisciplinaria, de promoción y prevención de la salud mental como posibilitadora de espacios de expresión y elaboración de distintos aspectos de la subjetividad. Tal como lo menciona el autor Alberto Trimboli (2009), se trabaja para promover la participación de cada uno de los integrantes a partir de actividades que requieran una organización de la tarea, siendo la anticipación un aspecto esencial de este proceso, generar un ámbito en el cual la palabra pueda ser tomada desde diferentes significaciones y para promover la utilización del bagaje de información con el que cada uno cuenta y la adquisición de otra nueva estimulando el interés por nuevos conocimientos.

Los fines del marco teórico permiten ubicar la problemática de nuestra investigación dentro de un conjunto de conocimientos, con la intención de orientar la búsqueda y ofrecer una conceptualización adecuada sobre aquellos términos con los que trabajaremos. Una vez definidos los conceptos y lineamientos teóricos esenciales y, al mismo tiempo, teniendo presente los cuatro niveles de análisis, accedemos a la articulación teórica práctica que nos irá guiando sobre las

problemáticas que los adolescentes traen consigo al momento de asistir al servicio de Hospital de Día “Dra. Carolina Tobar García”.

JUSTIFICACIÓN

La siguiente investigación surge del cuestionamiento acerca de: ¿Cuáles son las problemáticas que llevan al adolescente a concurrir al servicio de hospital de día? Considerando la adolescencia como una población vulnerable y expuesta a distintos riesgos, nos interesa indagar cómo y de qué manera los adolescentes llegan a un servicio de hospital de día. Desde el ámbito clínico podríamos afirmar que en la mayoría de los pacientes que asisten a este servicio, se halla una psicopatología de base. Más allá de un diagnóstico, consideramos imprescindible llevar un registro completo acerca del contexto familiar, social y cultural en el que se encuentra inmerso el adolescente.

Al ingresar al campo de investigación, pudimos registrar que uno de los hechos que circula en estos pacientes es el intento de suicidio y, de acuerdo al grado de intencionalidad del mismo, su posterior internación psiquiátrica. Deteniéndonos en este acontecimiento, consideramos que esta población y sus problemáticas siempre fueron de gran preocupación para los profesionales de la Salud. De todas maneras, nos encontramos con escasos servicios públicos, ya sean hospitales generales, programas o centros de primera atención, que cuenten con el área de Salud Mental Infanto-Juvenil.

Consecuentemente, nos interesa indagar objetivos, funcionamiento y abordaje que implementa el servicio Hospital de Día “Dra. Carolina Tobar García”, sabiendo con antelación que se encuentra enmarcado en una discusión legal acerca de la Ley de Salud Mental 26.657. Sin embargo, el marco legal no toma relevancia en esta investigación, sino más bien nos enfocaremos en el dispositivo y en el tratamiento que brinda al paciente adolescente. Paralelamente, surge la idea de investigar acerca de cómo trabajan los profesionales y cuáles son los recursos que ofrece el servicio para generar o mejorar la reinserción social.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

En el marco de la salud, podemos registrar un incremento de la población adolescente ante situaciones de riesgo y vulnerabilidad. En los últimos años, se refleja un importante aumento en la cantidad de adolescentes y jóvenes que ingresan al servicio de Hospital de Día luego de haber transitado algún intento de suicidio. A partir de la recolección de datos, encontramos que esta situación se ha repetido con frecuencia en la mayoría de los pacientes adolescentes, llevada a cabo por la ingesta de fármacos, automutilaciones, sobredosis de drogas y/o alcohol; por lo que ha requerido de una internación psiquiátrica.

El Ministerio de Salud de la Nación (2010) define el intento de suicidio como toda acción autoinfligida con el propósito de generarse un daño potencialmente letal, actual y/o referido por el/la adolescente y/o referente/acompañante. Por lo tanto, en estos casos, considera necesario la intervención de un equipo de salud que posibilite el trabajo terapéutico sobre dicho sufrimiento y la prevención de comportamientos de riesgo en el futuro.

En otra perspectiva, cabe la necesidad de indagar acerca del entorno que acompaña al adolescente, empezando por las configuraciones familiares y el contexto social-cultural que lo rodea. A raíz del discurso de los padres, detectamos que son muy pocos los servicios públicos que brindan un abordaje terapéutico adecuado a la problemática que manifiestan sus hijos, con la experiencia de haber recorrido años en encontrar una institución que pueda escucharlos. Es decir, estamos ante una falta de dispositivos o servicios que trabajen con la Salud Mental Infanto Juvenil.

Sin embargo, el daño y riesgo por los que atraviesa el adolescente, desemboca en la ruptura de sus vínculos, en la búsqueda de proyectos y de la propia identidad, afectando principalmente la reinserción social. Por lo que entendemos que si existe un pedido de ayuda generado por la familia o, en lo mejor de los casos, por

el adolescente, al momento de ingresar a hospital de día, es porque estamos ante una urgencia que debe ser escuchada y abordada.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

- ¿Cuáles son las problemáticas que presenta el adolescente que asiste a hospital de día?

Acompañando desde otro nivel de análisis, las preguntas secundarias que surgen son:

- ¿Cómo es el trabajo que se realiza con las familias?
- ¿Es el intento de suicidio una de las problemáticas que con mayor frecuencia se presenta en los adolescentes que asisten a hospital de día?
- ¿Cuál es el trabajo que realiza el equipo interdisciplinario para que el adolescente reconstruya el lazo social?

HIPÓTESIS

1. El Hospital de día como abordaje terapéutico permite que el adolescente pueda mejorar su calidad de vida, la de su familia y reconstruir el lazo social.
2. Las condiciones del contexto histórico, social y cultural; y las configuraciones familiares, pueden aumentar la vulnerabilidad del adolescente, favoreciendo la aparición de ciertas patologías que conllevan, en esta investigación, al intento de suicidio.

OBJETIVOS

Objetivo General:

Explorar las problemáticas actuales que presentan los adolescentes con patologías graves en Hospital de día, teniendo en cuenta cuatro niveles de análisis: contexto social-cultural, familiar, el adolescente en sí mismo, y la institución hospital de día.

Objetivos Específicos:

- Enunciar las realidades familiares con las que se han trabajado en el Taller de Padres.
- Releva el contexto social-cultural en el que se encuentran inmersos los adolescentes.
- Profundizar acerca de las distintas problemáticas que presentan los adolescentes que asisten al servicio.
- Definir el intento de suicidio y los criterios de internación.
- Indagar la constitución del dispositivo Hospital de Día, así como también de su equipo interdisciplinario, como de los espacios y talleres que brinda al paciente.

ASPECTOS METODOLÓGICOS

I. Diseño Metodológico

El marco del siguiente trabajo se inscribió en la lógica de la investigación *cualitativa*, con la intención de indagar las problemáticas que presentan los adolescentes que asisten al Hospital de Día perteneciente al Hospital Infanto Juvenil “Dra. Carolina Tobar García”, teniendo presente el contexto familiar, social y cultural. A través de Creswell (1998) podríamos considerar que la investigación cualitativa es un proceso interpretativo de indagación basado en distintas tradiciones metodológicas que examina un problema humano o social. De tal manera que, abarca el uso y recolección de una variedad de materiales empíricos –estudio de caso, historia de vida, entrevista, textos observacionales, históricos, interaccionales y visuales– que describen los momentos habituales y problemáticos y los significados en la vida de los individuos. Los instrumentos de recolección llevados a cabo en esta investigación fueron: el análisis de documentos, la observación participante y las entrevistas semidirigidas.

Los métodos cualitativos nos permiten permanecer próximos al mundo empírico (Blumer, 1969). La fuente principal y directa de los datos son las situaciones naturales, intentando dar sentido o interpretar los fenómenos en los términos del significado que las personas les otorgan. De esta forma, el investigador observa el escenario y a las personas en una perspectiva holística; las personas, los escenarios o los grupos son considerados como un todo. Bodgan y Tylor (1987) afirman que la investigación cualitativa es inductiva, en tanto que se desarrollan conceptos, intelecciones y comprensiones partiendo del material registrado. Se emplean métodos de análisis y de explicaciones flexibles y sensibles al contexto social en el que los datos son producidos.

El diseño de investigación propuesto es el diseño flexible, ya que “alude a la posibilidad de advertir durante el proceso de investigación situaciones nuevas e inesperadas vinculadas con el tema de estudio, que puedan implicar cambios en

las preguntas de investigación y los propósitos; a la viabilidad de adoptar técnicas novedosas de recolección de datos; y a la factibilidad de elaborar conceptualmente los datos en forma original durante el proceso de investigación” (Mendizabal, 2006). En el siguiente apartado, podremos detectar que para poder asistir al dispositivo de Hospital de día, previamente hubo un recorrido por otros servicios e implementación de instrumentos, que fueron modificándose a lo largo de la práctica.

II. Características del Período de Relevamiento

La práctica intensiva final realizada en el Hospital de día perteneciente al Hospital Infanto-Juvenil “Dra. Carolina Tobar García”, se llevó a cabo desde el día viernes 18 de noviembre del 2016, hasta el viernes 1 de junio del 2017, en el horario de 8.30 hasta 14.00. El desarrollo de la práctica, fue asesorada y acompañada por una Psicóloga de referencia de la institución, quien, actualmente, forma parte del Departamento de Docencia e Investigación. Al momento de ingresar, se realizó un recorrido por algunos dispositivos que trabajen con pacientes adolescentes y sus familias. De esta manera, conocimos los departamentos de Terapia Familiar, Servicio Social y Hospital de día.

En la medida que íbamos indagando la institución se implementó, como instrumento de recolección de datos, las entrevistas semidirigidas a profesionales del área de Psicología, Psiquiatría y Trabajo Social. La elección de profesionales a entrevistar, se basó en la idea de tomar los primeros registros sobre la modalidad de abordaje con el que trabajan estas áreas de la salud, teniendo en cuenta cada servicio en particular, así como también las distintas representaciones y significaciones que imperan institucionalmente.

Luego de estas primeras aproximaciones, una de las propuestas ofrecidas por la psicóloga de referencia, consistía en participar por un día en la jornada del Equipo de Adolescentes perteneciente a Hospital de Día. Una vez asistido al servicio, consideramos que el mismo respondía a los intereses de la investigación, en tanto que se buscaba una alternativa terapéutica para el paciente, promoviendo la

integración familiar, social y comunitaria. Por lo tanto, fue solicitada la autorización correspondiente para realizar las prácticas únicamente en Hospital de día, asistiendo los días viernes de 8.30 a 14.00.

Con el fin de acercarnos a los pacientes adolescentes que asisten a hospital de día, intentamos adquirir nuevas interpretaciones sobre las distintas realidades y problemáticas que presentan los adolescentes, con la búsqueda de una práctica real, situada, y basada en un proceso interactivo en el que intervienen el investigador y los participantes.

III. Población

Durante el transcurso de la práctica, los sujetos que formaron parte de la investigación fueron ocho pacientes adolescentes con patologías graves, varones y mujeres, entre 14 y 17 años, que asisten al servicio de hospital de día. Es importante destacar que los pacientes concurren al servicio desde zonas cercanas, como también de zonas lejanas. Algunos provienen de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, de la Provincia de Buenos Aires, de otras provincias de nuestro país como Santiago del Estero, y de países limítrofes como Bolivia y Paraguay.

Como se ha mencionado anteriormente, se han realizado entrevistas semidirigidas a profesionales que trabajan en diversas áreas como: Servicio Social, Terapia Familiar y Terapia Psicofarmacológica.

Para poder llevar a cabo el presente trabajo, hemos contado con el consentimiento informado de los pacientes adolescentes y sus familiares, como también de los profesionales entrevistados, informando acerca del carácter de dicha investigación.

IV. Instrumentos de recolección/técnicas de producción de datos

En cuanto a la construcción del objeto de estudio, los instrumentos implementados como el análisis de fuentes documentales, la observación empírica y las entrevistas semidirigidas, fueron seleccionadas para identificar las problemáticas

que presenta el paciente adolescente en hospital de día, inmerso en su contexto social, familiar e institucional; y su posible reforzamiento, restitución o promoción del lazo social.

a) Análisis de fuentes documentales

En primer lugar se realizó un análisis de documentos que estén vinculados sobre la temática “Hospital de día: adolescencia, problemáticas y la búsqueda de la reinserción social”. Para construir el estado del arte, se han utilizado:

- Artículos académicos y bibliográficos propios de las materias correspondientes a la Licenciatura en Psicología como: Psicología Evolutiva II, Clínica con Adolescente, Promoción y Prevención de la Salud, Psicología Social, Psicopatología I y II, Emergencia e Interconsulta.
- Relevamiento de investigaciones en revistas científicas acerca del contexto social-cultural de las familias argentinas, del servicio de hospital de día y el intento de suicidio.
- Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 (Decreto Reglamentario 603/2013).
- Revistas Institucionales del Departamento Docencia e Investigación “Lo Nuevo en la Clínica de Hospital de día” Jornadas Hospitalarias 2009, 25 y 26 de Junio, Parte I y Parte II.
- Revisión de Historias Clínicas bajo la supervisión de un profesional.
- Ingreso a páginas web del Ministerio de Salud de La Nación.
- Ingreso a blogs pertenecientes a grupos urbanos.

b) Observación Participante

En el ámbito de la ciencia, la observación es, por definición, el modo de establecer algún tipo de contacto empírico con los objetos/sujetos/situaciones de interés a los fines de su descripción. La elección del instrumento para nuestra investigación

consiste en presenciar de manera directa, el fenómeno estudiado en su “ambiente natural” sin manipularlo (Marradi, Archenti y Piovani, 2007).

Kawulich (2005) afirma que la observación participante conlleva al involucramiento del investigador en una variedad de actividades, y por un período prolongado de tiempo, con el fin de observar a los miembros de una cultura en su vida cotidiana y participar en sus actividades facilitando una mejor comprensión de los mismos. Entre las principales ventajas de este instrumento, Valles (1997) destaca: a) que en cuanto modo directo de investigación, permite acceder a las situaciones investigadas en toda su complejidad y en el momento en que los acontecimientos suceden, sin artificios ni simplificaciones; b) permite acercarse al punto de vista de los actores investigados; c) es flexible, posibilitando de este modo redefinir aspectos significativos a lo largo del proceso de investigación.

La utilidad de esta herramienta dentro de nuestra investigación, se fundamenta en el registro de las diferentes intervenciones y estrategias pensadas para brindarles una alternativa terapéutica a los pacientes; comprender las problemáticas, el modo de vincularse y manifestarse de los adolescentes a través los distintos talleres; y la posibilidad de observar el proceso de los padres. Por tal motivo, la observación participante fue realizada en distintos espacios y talleres con el equipo de trabajo y con los pacientes adolescentes de hospital de día. Asistiendo los días viernes a:

- Reunión de Equipo de Profesionales, en el horario de 8.30 a 10.00
- Taller de Desayuno, en el horario de 10.00 a 10.30.
- Taller de Deportes, en el horario de 10.30 a 11.15 (desarrollándose en el gimnasio del hospital).
- Taller de Expresión Corporal, en el horario de 11.15 a 12.00.
- Taller de Cuentos, en el horario de 12.00 a 12.30 (llevado a cabo en la pequeña biblioteca del servicio)
- Taller de Padres (cada 15 días), en el horario, de 10.00 a 11.30.

c) La entrevista semidirigida:

Este tipo de entrevista, permite al investigador acceder a hechos, descripciones de situaciones o interpretación de sucesos internos o externos que no se podrían observar de otra manera. Se caracteriza por ser un instrumento que presenta un grado mayor de flexibilidad debido a que parte de preguntas planeadas, que pueden ir ajustándose a los entrevistados. Para obtener un registro más confiable y verídico, con el consentimiento de los profesionales, optamos por utilizar un grabador en las entrevistas que nos permita analizar el énfasis en determinados temas y atender a las diversas expresiones de los entrevistados

El instrumento se llevó a cabo con profesionales del área de Psicología, Psiquiatría y Trabajo Social, con el objetivo de ahondar sobre las problemáticas actuales con las que se acerca un paciente adolescente al Hospital Infanto Juvenil “Dra. Carolina Tobar García.” A su vez, se intentó brindar claridad acerca del contexto familiar y socio-cultural de los pacientes, y el tipo de acompañamiento terapéutico que se realiza. Por otro lado, también nos interesaba saber acerca del impacto que había recibido el Hospital con la nueva Ley Nacional de Salud Mental.

ARTICULACIÓN TEÓRICO-PRÁCTICA

CAPÍTULO I: CONTEXTO SOCIAL - CULTURAL

El primer capítulo cumple la función de realizar una introducción sobre el contexto social-cultural actual en el que viven los pacientes y, al mismo tiempo, entender desde dónde provienen las problemáticas que presentan los pacientes en Hospital de Día. Posicionándonos desde una perspectiva que se nutre de la Psicología Social y algunos autores desde el campo de la Sociología, iremos definiendo conceptos que determinan la importancia del marco societario, con el objetivo de captar una mirada que permita comprender las problemáticas adolescentes.

Partiendo desde el campo de la Psicología Social, entendemos que el mismo abarca una variedad de problemáticas con urgencias histórico-sociales y diversidad de demandas (a través de las prácticas de intervención de la vida social). Por tal motivo, tomamos cuatro ejes que lo definen:

- a) *El nivel del sujeto* singular como sujeto social en tanto espacio del sujeto del inconsciente a la vez que sujeto emergente de tramas vinculares que lo preceden;
- b) *El nivel del grupo*, espacio de inserción del sujeto singular, espacio que se configura en una trama compuesta por los espacios psíquicos singulares y vinculares, a la vez que con una especificidad y dinámica propia;
- c) *El nivel institucional*, espacio de una lógica distinta y heterogénea a los anteriores, con una función socialmente modeladora y fundante de los vínculos intersubjetivos y de las relaciones sociales, a la vez que se presenta con carácter constrictivo;
- d) *El nivel social* como macro-contexto de los anteriores, espacio de cultura y orden histórico-social que antecede al del sujeto singular y sus vínculos con distintos grados de determinación que otorgan significación a las experiencias de los sujetos y cuyo conocimiento es, en cierto modo y en primer lugar, una información acerca del modo en que se oculta naturalizándose en tanto espacio de producción de subjetividad.

Este enfoque permite abordar al sujeto y caracterizar la subjetividad humana en toda su complejidad, teniendo en cuenta sus dimensiones esenciales y en la trama

real socio-histórica de su configuración. La reflexión necesaria aborda un proceso donde se interrelacionan el sujeto, los grupos, las instituciones, la comunidad.

Cuando nos referimos a la cultura en la que se constituye el sujeto, citamos a Edwart Burnett Tylor (1981) quien realizó una de las definiciones más clásicas de la cultura, como "la cultura o civilización, en sentido etnográfico amplio, es ese todo complejo que incluye el conocimiento, las creencias, el arte, la moral, el derecho, las costumbres y cualesquiera otros hábitos y capacidades adquiridos por el hombre en cuanto miembro de una sociedad".

A su vez, *cultura* es la suma de producciones que nos diferencian de los animales, y que sirve a dos fines: proteger al hombre de la naturaleza, y regular sus mutuas relaciones sociales. Para esto último, el hombre debió pasar del poderío de una sola voluntad tirana al poder de todos, al poder de la comunidad, es decir que todos debieron sacrificar algo de sus instintos: la cultura los restringió.

Sin embargo, desde una perspectiva del Psicoanálisis, Sigmund Freud plantea un nuevo concepto al campo científico. En *El malestar de la cultura* (1930) propone que existe cierta insatisfacción del hombre por la cultura, debido a que esta última controla sus impulsos eróticos y agresivos, ya que el hombre tiene una agresividad innata que puede desintegrar la sociedad. La cultura controlará esta agresividad internalizándola bajo la forma de Superyo y dirigiéndola contra el Yo, el que entonces puede tornarse masoquista o autodestructivo.

La trama principal, es el irremediable antagonismo existente entre las exigencias pulsionales y las restricciones impuestas por la cultura. Es decir una contradicción entre la cultura y las pulsiones donde rige lo siguiente: mientras la cultura intenta instaurar unidades sociales cada vez mayores restringe para ello el despliegue y la satisfacción de las pulsiones sexuales y agresivas, transformando una parte de la pulsión agresiva en sentimiento de culpa. Por eso, la cultura genera insatisfacción y sufrimiento. Mientras más se desarrolla la cultura más crece el malestar.

Con estos conceptos a modo de introducción, para adentrarnos al contexto social-cultural en nuestro país, tomamos las palabras de Alicia Stolkiner (1994) ya que

afirma que el entorno de nuestra época está signado por los cambios vertiginosos que imprimen la tecnología y la ciencia, así como por sucesos impredecibles en lo social, lo político y lo económico. Ello ha dado lugar a transformaciones en la cultura, los modos de vida, la constitución subjetiva y la intersubjetividad, así como en los modos de pensar y de construir la realidad, siendo a su vez estos nuevos modelos, agentes transformadores de la realidad.

En las últimas décadas de nuestro país, se destaca la dominancia de factores de contexto, tales como la situación económica, el marco político-institucional y las condiciones sociales de origen, que constituyen un conjunto de factores cuyo desempeño parece haber distribuido de manera desigual oportunidades, trayectorias y transiciones de vida y posibilidades de desarrollo y apropiación de recursos por parte de los niños, niñas y adolescentes, y que han llevado a la reproducción intergeneracional de la pobreza y desigualdades sociales.

En lo que concierne a las familias, la socióloga e investigadora argentina, Susana Torrado (2007), afirma que si bien se prolonga la tendencia a una mayor autonomía personal, el aislamiento y desamparo que produce la virtual confiscación de la seguridad social prevalece absolutamente sobre otras formas de vulnerabilidad familiar. En efecto, en los estratos excluidos, la pérdida de las protecciones sociales favorece diversas formas de fractura del tejido familiar que, perversamente, refuerzan el proceso de pauperización de quienes ya eran vulnerables antes de la ruptura. Sin trabajo y sin seguridad social, las familias de los sectores más vulnerables, además de sufrir crueles carencias básicas, debieron volver a la experiencia estigmatizante de “vivir al día”.

Por lo tanto, emerge un gran volumen de desocupados, subocupados, trabajadores precarios, no registrados, informales y marginales; se produce un profundo deterioro en los salarios reales y en los haberes jubilatorios; se asiste a una abrupta desalarización de vastos sectores de la clase obrera y de la clase media.

En consecuencia, nos preguntamos ¿en qué medida lo social, lo contextual, lo cultural puede ser un hecho traumático e interferir en la constitución del sujeto? ¿Cómo interviene la realidad en las problemáticas de los adolescentes que intentamos abordar?

Consideramos, por ejemplo, lo que ha ocurrido en nuestro país desde diciembre del 2001 hasta la actualidad. Crisis sociales, devaluación, violencia, desocupación, sensación de desmembramiento social, imposibilidad de imaginarse un futuro, de armar un proyecto. De tal manera que, el sujeto no es sólo historia congelada, no sólo repite la historia, ni tampoco es un conjunto de identificaciones fijas, sino que es el producto de su interacción con su contexto y, por eso mismo, su subjetividad es cambiante (Lerner, 2006). Como decía Castoriadis (1998) “[...]El individuo con quien se encuentra el psicoanálisis es siempre un individuo socializado (lo mismo que quien lo practica).[...] Yo, superyó e ideal del yo son impensables si no se los concibe como productos del proceso de socialización. Los individuos socializados son fragmentos que caminan y hablan en una sociedad dada.”

Reflexionando acerca de estos fenómenos que se manifiestan en la realidad que transitamos, se podría decir que más allá del *malestar en la cultura* que se genera, es posible visibilizar una expresión en la sociedad que cada vez se instala con mayor fuerza y frecuencia: la violencia. Durante el desarrollo de la práctica intensiva, al escuchar a muchas madres pudimos registrar cómo instituciones, grupos y sujetos se dirigieron hacia ellos de una manera violenta en donde era absurdo alojar la salud mental y los tratamientos necesarios de los pacientes. Modos de violencia desde profesionales que discriminaban a sus hijos; así como violencia en el núcleo familiar en donde no sólo iba desde un discurso y maltrato, sino violencia reflejada en golpes y en abusos en los pacientes; o bien violencia manifestada a través de secuestros de grupos de narcotraficantes con el fin de pagar un rescate.

Tal como lo menciona Janine Puget (2002) la violencia produce dolor, malestar, desplazando la inquietud y perplejidad inherente a la incertidumbre. La violencia

concretiza el malestar. Parecería que la misma reside en un proceso de desubjetivización, de negación del sujeto, de sus pertenencias, de sus deseos y aspiraciones propias (Phillipe, 2002). Consideramos y destacamos dicha afirmación debido a que, tal proceso con las características que señala la autora, se ha reflejado en el taller de padres ante las situaciones mencionadas con anterioridad, donde se tornaba difícil tomar conciencia de la situación y poder hacer algo con ella.

Zygmunt Bauman afirma: “Ahora el “progreso” representa la amenaza de un cambio implacable e inexorable que, lejos de augurar paz y descanso, presagia una crisis y una tensión continuas que imposibilitarán el menor movimiento de respiro.” (Bauman, 2007, pág. 21). Por lo tanto, al momento de pensar sobre los pacientes de hospital de día y sus familias, no podemos dejar de lado ciertos fenómenos y hechos culturales que afectan de manera directa a las problemáticas que presentan. Las incidencias de la época no dejan de repercutir en el campo de la clínica y, además, adquieren una importancia especial cuando se trata de la estructuración psíquica de los adolescentes. Es decir que, tanto el medio familiar como el contexto socio-económico-cultural particular; podrán facilitar o perturbar, en cada caso, el trabajo de reposicionamiento subjetivo que la adolescencia exige (Barrionuevo, 2015).

CAPÍTULO II: FAMILIA

En el capítulo anterior se realizó una descripción del contexto social-cultural con el que trabaja el hospital de día. Situándonos en una época signada por los cambios vertiginosos que imprimen la tecnología y la ciencia, así como por sucesos impredecibles en lo social, lo político y lo económico. Viviendo el día a día, asumiendo hechos y situaciones que favorecen la ausencia de seguridad y equilibrio social. Una vez considerado el marco societario en donde el sujeto se constituye y transforma, en el siguiente capítulo indagaremos acerca de algunos aspectos que creemos relevantes al momento de pensar las familias actuales de los pacientes.

Desde un primer momento, la familia es la más antigua de las instituciones humanas y constituye el elemento clave para la comprensión y funcionamiento de la sociedad. A través de ella, “la comunidad no sólo se provee de sus miembros, sino que se encarga de prepararlos para que cumplan satisfactoriamente el papel social que les corresponde. Es el canal primario para la transmisión de los valores y tradiciones de una generación a otra” (Gustavikno, 1987).

Sus valores y significados van cambiando porque dependen, como todo lo humano, de la situación social y cultural. Estos vínculos, atravesados por importantes montos de afecto, que tienen un lado social e institucional, ordenan y administran tanto roles como estructuras vinculares a partir de lo permitido-prohibido. El tabú del incesto funda el pasaje y la delimitación desde el terreno de lo endogámico a lo exogámico (Berestein, 1996).

Es cierto que se pueden vislumbrar diferencias entre una familia que se desarrolla en un contexto tradicional, y una familia que se desarrolla en la sociedad moderna. Frente a los fenómenos culturales, como la globalización, podemos observar el surgimiento, algunos con perplejidad otros con naturalidad, de diversas formas de familia: familias monoparentales, familias conyugales, familias compuestas por parejas que cohabitan en el mismo hogar, familias reconstituidas, artificiales, interculturales, etc.

En palabras de la autora Jiménez Godoy (2005), la familia ha avanzado para unos y retrocedido para otros, en orden a la adopción de nuevas estructuras y nuevas posturas en torno a la relación conyugal, así como la relación paternofilia, al cuestionamiento de la maternidad, de la paternidad, del género femenino o masculino, de la individuación o de la relación del sistema familia con el entorno. La mujer ha logrado defender la subjetividad de su género, igualando en derechos y deberes al género opuesto, la que por variaciones en la situación económica, se ha visto en la necesidad de salir de su hogar en busca de sustento familiar. Y en esta misma línea, el hombre comenzó a dejar de lado algunas cuestiones, como al sometimiento de un estereotipo inflexible, que le impedía acogerse a otras tareas que no fuesen las de imponer autoridad o la de ser el símbolo de la disciplina y de la representación pública de la familia.

Escuchamos constantemente críticas sobre la familia actual, en comparación con la familia tradicional. Jiménez Godoy considera que no se puede señalar a la familia de hoy solamente como objeto de crisis, sino entender su diversidad como un despliegue libre y responsable de estructurar la vida en común y vivir la subjetividad en comunidad. Hay que valorarlas, primero como elementos de crecimiento y no sólo íntimo, sino de todo tejido social, concibiendo los cambios tecnológicos, políticos, económicos y sociales.

Quizá ante esta consideración se abra puertas a un futuro debate, sobre qué imaginamos que está en crisis o no sobre la institución familiar. Por lo que es importante comprender que cuando ahondamos sobre lo socio-cultural, no es la escenografía de la vida de las personas, sino aquello que hace que esas personas, sean sujetos de esa época con sus lógicas y contextos de significación.

En el fondo de las opiniones, de las críticas y de los discursos que derivan de la familia, no podemos ubicarnos solamente en la aparición de nuevas formas de familia, sino también en el reflejo de ciertas patologías clínicas y malestares de los sujetos sociales que se integran en la unidad familiar.

Reflexionar en torno a las nuevas realidades familiares obliga a pensar en términos como: sexualidad, amor, género, poder, valores, estilos de crianza de los hijos, los vínculos, la conexión con el otro. Aparecen situaciones de gran inestabilidad, donde los lazos familiares parecerían que han perdido fuerza, donde prima la distancia frente al compromiso y la legalidad.

De acuerdo a la demanda clínica, Silvia Kleiman (2004), considera que las derivaciones a las terapias de familia, especialmente si hay niños y adolescentes, generalmente están precedidas por una descripción detallada de las supuestas fallas parentales, como causalidad casi asegurada de la patología de los hijos. Estos a su vez son presentados como el hijo-niño pasivo, que no tiene otra salida que ser soporte de los síntomas de sus padres.

Desde una mirada puesta en el Psicoanálisis, en palabras de Isidoro Berestein (1995) plantea que una familia es un conjunto de personas vinculadas por la pertenencia tanto al sistema de parentesco como al de la lengua. Estos dos sistemas comprenden un largo período de tiempo vivido en común, asimismo de cotidianeidad y un supuesto compartir de sentidos respecto de los afectos que impregnan las relaciones, así como las experiencias emocionales que en ellas se dan. A su vez, el autor expresa que los sujetos que conforman una trama familiar, responden a tres condiciones: ser un conjunto, tener una historia previa que los envuelve y atraviesa, que para algunos de la familia es previa a su origen y presencia perdurable en el tiempo y el espacio

Para Silvia Kleiman, la familia es, en nuestra cultura, una de las productoras primordiales de subjetividad, a ella adviene el sujeto. Por ende, considera que se pueden delimitar tres espacios diferentes:

- El *intrasubjetivo* corresponde al mundo interno del sujeto y sus relaciones de objeto, es el campo del psicoanálisis familiar
- El *intersubjetivo* concierne al mundo de los vínculos, es el objeto del psicoanálisis de lo vincular, que incluye tanto lo familiar como lo grupal. La

trama inter subjetiva familiar precede al sujeto a la vez que lo produce. A su vez, el recién llegado modifica la trama vincular.

- El *transubjetivo* pertenece al contexto social y a lo transgeneracional, en el cual toda la familia está inmersa.

Siguiendo el lineamiento teórico que propone la autora, usamos el término vínculo en el sentido amplio de una situación inconsciente que liga a dos o más sujetos y los determina en una relación de presencia. En cambio, la relación con un objeto interno no implica presencia. La presencia real del otro pone en marcha un mecanismo de imposición, la presencia se impone e instituye al sujeto a partir de la inscripción de la pertenencia a ese vínculo.

La imposición siempre es originaria, no sólo acontece en los primeros años de vida con los padres, sino más bien que se produce cada vez que se instala un nuevo vínculo, sea o no de parentesco. Lo vincular en lo familiar implica pensar en términos de devenir y no de ser. De este modo podríamos hablar de un devenir madre a partir del vínculo, que se establece con el hijo y viceversa. Pensar en el vínculo como acontecimiento implica la simultaneidad transformadora de ambos devenires.

Taller de Padres

El taller de padres se caracteriza por ser uno de los espacios más importantes a la hora de trabajar con las familias de los pacientes. Es un punto de encuentro que permite adquirir cierto sentido de pertenencia a un grupo que acompaña y sostiene el proceso del tratamiento de cada adolescente. De a poco, van encontrando que todos los padres que conforman el taller, han transitado la misma situación (en menor o mayor escala) que ellos.

La coordinación del taller está llevado a cabo por dos Psicólogas y una Trabajadora Social, en el cual se plantean diferentes actividades que permitan el despliegue de la propia subjetividad, la mejoría de las relaciones que se establecen con los hijos, y avanzar con cualquier tipo de trámite legal que guarde

relación con aspectos como vivienda, obra social, instituciones educativas, espacios recreativos, etc.

Uno de los aspectos que sobresalieron a la hora de relevar datos en la investigación, fue que las familias llegan al hospital luego de realizar un recorrido largo e intenso. Es decir, luego de muchos años de consulta en centros de atención, hospitales generales, hospitales específicos, profesionales privados, han encontrado un lugar que ofrezca la atención necesaria para sus hijos. Encontrándose con las problemáticas frecuentes que existen en el ámbito de la salud mental, donde no hay centros de referencia en las zonas residenciales, o donde todavía no pongan en marcha las consideraciones que abarca la Ley de Salud Mental 26.657; o bien ante una crisis o urgencia psiquiátrica, no puedan alojar a sus hijos en la guardia de los hospitales porque no hay espacio para recibirlos; o así como otorgar turnos con fecha de un año de espera, sin tener en cuenta lo que sucede en el mientras tanto.

Al principio muchos padres se encuentran agobiados, perdidos, desesperanzados: “Yo ya no sé qué hacer, no puedo más... Estoy cansada.” Suelen ser palabras que definen la llegada de alguien nuevo. En este taller, el 90% de las personas que participan suelen ser las madres o abuelas. Esta afirmación señala una importante ausencia de papás/tutores en el tratamiento de los hijos y en el acompañamiento a las familias.

En la medida que van transitando la patología de sus hijos, suelen sentir vergüenza y mucho miedo ante la incertidumbre de lo que puede llegar a suceder. Teniendo en cuenta que más de una vez, en diferentes instituciones, no han podido alojar a sus hijos, o no los han podido recibir. Por otro lado, se toma registro de la dificultad de hallar en ellos un momento de su cotidianeidad en el que puedan sentirse tranquilos, sin tener preocupaciones de que algo va a pasar. Todas las madres al momento de nombrarse no pueden dejar de decir “Soy *mamá de...*”, lo cual lleva mucho tiempo que todas aprendan sus nombres entre sí.

Entonces, se trabaja desde la simpleza de estos detalles, empezar a ocupar un lugar, el propio lugar.

La presencia de un miembro que precisa de un cuidado y atención particular, genera una nueva situación familiar que puede provocar importantes cambios dentro de la estructura familiar y en los roles de sus integrantes. Ante una situación de esta complejidad, la familia afronta una crisis movilizadora a partir del momento de la sospecha y posterior confirmación del diagnóstico.

Durante la práctica realizada en Hospital de Día, nos hemos encontrado con:

- Madres solteras que crían a sus hijos sin la ayuda de nadie, trabajando en ferias, o limpiando casas de otras familias.
- Abuelas que crían a sus nietas, cumpliendo el rol de madre, ya que sus hijas (sin contar con la presencia de un padre/tutor) no han podido hacerse cargo.
- Familias que provienen de países limítrofes con posibilidades laborales y en búsqueda de un tratamiento adecuado para sus hijos.
- Madres/tutoras que adoptan hijos abandonados en hogares.
- Madres que se han separado de los padres de sus hijos debido a que han sido sometidas a distintos tipos de violencia.
- Madres que aún continúan viviendo con parejas a pesar de que sus hijos han mencionado situaciones de violencia y abuso.
- Padres y madres que se encuentran en un proceso de abandonar el servicio de hospital de día debido a que su hijo ya ha cumplido su ciclo y por hallar mejorías que permitieron una mejor reinserción social.

Cada familia es única y singular y procesará esta situación de diferentes modos. En relación a cómo se elabore la crisis del diagnóstico, puede acontecer un crecimiento y enriquecimiento familiar o, por el contrario, se pueden desencadenar trastornos de distinta intensidad. Muchas familias logran reacomodarse ante la

situación, mientras que otras quedan detenidas en el camino. Estas últimas son las que llegan al especialista en salud mental con alguna demanda de atención.

Creemos que es fundamental poder hacer “junto con” estas nuevas familias, espacios de encuentro con lo ajeno del otro, interfiriendo para que se abran a la presencia del otro y escuchen y vean lo no visto en ese hijo, padre o pareja, para alcanzar una mejoría del vínculo y las subjetividades que lo componen. Consideramos que la familia, como primera institución que constituye la subjetividad, es uno de los pilares fundamentales al momento de trabajar la reinserción social del paciente adolescente de hospital de día, por lo que se requiere de respeto y escucha.

CAPÍTULO III: ADOLESCENCIA

En la medida que fueron desarrollados los capítulos I y II, se realizó un abordaje sobre el contexto social-cultural y las configuraciones familiares. Entendiendo que ambas son instituciones primarias y esenciales en la constitución subjetiva del adolescente y en la búsqueda de su propia identidad. Es así como en el siguiente apartado, uno de los más importantes, profundizaremos acerca de la población que ha sido seleccionada para esta investigación, por tal motivo delimitaremos algunos conceptos que definen la adolescencia.

En primera instancia, se podría decir que la misma abarca momentos de vacilación, desequilibrios e incertidumbres. Supone un reposicionamiento subjetivo y, por otro lado, un cuestionamiento del sí mismo, es decir, la búsqueda de la propia identidad. Citando las palabras del autor Luis Kancyper (1985) la adolescencia podría considerarse como “un momento privilegiado de la resignificación subjetiva, ya que constituye una nueva etapa libidinal, en donde se alcanza por vez primera la identidad sexual genital como un fenómeno psicológico y social.” A partir de esta nueva etapa libidinal, el sujeto va transitando duelos, ya sea por la pérdida del cuerpo de niño, por la pérdida de la identidad infantil y por la pérdida del vínculo con los padres de la infancia.

A raíz de esto último, la imagen anterior del cuerpo se hace incompatible con las nuevas dimensiones corporales del Yo. No es fácil para el adolescente integrar todas las modificaciones corporales, a veces su cuerpo se le aparece como algo extraño y ajeno, dando lugar a una suerte de despersonalización transitoria: el sujeto se vuelve torpe, trabado en ese cuerpo del que le es difícil asimilar en forma homogénea los aspectos diferentes, y de que busca a veces medir las posibilidades con ejercicios violentos.”

Como bien describió Winnicott (1971), los infans salen de esta etapa en forma torpe y excéntrica para pasar a la adolescencia, y se apartan de la dependencia para encaminarse a tientas hacia su condición de adultos. A su vez, agrega que el crecimiento no es sólo producto de una tendencia que se hereda, sino que es “un

entrelazamiento de suma complejidad con el ambiente facilitador”, con el contexto, ya sea la familia o las unidades sociales en las que se inserte el adolescente.

El desprendimiento de las figuras parentales de la infancia y de sus subrogados, es un proceso necesario, saludable, aunque genere dolor y sufrimiento. En efecto la necesidad que se apodera del adolescente deja de ser “a través de” los padres para llegar a ser él mismo, requiere el abandono de la imagen tan idealizada y arcaica parental, para encontrar ideales nuevos en otras figuras, de alguna manera más adecuada a la realidad. Este alejamiento que incluye la renuncia a los viejos lazos incestuosos con los padres, es un proceso de desidentificación y reidentificación doloroso y culposo, que equivale parcialmente a la pérdida ambivalente de un objeto de amor.

El conflicto del adolescente con la familia es latente o patente, pero siempre presente. Eiguer (1984) plantea que una de las constantes de toda crisis cíclica es el cambio a nivel de la identidad familiar. Al comienzo de la adolescencia, esta percepción que cada miembro tiene del otro, de las relaciones de unos hacia otros y del conjunto del grupo, será modificada por los comportamientos, los sentimientos y el pensamiento del adolescente. Al mismo tiempo la crisis de identidad grupal obliga a padre, madre, hermanos, hermanas, adolescentes o no, más grande, más chicos a cuestionarse sobre su lugar en la familia y a interrogarse sobre su historia y su filiación.

Apenas los padres han salido de los primeros momentos de incertidumbre donde el equilibrio parecía amenazado y contra las conductas defensivas, se plantea una cuestión: lo que fue no será más. La instalación definitiva en el estadio presente pasará con más o menos armonía, por la constatación de la pérdida del anterior modelo perceptual, identidad y relacional. Los padres y los adolescentes se ven confrontados a la reformulación necesaria del vínculo de asimetría, al renunciamiento a la imagen del hijo, al duelo por la dependencia infantil y al reconocimiento de la mutua necesidad de autonomía.

Uno de los aspectos más importantes a tener presente en la adolescencia, es el proceso de diferentes y sucesivas identificaciones. Estas identificaciones, se desenvuelven mientras se produce un pasaje del ámbito privado endogámico a la exogamia de lo público (Zelmanovich, 2015). Este pasaje nos ubica en una perspectiva de la constitución subjetiva entramada en un contexto social y cultural particular. Por lo tanto, es preciso estudiarla como tal en el marco en el que se desarrolla y transita.

Las incidencias de la época no dejan de repercutir en el campo de la clínica y, además, adquieren una importancia especial cuando se trata de la estructuración psíquica de los adolescentes. Es decir que, tanto el medio familiar como el contexto socio-económico-cultural particular; podrán facilitar o perturbar, en cada caso, el trabajo de reposicionamiento subjetivo que la adolescencia exige (Barrionuevo, 2015).

Aberastury y Knobel (1984), en sus aportes teóricos, explican que el niño entra en la adolescencia con dificultades, conflictos e incertidumbres que se magnifican en este momento vital, para salir luego a la madurez estabilizada con determinado carácter y personalidad de adultos. El autoconcepto se va desarrollando conforme el sujeto va cambiando e integrándose con las concepciones que acerca de sí mismo tienen las personas que lo rodean, grupos e instituciones; y va asimilando todos los valores que constituyen el ambiente social. La integración del yo se produce por la elaboración del duelo por partes de sí mismo y por sus objetos.

Podríamos asegurar que el adolescente tiene como trabajo psíquico central la búsqueda de su identidad, aunque ésta sea cambiante. Como señala Rother Hornstein (2003) el adolescente deberá sentir con convicción:

“Yo soy éste” (y no aquél). Sentimiento que procede de la representación de un cuerpo unificado, de la separación y límite entre él mismo y el otro, de un sentimiento de propiedad de sí, de su imagen narcisista, de la identificación

con las imágenes, los mandatos y los valores parentales del sentimiento de pertenencia a una familia, a un grupo, a un pueblo, a una cultura, etcétera.”

El sentimiento de identidad es un tejido de lazos complejos y variables donde se articulan narcisismo, identificaciones, la vida pulsional y todo aquello que participa en la constitución del sujeto. La identidad no es un estado, sino un proceso, cuya primera fase es el júbilo extremo del bebé que se reconoce en el espejo.

Hugo Lerner (2006) en uno de sus escritos plantea que la identidad del Yo, se construye a lo largo de la vida, sostenida desde una matriz básica de identificaciones, que permanece y actúa como sostén y resistencia frente al impacto de acontecimientos que podrían estructurar al sujeto. El trabajo de identificación no acaba nunca, porque el sujeto no sólo se constituye, sino también se transforma a través de procesos de identificación.

A su vez, el mismo autor propone que el grupo adolescente, matriz identificatoria por excelencia, funciona como un marco intersubjetivo que sostiene y construye subjetividades y, muchas veces, permite que lo traumático no devenga en detención y desestructuración sino en enriquecimiento y mayor complejización psíquica. La especularidad intersubjetiva que aporta el grupo adolescente funciona como contención y aceptación de que lo traumático, lo inexplicable, lo que causa angustia, son experiencias compartidas que permiten que el adolescente no se sienta aislado. Le hace saber que hay unos otros significativos que, al transitar por los mismos caminos, funcionan como objetos del *self* especulares que devuelven una imagen de poder, y que las convulsiones emocionales que los inundan son experiencias comunes y no los detendrán.

El adolescente recurre como comportamiento defensivo a la búsqueda de uniformidad que puede brindar seguridad y estima personal. Allí surge el espíritu de grupo al que tan afecto se muestra el adolescente. Hay un proceso de sobre identificación masiva, en todos los que se identifican con cada uno, a veces el proceso es tan intenso que la separación del grupo parece casi imposible y el individuo pertenece más al grupo de coetáneos que al grupo familiar. Por eso se

inclina a los dictados del grupo, en cuanto a modas, vestimenta, costumbres, preferencias de distinto tipo, etc.

En otro nivel, las actuaciones del grupo y de sus integrantes representan la oposición a las figuras parentales y una mera activa de determinar la identidad distinta de la del medio familiar. En el grupo el individuo adolescente encuentra un reforzamiento muy necesario para los aspectos cambiantes del yo que se producen en este período de la vida

Arribar a la sensación de “Yo soy”, y a su consecuente relación con “yo era” y “yo seré” (construir su historia), es un trabajo psíquico que se desenvuelve en un entretejido con el mundo. De cómo se entramen esos hilados sociales, de qué nuevos marcos contextuales surjan en la vida del adolescente y cómo los transite, dependerá que los traumas, adversidades, cataclismos emocionales, etc., dejen un sedimento, estructuras, y no vacíos.

Por otro lado, H. Faimberg (1996) aporta un nuevo concepto al psicoanálisis del misterio de los orígenes a través de sus conceptos de telescopaje de las generaciones y de la ampliación del concepto de las identificaciones alienantes que intervienen en el origen de la constitución del psiquismo. Sostiene que las identificaciones son alienantes porque el sujeto se somete, por vía inconsciente, a las historias de un “otro” que no le conciernen, pero de las cuales permanece finalmente cautivado. El “otro” significa el narcisismo parental y la identificación con el mismo.

La transmisión de la historia secreta perteneciente a las historias que conciernen a las generaciones que precedieron al narcisismo del sujeto, no se transmite como mensaje explícito, sino que se halla estrechamente relacionada con la modalidad de decir y no decir que utilizan los padres; a través de una función de apropiación-intrusión. El régimen narcisista de apropiación-intrusión, es el que fuerza al sujeto a una adaptación alienante por sus identificaciones inconscientes con la totalidad de la historia de los padres. No existe así un espacio psíquico para que el niño desarrolle su identidad libre del poder enajenante del narcisismo parental.

El cuerpo y la adolescencia

Con la llegada de la adolescencia y según haya sido la cualidad de las experiencias tempranas y las posteriores durante la niñez, el adolescente se verá frente a la tarea de procesar lo que su cuerpo le plantea en ese peculiar momento de su vida. Lo pulsional, con la particular fuerza del empuje puberal, le exigirá al adolescente poner en marcha una actividad simbólica frente al devenir de cambios en las formas y rasgos corporales vinculados al sexo, femenino o masculino y con ello la asunción identitaria.

Para ello deberá transitar un duelo por el cuerpo infantil y abordar la tarea de significación y apropiación del cuerpo adolescente, mediante un proceso de simbolización que pondrá en marcha como modo de habitar ese “nuevo cuerpo”, cambiado y cambiante.

El esquema corporal es una resultante intrapsíquica de la realidad del sujeto, es decir, es la representación mental que el sujeto tiene de su propio cuerpo como consecuencia de sus experiencias en continua evolución. Esta noción del individuo se va estableciendo desde los primeros movimientos dinámicos de disociación, proyección e introyección que permiten el conocimiento del “self” y del mundo exterior, es decir, del mundo interno y del mundo externo. El extrañamiento promovido por los cambios puede hacer vivir al adolescente, por la eclosión sexual y sus efectos, una sensación de cuerpo como un ajeno para su psiquismo.

Con la entrada en la pubertad llega a su fin el período de latencia y se inicia la segunda oleada de la sexualidad humana; al decir de Freud (1905): “Con el advenimiento de la pubertad se introducen los cambios que llevan la vida sexual infantil a su conformación normal definitiva”.

Así mismo, José Barrionuevo (2011) plantea que “lo real de la pubertad también es la aparición de los caracteres sexuales, específicamente aquellos que se llaman secundarios, es decir, la modificación de la imagen del cuerpo. Entonces, es en estos dos planos, el del cuerpo como objeto pulsional y el del cuerpo como imagen, que la pubertad viene a trastocar, a conmover al sujeto.”

Podemos decir, entonces, que los cambios corporales de la pubertad, la exigencia de asumir una posición sexuada, la admisión de la propia muerte, sexualidad y muerte, en fin, son las manifestaciones de lo real que irrumpe y que los adolescentes tratarán de simbolizar o representar.

Alicia Cibeira en su escrito "El cuerpo en la adolescencia", realiza una síntesis de lo que implica el cuerpo del sujeto para el psicoanálisis. Como punto de partida, describe que tanto Sigmund Freud como Jacques Lacan coinciden en esta consideración: *El cuerpo es una construcción del sujeto a partir de una identificación.*

Hay que considerar que la noción de cuerpo en Freud aparece en relación al inconsciente y a la estructuración del Yo. La constitución del cuerpo y del Yo, se produce a partir del interjuego con el mundo exterior, con el semejante, y con lo pulsional, en tiempos instituyentes del sujeto. Son las significaciones dadas por el otro como enunciados lo que va a constituir las representaciones narcisistas del yo. La identificación marca el campo narcisista esencial para la definición de la imagen corporal, ya que indica la percepción de la unidad formal del cuerpo y el investimento libidinal del mismo.

Jacques Lacan considera que el cuerpo es el resultado de una operación particular de la incorporación de la estructura del lenguaje. Es el lenguaje lo que otorga cuerpo, que no deviene tal para un sujeto sin su encadenamiento al orden simbólico. El cuerpo se presenta a recibir la marca significante, a ser un lugar de inscripción a partir del cual podrá ser contado como tal. El significante otorga un cuerpo, y también lo fragmenta.

Decir que el cuerpo es una realidad, implica decir que el cuerpo no es primario, que no se nace con un cuerpo. Dicho en otra forma, el cuerpo es de la realidad, pero en el sentido de que la realidad, después de Freud, tiene un estatuto subordinado: es algo que se construye, es secundario.

Cuando Lacan introduce la noción de estadio del espejo, fundamentalmente quiere remarcar que el cuerpo, como superficie entera, es algo que se constituye.

Tiene que darse una proyección como menciona Freud que da por resultado esa superficie y que esta construcción viene desde afuera. La identificación a una imagen nos hace tener cuerpo.

Para tener cuerpo y hacer uso de él deben conjugarse las acciones de lo simbólico, lo real y lo imaginario. Pero sin la operación simbólica que permite la constitución de los bordes, del espacio y del tiempo, el sujeto queda sin cuerpo.

La sexualidad por lo tanto se organiza en el cuerpo en el cual se expresa en todas sus dimensiones, por lo tanto no es posible hablar de sexualidad sin hacer referencia al cuerpo. La pubertad es el momento que se reedita y redimensiona el acontecer infantil. Es esencialmente un tiempo de profundos cambios que se inician con un proceso orgánico pero que excede a éste.

Trauma

Al ocuparse de la noción de trauma, Laplanche y Pontalis (1974) nos dicen lo siguiente:

“De un modo más general, puede decirse que el conjunto de fenómenos clínicos en los que Freud ve actuar esta compulsión (de repetición), pone en evidencia que el principio de placer, para poder funcionar, exige que se cumplan determinadas condiciones, que son abolidas por la acción del traumatismo, en la medida en que éste no es una simple perturbación de la economía libidinal, sino que viene a amenazar más radicalmente la integridad del sujeto [...] El yo, al desencadenar la señal de angustia, intenta evitar verse desbordado por la aparición de la angustia automática que caracteriza la situación traumática, en la cual el yo se halla indefenso [...]. Esta concepción lleva a establecer una especie de simetría entre el peligro externo y el interno: el yo es atacado desde adentro, es decir, por las excitaciones pulsionales, como lo es desde afuera.”

La intención no está dirigida a puntualizar las explicaciones económicas, sino poner el acento en aquello que está más allá de “una simple perturbación de la

economía libidinal”; resulta interesante reflexionar acerca de aquellos “peligros externos” al yo que terminan arrasándolo, devastándolo.

¿En qué medida lo social, lo contextual, puede ser traumático e interferir en la constitución yoica? ¿Cómo interviene la realidad entre los vasallajes del yo?

La subjetividad es la posibilidad que tiene un sujeto de crear al otro, al mundo y a sí mismo. La condición y el marco para la producción de subjetividades están dados por el intercambio social, y también están dados estructuralmente. Frente a diferentes acontecimientos sociales, la subjetividad o la producción de la misma serán diferentes y variarán de acuerdo con los vínculos que se establezcan o con los diferentes medios sociales en que se desarrolle un sujeto.

Winnicott señaló con su concepto de *holding*, la importancia que tiene contar con un contexto estable y previsible para que alguien se integre y se convierta en sujeto. Las personas que atraviesan situaciones sociales caóticas, con esta ausencia de *holding* social han podido construirse y ser, corren el riesgo de sufrir todos los trastornos derivados de las dificultades para la integración y personalización. El equilibrio narcisista se perturba, la estructura de un *self* cohesivo, vital y dotado de un funcionamiento armónico. Como diría Kohut (1971), se pierde. Por supuesto, el grado de alteración dependerá de la biografía constitutiva de cada uno, pero se podría afirmar que nadie quedará inmune e invulnerable ante estas sacudidas del narcisismo y, por lo tanto, a las oscilaciones de la autoestima con las consecuentes manifestaciones de depresión o, a veces, de su contrapartida, la manía. Sin olvidar las hipocondrías, las somatizaciones y los trastornos vinculares.

Cuando un sujeto adolescente va construyendo su identidad, ciertas situaciones contextuales-sociales pueden interferir en dicha construcción. Esas interferencias guardan relación con la idea de trauma. Son traumáticas porque impiden que el individuo sea, que logre conquistar su propio Yo y estorban el proceso de llegar a ser lo que quiere.

Si un sujeto transitó por vivencias de amparo y apego (Bowlby, 1969), tendrá más recursos que si vivió sumergido en desamparo y el desapego. Aquellos sujetos que cuentan con un medio previsible y estable, llevan ventaja para que su ideal del yo no sea siempre una quimera. Aún cuando la realidad se presenta conflictiva, algunas estructuras adquiridas conservaran el poder de sortear los obstáculos que la realidad, por lo menos en estas latitudes, los ubica.

En cambio, quienes hayan padecido una historia llena de discontinuidades, duelos, traumas severos, o todas las experiencias que obstaculizan la narcisización del sujeto en desarrollo, estarán en desventaja con relación a los primeros. De todas maneras, no se trata que esto último sea una condición inexorablemente provocará dificultades y síntomas mayores.

McDougall (1982) advierte que debemos distinguir entre lo que ella denomina “catástrofes reales”, que son individuales, de los “traumas universales” que son el drama de la alteridad, de la sexualidad y de la ineluctable mortalidad del hombre. Continúa explicando que sólo es posible denominar a un *suceso traumático* cuando enfrentar y resolver esas catástrofes que estructuran el psiquismo se vuelve más complicado que de costumbre. Distingue aquellos hechos traumáticos que transcurrieron ante de la adquisición del lenguaje, cuando el infans sólo se comunicaba por signos que sólo eran verdaderas comunicaciones si había otro que las oyera, que captase las emociones y respondiese a las mismas. Atribuye a la madre este rol de “*aparato de pensar*”.

Los discursos de estos sujetos no tratan de comunicar algo sino que intentan que el otro pueda sentir, percibir, el terror subyacente. Pese a que muchas veces ese terror no puede ser nombrado, se infiere que está asociado al temor a la fragmentación por re vivencia de situaciones traumáticas que han funcionado como terremotos dentro del yo.

En algunos casos al “trauma” sólo tendríamos que llamarlo “acontecimiento” (Badiou, 1988) en tanto permita la emergencia de algo nuevo, la producción de una edición original (Lerner, 2001). Un acontecimiento genera ruido aumentando

la complejidad del sistema. Y aunque esto podría ser considerado un trauma, un sistema al complejizarse puede aumentar los grados de autonomía del sujeto. Por lo tanto, un ruido puede ser traumático para unos y generador de cosas nuevas, de ediciones integradoras para otros, para unos será paralizante, en tanto que para otros puede ser una posibilidad de creación y de aumento de la complejidad y oica de enriquecimiento.

En la construcción de la subjetividad, determinadas circunstancias pueden funcionar como acontecimientos que un observador quizá catalogue como traumáticos; pero si esos acontecimientos no producen parálisis en la sensación de “yo soy”, no deberíamos hablar de trauma (al menos en el sentido clásico del término, como elemento capaz de producir fractura o ruptura de un proceso). A menudo no sólo no producirán ruptura en el proceso de construcción de la subjetividad, sino que funcionarán como motores en la complejización y expansión de la identidad.

Particularmente, la realidad de los adolescentes que asisten a hospital de día se encuentra enmarcada en un contexto de vulnerabilidad social. La idea de *vulnerabilidad*, permite abarcar una gama de situaciones intermedias. Una situación de alta probabilidad en un futuro cercano a partir de las condiciones de fragilidad que los afecte. Existen factores que indudablemente agravan las condiciones en los adolescentes, como lo son los crecientes niveles de violencia que han experimentado durante los últimos años.

Es realmente un momento de la vida vulnerable, en donde el cuerpo es un lugar de inscripción hacia la aparición de conductas de riesgo. Sucede en varias ocasiones, que el sujeto en crecimiento busca en la sociedad y en su entorno familiar, un lugar que le de garantía, sin embargo se encuentra ante una amenaza que no le permite crecer. El adolescente experimenta una carencia y ausencia de un entorno social protector.

En palabras de Beatriz Janin (2014), todo niño se desarrolla en un contexto, en el que las primeras vivencias van dejando marcas, inscripciones, a partir de sus

propias posibilidades de registrar y de ligar. Marcas de placeres y dolores que se van complejizando a lo largo de su crecimiento y que pueden ser reorganizadas por experiencias posteriores. Los malestares psíquicos son entonces un resultado complejo de múltiples factores, entre los cuales las condiciones socio-culturales, la historia de cada sujeto, las vicisitudes de cada familia y los avatares del momento actual se combinan dando lugar a un resultado particular.

Con aquellos adolescentes que conviven en situaciones de vulnerabilidad, nos preguntamos: ¿cómo constituir el Ideal del yo, cómo armar ideales, si no hay representación de futuro, si se vive en un puro presente, intentando sobrevivir? El tener que estar pendiente de preservar las cuestiones más básicas de la vida, ¿no produce una confusión entre castración y asesinato?, ¿no deja a la persona indefensa y a la vez “en guardia” en relación a un ataque inminente?

Siguiendo con el aporte de Beatriz Janin, cuando alguien siente que no tiene lugar en los otros, que no hay proyecto ni cambio posible, queda reducido a una supervivencia en la que toda renuncia es renuncia al ser, por lo que no se puede pensar en heridas narcisistas, sino que éstas se confunden con la eliminación de sí mismo como sujeto. Las depresiones, los estados de desconexión, de ensimismamiento, la negativa a crecer, las dificultades para concentrarse y el movimiento vertiginoso, muestran el fracaso del sentirse a sí mismo vivo, siendo un sujeto vinculado con otros, con historia y proyectos.

La adolescencia no es solo una etapa de vulnerabilidad sino también de oportunidad, es el tiempo en que es posible contribuir a su desarrollo, a ayudarla a enfrentar los riesgos y así como prepararlos para que sean capaces de desarrollar sus potencialidades.

CAPÍTULO IV: INTENTO DE SUICIDIO

En el transcurso de la investigación pudimos dar cuenta que la subjetividad del adolescente se constituye a partir de diversos factores. Al profundizar sobre la población adolescente, pudimos registrar que ante determinadas situaciones se encuentran en un nivel de riesgo y vulnerabilidad. A partir de la metodología de observación y revisión de historias clínicas, se toma registro sobre el intento de suicidio, permitiendo reflejar una repetición de manera frecuente en la mayoría de los pacientes que han ingresado por guardia y han sido internados durante un breve período.

El intento de suicidio y la consulta de pacientes con ideación suicida constituyen las más frecuentes y dramáticas urgencias psiquiátricas. Este hecho continúa siendo uno de los principales problemas en la población infanto-juvenil. En este capítulo, se plantean diversos conceptos acerca del suicidio y su importancia en la mirada clínica.

El **Suicidio** es definido por la Organización Mundial de la Salud (2010) como “el acto deliberado de quitarse la vida”. La representación más extendida sobre el suicidio está asociada a la imagen de un acto individual con un propósito claro. Las conductas suicidas abarcan un amplio espectro: desde la ideación suicida, la elaboración de un plan, la obtención de los medios para hacerlo, hasta la posible consumación del acto. Si bien no pueden asociarse de manera lineal y consecutiva, es fundamental considerar el riesgo que cada una de estas manifestaciones conlleva más allá de la intencionalidad supuesta.

El Ministerio de Salud de Nación (2012) considera **intento de suicidio** a toda acción autoinfligida con el propósito de generarse un daño potencialmente letal, actual y/o referido por el/la adolescente y/o referente/acompañante.

En hospital de día, la mayoría de los pacientes han experimentado entre uno y varios intentos de suicidio. Los medios implementados han sido ingesta de fármacos, automutilaciones y consumo de drogas y alcohol.

Blumenthal (1988) menciona que los adolescentes con diagnóstico de trastorno de personalidad tienen 10 veces más riesgo de cometer suicidio que aquellos sin psicopatología. Al igual que Gould et al. (1988), establece que a pesar de ser el Trastorno Límite de la Personalidad y el Trastorno Disocial, factores de riesgo de suicidio *per se*, son particularmente predictores de suicidio cuando se presentan en combinación con abuso de sustancias y depresión. Por otro lado, se ha observado que los adolescentes agresivos, hostiles y desafiantes tienen más riesgo de intentar matarse que aquellos sin estas características.

En la adolescencia, los cortes o autolesiones deliberadas en el cuerpo suelen ser frecuentes y no necesariamente implican riesgo suicida. Asimismo, la ideación suicida es un tipo de respuesta o reacción habitual en la adolescencia; su gravedad reside en la persistencia y/o estabilidad temporal. De todas maneras, Las conductas autolesivas no deben minimizarse. Exponen al adolescente a situaciones de riesgo y dan cuenta del malestar que una persona y/o grupo humano padece. La intervención del equipo de salud posibilita el trabajo terapéutico sobre dicho sufrimiento y la prevención de comportamientos de riesgo en el futuro.

La mejor forma de detectar si las personas tienen pensamientos suicidas es preguntándolo. Contrariamente a lo establecido en la creencia popular, hablar del suicidio no provoca actos de autolesión, por el contrario: les permite hablar acerca de los problemas y ambivalencia con la que están luchando y, en muchos casos, aliviar al menos momentáneamente la tensión psíquica que constituye la ideación de muerte, de esta manera el paciente percibe que puede ser ayudado. El riesgo es justamente que estas ideas permanezcan ocultas.

El suicidio es considerado un problema de salud pública grave y creciente a nivel mundial. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), por cada muerte por suicidio se registran 20 intentos. La OMS afirma que las tasas de suicidio han aumentado un 60% en los últimos 50 años y ese incremento ha sido más marcado entre los jóvenes, al punto de convertirlos en la actualidad en el grupo de mayor

riesgo en un tercio de los países del mundo. El suicidio a nivel mundial se encuentra entre las tres primeras causas de muerte en las personas de 15 a 44 años, teniendo un alto impacto en términos de años potenciales de vida perdidos. En la Argentina, en los últimos veinte años, la tasa de mortalidad por suicidio creció considerablemente en los grupos más jóvenes (15 a 24 y 25 a 34 años). Mientras que se redujo significativamente en los grupos de más edad (mayores de 55 años) que históricamente registraron las tasas más altas.

Los estudios concuerdan en que, en las últimas décadas, se observa un importante incremento de las conductas suicidas infantojuveniles y, además, que existe una disminución en la edad de presentación. Se reconoce que, dentro de las conductas suicidas, la ideación suicida es la más frecuente en niños y adolescentes de ambos géneros, y que no necesariamente se asocia con la presencia de rasgos o trastornos psicopatológicos; a diferencia de los intentos de suicidio, que son menos frecuentes, pero que se asocian con mayor prevalencia a trastornos psicopatológicos, como trastornos de conducta disocial, depresión, trastorno bipolar y otros.

Suicidio desde distintas teorías

Etimológicamente, la palabra “suicidio” se deriva del latín *sui*, que significa “sí mismo”, y *caedere*, que significa “matar”; por lo que se entiende como “un acto de matarse voluntariamente a sí mismo”.

Comenzando con una mirada que surge desde la sociología, Emilio Durkheim (2003), plantea la importancia de las condiciones sociales y culturales en la determinación del suicidio y sostiene la necesidad de promover la integración del individuo a la sociedad evitando el aislamiento y la anomia o desorganización social. Por ende, afirma que el suicidio “es todo caso de muerte que resulta directa o indirectamente de un acto positivo o negativo, cometido por la víctima, a sabiendas que va a producir dicho resultado”.

Por su parte, Beck, Kovacs y Weissman (1979) han definido el suicidio como un acto intencional causado a uno mismo, que pone en peligro la vida, y que da como

resultado la muerte, incluyendo todas las circunstancias que rodean el fallecimiento. Sin embargo, Beck señala tres categorías:

- a- el *“Suicidio completo”* que consiste en el acto voluntario autoinfligido, de amenaza vital que termina con la muerte
- b- El *“Intento suicida”* o *“Tentativa de suicidio”* sería el mismo acto que define el suicidio, detenido en su camino, es decir, antes que de cómo resultado la muerte del individuo.
- c- Las *“Ideas suicidas”* o *“Ideación suicida”* es un concepto amplio y alude a cogniciones cuyo contenido puede ser considerablemente variado. Abarcan desde pensamientos fugaces sobre que la vida no conviene vivirse, pasando por intensas preocupaciones con fantasías autodestructivas que incluyen ideas y actos suicidas indicadores de una pérdida del deseo de vivir.

La mirada que propone la psiquiatría, considera que las conductas suicidas pueden acompañar a muchos trastornos emocionales como la depresión, la esquizofrenia y el trastorno bipolar. Precisamente, más del 90% de todos los suicidios se relacionarían con trastornos emocionales u otras enfermedades psiquiátricas (Barrionuevo, 2009).

Henry Ey (2006), sostiene que “La idea de suicidio puede germinar en condiciones psíquicas variadas: generalmente son los “trastornos afectivos” de tono depresivo y ansioso los que la engendran; otras veces se debe a trastornos de obnubilación de la conciencia con alteraciones de la actividad intelectual y ansiedad paroxística; por último puede estar ligada a todo un conjunto de ideas y de creencias delirantes en relación a las cuales constituye una reacción, tanto es verdad que el suicidio, sea normal o patológico, expresa una intención fundamental, es decir una pulsión, una fuerza de organización y de liberación que emana de las fuentes más primitivas del instinto, de lo que Freud llamó instinto de muerte”.

Desde el psicoanálisis, en un escrito específicamente dedicado al tema del suicidio, antes por cierto de la conceptualización de pulsión de muerte, Freud se

pregunta cómo es posible que llegara a superarse en el suicidio la pulsión de vida, de fuerza o intensidad extraordinaria. Y agrega:

“Creo que aquí sólo es posible partir del estado de la melancolía, con el que la clínica nos ha familiarizado, y su comparación con el afecto del duelo.”

Vincula el suicidio de los adolescentes a los traumas que encuentran en la vida y que tanto la familia como la escuela, que se vuelve sustituto de aquella, no puede ayudar a superar a través de una labor de contención para que el sujeto pueda disfrutar de la vida que sólo se puede soportar.

Freud establece una posible relación entre el suicidio y un estado de duelo en la dimensión de la melancolía. En esta última, el automartirio, la denigración de sí mismo, inequívocamente gozoso, importaría la satisfacción de tendencias sádicas y de odio que recaen primariamente sobre el objeto y que experimentarían una vuelta hacia la propia persona. Y dicho goce estaría sustentado sobre la base de una identificación narcisista. Por otro lado, destaca que la energía psíquica para matarse derivaría del deseo de matar a alguien con quien se ha identificado, volviendo hacia sí dicho deseo de muerte.

En 1920, a partir de su indagación sobre la repetición, Freud construye su hipótesis sobre la pulsión de muerte. La opone a las pulsiones de vida, y hace de esta dualidad la base fundamental sobre la que reposa toda la teoría pulsional. El principio general del funcionamiento psíquico, que marca que el aparato psíquico tiene como tarea fundamental reducir al mínimo la tensión, queda subsumido a la pulsión de muerte, es decir, a la tendencia general de los organismos no ya a reducir la excitación vital interna, sino a volver a un estado primitivo o punto de partida: a la muerte. En 1924, corrobora esta teoría pulsional, que complejiza con la hipótesis de la existencia de la pulsión de muerte, posponiendo allí la expresión del principio de Nirvana que marcaría cómo en la búsqueda de la satisfacción principio de placer, lleva al sujeto por medio de la descarga pulsional al retorno al punto de partida, al estado primero de no vida, es decir, la muerte.

Edgardo Rolla sostiene que en el tema del suicidio hay un juego permanente de elementos como esperanza, desesperanza, desesperación, injuria narcísica al sentirse incompetente o más aún con pérdida de la competencia. Plantea que las motivaciones del suicida no pueden estudiarse si tiene éxito su objetivo. En los casos de suicidios frustrados, que son la mayoría, sería posible pensarlos como desesperados llamados de ayuda o auxilio. Es decir que, a pesar de la intensa depresión, habría una esperanza suficiente que paraliza o desvía el golpe mortal. Ubica como central a la desesperanza, definiéndola como la expectativa acerca de un resultado a lograr, acorde al propio deseo.

Barrionuevo (2001), propone la necesidad de diferenciar tres tipos de intentos de suicidio en adolescentes, que llegan como urgencias subjetivas y con características diferenciales que derivan del decir del sujeto como explicaciones a su acción:

- En algunos casos de intentos de suicidio, con cuota de dramatismo e impacto estético, se puede considerar la existencia de un llamado al Otro.
- Hay otros intentos que tienen su base en la desesperanza o intensa desilusión, pudiendo pensarse en éstos una dificultad importante en el procesamiento de un duelo o en una melancolía de base.
- Y finalmente podemos encontrar intentos que ocurren ante intenso pánico, desbordante y sin palabras, que hacen recordar la expresión de Rolla “desesperante desesperanza” como un estado afectivo que desmantela toda posibilidad de pensar y mantener algo de la esperanza.

Abordaje Clínico

En el intento de suicidio algo no pudo ser dicho o no pudo ser escuchado, malestar llevado al extremo que intenta representarse en un signo dirigido a alguien. Puesta su queja, su impotencia y frustración en escena para ser mirada, se propiciará la narrativa sosteniendo al sujeto deseante para que formule su denuncia (Fudín, 2001).

Cuando se trabaja en las urgencias con pacientes suicidas, es importante situar el grado de riesgo de muerte que está presente en ellos especialmente de tinte delirante, con intentos de suicidios reiterados o no, ya que no suele estar presente la idea de muerte o matarse de manera espontánea o explícita.

Entonces, se hace necesario interrogar de manera directa o indirecta las indicaciones que le imparten sus voces, lo que piensa del acto que lo ha llevado a la consulta, etc. La negación, la evitación a contestar, o la minimización del tema, pueden constituir señales de alarma ya que generalmente los pacientes suelen sentir alivio de poder hablar de ello. A raíz de la experiencia clínica, se comprende que cada intento es singular, quizás sin un sentido definido y claro, pero seguramente único. La apuesta es a poner en palabras algo del sufrimiento que lleva a este acto, restituir la eficacia de la palabra. Eficacia que implica poder anudar significaciones para dar lugar a un sujeto, hasta ese momento desvanecido tras un acto.

En muchos intentos de suicidio, ocurre que se pone en evidencia la conclusión de una escena, una escena que alcanza su punto final. Se hacen presente en ella dos momentos bastantes precisables: el primero, tiene que ver con su gestación, ampliación y progreso, va abarcando paulatinamente más aspectos de la vida del sujeto. Aquí se van produciendo las condiciones del pasaje al acto. El segundo tiempo, es aquel en el cual el sujeto corta la escena, es lo que propiamente se designa como pasaje al acto.

Estas autoras, proponen el despliegue de los problemas nombrándolos. Operaciones con palabras que puedan funcionar como corte simbólico al goce del Otro. Sin embargo, en estas situaciones, la función de la palabra está en suspenso, o es muy endeble, y no hay significación funcionando, por momentos, las intervenciones se apoyan predominantemente en lo imaginario, hasta que sea recuperada la eficacia de la palabra. Es necesario en cada caso restituir un sujeto para operar luego en el orden de lo simbólico, del dicho.

CAPÍTULO V: INTERNACIÓN

En el transcurso de los capítulos anteriores, se han trabajado distintos conceptos considerados relevantes al momento de investigar la población adolescente, enfocándonos en todo aquello que interfiera, de alguna manera u otra, en una consulta en hospital de día. En el capítulo IV, se ha realizado una aproximación sobre el intento de suicidio, ubicándonos dentro de una de las problemáticas más graves dentro del campo de la salud mental. El siguiente apartado tiende a revelar que la hospitalización o internación se caracteriza por ser una instancia que marca un “antes y un después” tanto para la vida de las personas afectadas, como para el desarrollo de los sistemas de atención en salud mental. Por tal motivo, se cree necesario precisar el marco legal que incumbe dicho proceso de internación junto con los diversos criterios de peligrosidad, así como también la intervención del equipo de salud y cuál es su implicancia en el tratamiento.

Antes de continuar con el concepto del mismo, en Argentina existe una nueva Ley Nacional de Salud Mental y Derechos Humanos 26.657, donde la Salud Mental se define de la siguiente manera en el art.7 inc. D, art. 9 y art.2. :

“Se reconoce a la salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona.”

En la misma ley, la **internación** es considerada como un recurso más dentro de la estrategia terapéutica. Debe ser de carácter transitorio, lo más breve posible, con el fin de cuidar a la persona y facilitar la reorganización de los aspectos de su vida que se hayan visto gravemente alterados en la crisis. Está indicada cuando aporte mayores beneficios terapéuticos que el resto de las intervenciones realizables en

su entorno familiar, comunitario o social y cuando brinde cuidados y atención que no estén garantizados por fuera de la institución al momento de la evaluación.

La internación asociada a la peligrosidad para sí y para terceros es sustituida por la constatación de riesgo cierto e inminente, restringiendo las internaciones involuntarias y puestas bajo el control de un Órgano de Revisión con participación de organismos de derechos humanos. En este sentido, se reafirma que el proceso de atención debe realizarse preferentemente fuera del ámbito de internación hospitalario con abordajes interdisciplinarios e intersectoriales, basados en los principios de la atención primaria y orientada al reforzamiento, restitución o promoción de los lazos sociales.

Internación voluntaria

En tanto se trata de una decisión libre de la persona junto con el equipo tratante no requiere la intervención del poder judicial.

Dentro de las primeras 48 horas se deben cumplir los siguientes requisitos:

- a) Evaluación, diagnóstico interdisciplinario e integral y motivos que justifican la internación, con la firma de al menos dos profesionales del servicio asistencial donde se realice la internación, uno de los cuales debe ser necesariamente psicólogo o médico psiquiatra
- b) Búsqueda de datos disponibles acerca de la identidad y el entorno familiar. En los casos en que la persona no se encuentre acompañada al momento de la internación o se desconozca su identidad, el quipo deberá realizar las averiguaciones necesarias para conseguir datos sobre lazos familiares o afectivos, en colaboración con los organismos públicos que correspondan, a fin de propiciar su retorno al marco familiar y comunitario lo antes posible.

Deberá recabarse el consentimiento informado de la persona o del representante legal cuando corresponda, el que será válido cuando se presta en estado de lucidez y con comprensión de la situación.

Aún tratándose de internaciones voluntarias, si han transcurrido más de 60 días corridos desde el inicio de la misma corresponde notificar al órgano de revisión y al juez de la localidad, quien deberá evaluar en el plazo de 5 días si la internación continuará teniendo carácter voluntario o si la misma debe pasar a considerarse involuntaria, activando el sistema de garantías que establece para las mismas.

Internación involuntaria

En tanto recurso terapéutico excepcional en el cual la persona no presta su consentimiento, se requiere la intervención del Poder Judicial de inmediato. Por ello debe notificarse la internación dentro de las 10 horas siguientes al ingreso, al juez de la localidad y al órgano de revisión, fundamentando la decisión.

Dentro de las 48 horas del ingreso de la persona deberá remitirse al juez y al órgano de revisión el dictamen profesional del servicio asistencial que realice la internación determinando:

Consideraciones en niños, niñas y adolescentes:

Se debe proceder de acuerdo a los requisitos y garantías establecidos para la internación involuntaria, lo que no debe ir en desmedro de las posibilidades del niño, niña, adolescente o persona declarada incapaz, de su derecho a ser oído y a que su opinión sea tomada en cuenta, a ser informado y asesorado, a prestar consentimiento informado y a la confidencialidad; ello de acuerdo a la normativa nacional e internacional de protección integral a los derechos.

Asimismo, se destaca la importancia de contar con un referente adulto que acompañe (familiar, miembro de la comunidad y/o otras personas legalmente responsables), sujeto al consentimiento del niño o adolescente de ser posible.

Por otro lado, el niño tiene el derecho de contar con un abogado. En su designación debe tomarse especialmente en cuenta:

- a) Evitar posibles conflictos de intereses

b) Especialización del/a profesional en niñez y adolescencia.

Se debe entender por riesgo cierto a la existencia de circunstancias graves que amenacen o causen perjuicio a la vida, la integridad física de sí mismo o de otras personas, de bienes propios o ajenos, en totalidad o en parte. Se entiende por inminente aquellas situaciones y/o conductas negativas con altas probabilidades de suceder en un plazo perentorio.

“Peligrosidad” como criterio de internación

Ahora bien, en Argentina la noción de peligrosidad constituye el criterio médico-legal de internación psiquiátrica. La misma nace de la mano de la teoría penal y su origen se remonta al siglo XIX, momento en el cual se conforma el modelo asilar que sustenta la institución psiquiátrica tradicional (Foucault, 2000). Las nociones de peligrosidad y riesgo se convierten en categorías que estigmatizan a los pacientes psiquiátricos en tanto refuerzan la asociación entre la enfermedad mental y la violencia. La asociación entre locura y peligrosidad instaaura la superposición entre punición y tratamiento, tutela y locura, dando por resultado la restricción de derechos y deberes (Mantilla, 2010).

La autora Jimena Mantilla (2010) en *“Riesgo, peligrosidad e implicación subjetiva”*, afirma que las categorías y criterios de decisión de los saberes “psi” cobran sentido en un marco de interacción específico: la lógica del vínculo y la lógica de la apariencia. Las intervenciones que se realizan desde estos saberes responden a determinadas lecturas sobre el sujeto, la enfermedad y el sufrimiento que generan modos de comportamiento y formas de interpretar la realidad que se imponen como verdaderas.

Actualmente en el campo de los derechos humanos y la salud mental se apunta a una revisión de la noción de peligrosidad acorde con las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud y la Organización de las Naciones Unidas. Los análisis críticos de la peligrosidad plantean dejar de considerarla como una

propiedad individual de cada paciente para situarla en un conjunto complejo de relaciones.

Ante las nuevas normativas que subyacen desde organizaciones mundiales así como también desde leyes nacionales, se comienza a invalidar la noción de “paciente peligroso” con el fin de contemplar:

- a) Las situaciones puntuales de riesgo, respecto de quiénes y bajo qué circunstancias concretas pueden manifestarse conductas peligrosas.
- b) Otras opciones de tratamiento ya sea control ambulatorio, hospital de día, cuidado familiar, etc. y no recurrir a la internación desde el primer momento.
- c) En caso de que exista una posible internación, debe ser lo más breve posible en función de criterios terapéuticos interdisciplinarios y registros en las historias clínicas de la evolución del paciente y de las intervenciones del equipo interdisciplinario.

Citándola nuevamente, Mantilla plantea que el análisis del riesgo obliga a una constante evaluación de las acciones e intenciones de los pacientes. La prevención de un comportamiento riesgoso constituye un elemento ineludible de la justificación de una internación. A su vez, la evaluación del riesgo procura ordenar en las confusas situaciones que traen los pacientes y sus familias a la guardia psiquiátrica, una suerte de distribución de las responsabilidades respecto de quienes generan situaciones de riesgo. Cuando los profesionales tienen dudas acerca de si el paciente está desorientado, descompensado, o si abandonó la medicación, se ven obligados a analizar la peligrosidad y a evaluar la pertinencia de una internación. Sin embargo, no siempre les resulta fácil definir el riesgo.

Algunas decisiones de internación están más relacionadas con un temor del profesional a que ocurra algo en un futuro incierto que con una situación concreta de riesgo. La angustia, la seguridad que implica una internación, la preocupación diaria por la vida de un paciente, son algunas de las dimensiones que influyen en la sobreestimación de la peligrosidad.

En primer lugar, las situaciones que se clasifican como “riesgo para sí”, son los intentos de suicidio. Si una persona cometió un atentado contra su vida es casi evidencia suficiente para indicar una internación. Se plantea la siguiente hipótesis: *si fue capaz de hacerlo una vez, es muy probable que lo vuelva a repetir*. Para establecer el riesgo de suicidio se utilizan diferentes instrumentos clínicos: el diagnóstico, si hubo o no intentos previos, los antecedentes familiares y la intensidad de la ideación suicida. La evaluación del riesgo suicida constituye un eje de la práctica psiquiátrica desde el cual se efectúan otro tipo de intervenciones más allá de la internación: el ajuste de la medicación, la periodicidad en las consultas, la indicación de control familiar, entre otras.

En este sentido, el cuerpo interviene en la evaluación de la peligrosidad y el riesgo: la negación a comer, la sobreingesta de medicación (ingerir altas dosis de fármacos con la intención de quitarse la vida), los cortes (mutilaciones), dan cuenta de la relación estrecha entre cuerpo y riesgo. El riesgo cristalizado en el cuerpo constituye una señal de alarma.

Las decisiones de internación en el hospital se producen en dos escenarios: por un lado, la guardia, por donde ingresan las personas derivadas de otros sectores del hospital, otros hospitales, la justicia, la policía, entre otros. Por otro lado, los consultorios externos, donde se realizan tratamientos ambulatorios con pacientes externados en el hospital. Llegado el caso no siempre las internaciones se producen en el hospital sino que los pacientes bajo tratamiento ambulatorio son derivados a otras instituciones. Los casos que efectivamente se internan en el hospital deben ser evaluados nuevamente por profesionales de la guardia quienes confirman la pertinencia de la internación.

La rotación de profesionales se produce cada 24 horas, y por ese motivo los pacientes son atendidos por un profesional diferente cada día. Básicamente, lo que hace el profesional (psiquiatra o psicólogo) es “evaluar al paciente” que llega a la guardia. Esto implica recabar información de los síntomas que presenta. Una vez efectuada la evaluación y en caso de que se decida una internación, interviene

el trabajador social y realiza una entrevista de admisión incorporando la información pertinente a lo que llaman la “historia social”. Los pacientes permanecen en la guardia un período de quince días aproximadamente, luego del cual son dados de alta o son derivados a una sala de internación donde proseguir la internación. En las salas son recibidos por un “equipo tratante” (psiquiatra y psicólogo) quienes conducen su tratamiento. Tratándose de un hospital de urgencias psiquiátricas las internaciones tienen una duración de dos a tres meses, salvo casos excepcionales. En las salas de internación también intervienen otros profesionales como trabajadores sociales y algunas veces terapeutas ocupacionales.

En el contexto de tratamientos ambulatorios prolongados, los psicoanalistas afirman que la necesidad de internación surge como un momento en que es preciso establecer otro tipo de intervención. En estos casos, el criterio de internación se sustenta en una certeza producto del devenir del tratamiento.

El énfasis está situado en la cuestión del “desenganche” del tratamiento ambulatorio como una causa que conduce a las internaciones. El objetivo de la internación apunta a “producir un movimiento subjetivo”, modificar el lugar del sujeto en tanto lugar simbólico. En este proceso de búsqueda de implicación subjetiva, se desdibujan los escenarios sociales en los que ocurren las internaciones. Situaciones de violencia, de vulnerabilidad, de abandonos y carencias afectivas son el marco que precede a la internación.

La eficacia de las intervenciones es evaluada a partir de los dichos de los pacientes: “necesitaba un corte”, “necesitaba parar”, son interpretados como señales de eficacia terapéutica.

Canevaro y Badaracco (1978) sostienen que la urgencia psiquiátrica entendida como una crisis para el cambio, dependerá de que el psiquiatra interviniente, que es el interlocutor de la crisis, pueda otorgar al paciente la oportunidad de transformar esa “crisis-enfermedad” en una “crisis-punto de partida” de un proceso terapéutico.

CAPÍTULO VI: HOSPITAL DE DÍA

A través del contexto social-cultural y familiar desarrollado en los capítulos I y II, se delinearon algunos conceptos para acceder a una visión integral sobre aquellas circunstancias y condiciones que impactan en el adolescente y en sus familias. En los capítulos III, IV y V, nos propusimos indagar sobre la población adolescente y sus problemáticas, predominando el intento de suicidio y su posterior internación psiquiátrica como las más graves para esta investigación. Hasta aquí hemos planteado contexto, realidades y problemáticas con la que el paciente adolescente ingresa al servicio hospital de día. En el siguiente y último capítulo, considerándose uno de los más relevantes, profundizaremos sobre los orígenes, funciones y objetivos del servicio de Hospital de Día “Dra. Carolina Tobar García”. El foco estará puesto en su modalidad de abordaje, y sobre la diversidad de áreas y espacios que ofrece al paciente adolescente.

Historización

En este capítulo se intentará hacer un recorrido acerca de la historia de los orígenes de los Hospitales de Día, teniendo en cuenta su expansión inicial hasta los años '70 del siglo XX. Utilizando como punto de partida las condiciones sociales, económicas y políticas que permitieron su aparición como recurso terapéutico en salud mental. Se trabajará particularmente desde las diversas publicaciones del Dr. Juan Carlos Stagnaro, miembro y director de la redacción de Vertex, Revista Argentina de Psiquiatría, ya que realiza un estudio pertinente acerca de los Hospitales de día y los primeros que surgieron en Argentina.

El hospital de día en sus inicios operó como modelo para inspirar las diversas formas de atención psiquiátrica de tiempo parcial (hospitales de noche, de fin de semana, actividades de varias horas en servicios de internación u hospitales generales, etc.) y vino a completar o reemplazar la hospitalización completa en los hospitales psiquiátricos clásicos (Stagnaro, 2012). Henri Duchêne señaló, con gran acierto, que para cada época y lugar la forma que toma la asistencia psiquiátrica resulta del ensamble estructural de tres factores principales: las

concepciones teóricas sobre las enfermedades mentales, los recursos terapéuticos existentes y la estructura política y socioeconómica de la sociedad concernida.

En 1933, donde se marcaba un acelerado proceso de industrialización en la Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS), surge el primer Hospital Psiquiátrico de Moscú, bajo la dirección de M. A. Dzagharov, quien ensayó por primera vez el tratamiento exclusivamente diurno de sus pacientes. Llevó a cabo una nueva fórmula destinada a pacientes psicóticos, centrándola alrededor de cinco grandes talleres: fabricación de calzado, encuadernación, costura, estampado y cartonería y jardinería en invernadero. Dzagharov, tenía objetivos orientados hacia la primacía de una concepción de salud expresada en el trabajo, la incorporación al desarrollo acelerado de las fuerzas productivas y la emulación colectiva. Dentro de la misma institución, los objetivos perseguidos se basaban en: un ambiente libre, prioridad a los contactos sociales, organización de actividades en grupo y encuentros periódicos entre el personal y las familias para mejor organizar la vida del paciente (Stagnaro, 2012). Sin embargo durante toda la década anterior a la Segunda Guerra Mundial esta experiencia estuvo limitada a la URSS y no fue conocida ni tuvo influencia en otros países.

Siguiendo en la misma línea, el hospital de día comienza a definirse con Donald Ewen Cameron en 1946, creador del término “Day Hospital”, en el Instituto de Psiquiatría de Allan Memorial Institute de la Universidad Mac Gill de Montreal; y también con Joshua Bierer entre los años 1945-1948 en Londres. Ambos inauguran unidades experimentales de tiempo parcial para el tratamiento de enfermos mentales.

En 1941 Bierer había creado un club social en el Hospital Psiquiátrico Runwell, de Inglaterra. “Pensamos -decía- que muchos de los que vienen a un hospital psiquiátrico tienen dos problemas en común: el problema de la 'ocupación' y el problema de las 'relaciones sociales' [...] es pensando en la importancia de ese

tema que hemos propuesto la creación de club social”. En 1945 fundó un Centro de Psicoterapia Social, independiente del hospital, considerándose en los hechos la primera experiencia de Hospital de día europea.

En 1946, la experiencia iniciada por Cameron constituyó el modelo dominante en los años posteriores. Se encontraba ensayando en el Instituto del Allan Memorial de Montreal una forma de hospitalización desarrollada a partir de una reorganización de los factores psicosociales y económicos y, en ciertos aspectos, diferente de los tipos habituales de hospitalización. En ese entonces, los principales criterios de admisión eran que los pacientes conservaran su “capacidad de viajar y vivir en sus domicilios durante el tratamiento”.

La teoría psicoanalítica, tal como se desarrolló en los países anglosajones, centró la atención en el abordaje psicoterapéutico de los pacientes internados y en el ambiente vincular en los Servicios. Inspiraba una idea de prácticas menos segregativas, actitudes más permisivas y respetuosas de la libertad individual del paciente, que hasta entonces había sido limitada por la impotencia terapéutica y el estigma social que mantenía el encierro de los pacientes. Otro aporte teórico al campo de la salud mental fue el estudio del entorno social del enfermo mental instalando las nociones de integración, reinserción comunitaria, potencial terapéutico y desinstitucionalización, asegurando la acción sobre el terreno y la ruptura de la segregación como instrumentos del abordaje terapéutico por vía de la lucha contra el estigma generado por las enfermedades mentales.

En Argentina, al plantear el desarrollo de las disciplinas psi, no podría dejarse de lado la fuerte impronta psicoanalítica dentro de este campo. Basta aquí simplemente mencionar, que en el seno de la Asociación Psicoanalítica Argentina (APA), fundada en 1942, se gesta en gran medida la recepción del kleinismo a nivel local, que puede situarse entre el segundo lustro de los cuarenta y el primero de los cincuenta. En la década siguiente, algunos de los miembros de la institución

fueron protagonistas de la gran difusión del psicoanálisis en el ámbito porteño, resultado de un complejo proceso de desarrollos culturales, sociales y políticos.

Simultáneamente, el período de la segunda posguerra, entre otras cuestiones, impulsó el pasaje de la higiene mental a la salud mental en Estados Unidos y Europa y poco después en la Argentina. Este movimiento trasladaba su mirada del manicomio a la comunidad a partir de la prevención y promoción de la salud mental, guiado por la propuesta de transformar los hospitales psiquiátricos en comunidades terapéuticas. En Argentina, dichos cambios fueron impulsados por un grupo de psiquiatras reformistas que se habían formado en instituciones asilares, pero que querían transformar ese estado manicomial desde los nuevos lineamientos de la salud mental (Macchioli, 2013). Algunos de sus representantes entre las décadas de 1950 y 1960 fueron Enrique Pichon-Riviére, Mauricio Goldenberg, Guillermo Vidal y Jorge García Badaracco.

Particularmente, García Badaracco y Canevaro, en sintonía con los postulados del movimiento de la salud mental, conciben e intervienen en una familia de cara a lo individual y a lo social. En ella la enfermedad emerge del grupo y no del individuo. En consecuencia, la curación procederá del carácter colectivo que propicie el dispositivo terapéutico.

También en sintonía con el movimiento de la salud mental, la comunidad terapéutica se basa en la premisa de que el hospital es un sistema social e intenta utilizar al máximo sus recursos para transformar el comportamiento del paciente para que sea capaz de organizar su vida y relaciones personales constructivamente. Sin embargo, más allá de estos aportes, para García Badaracco (1989) la comunidad se comporta como una familia sustitutiva que debe proveer alimento afectivo, estabilidad y modelos de identificación para que el paciente pueda realizar su proceso terapéutico. De este modo la comunidad toma la estructura virtual de una gran familia múltiple, materializada técnicamente en lo que llamó “grupo familiar múltiple”.

En “La urgencia psiquiátrica y la comunidad terapéutica psicoanalítica”, trabajo presentado en el VII Congreso Latinoamericano de Psiquiatría, Canevaro y García Badaracco sostienen que la urgencia psiquiátrica entendida como una crisis para el cambio, dependerá de que el psiquiatra interviniente, que es el interlocutor de la crisis, pueda otorgar al paciente la oportunidad de transformar esa “crisis-enfermedad” en una “crisis-punto de partida” de un proceso terapéutico. Desde esta perspectiva, la comunidad terapéutica psicoanalítica sería un continente adecuado para elaborar los conflictos que desembocaron a la crisis, entendiendo la urgencia psiquiátrica como “una crisis de la identidad no lograda, es decir, en la pseudoidentidad que constituye la enfermedad” que a partir de la urgencia busca “un cambio hacia la identidad verdadera” (Canevaro y García Badaracco, 1972).

La conjunción de todos estos factores fue desplazando el epicentro del quehacer de la psiquiatría desde el Hospital Psiquiátrico clásico al terreno de la Psiquiatría Social, a la planificación de la salud y al concepto de Salud Mental en la Comunidad. En otros términos la inclusión de la atención psiquiátrica en el marco de una Salud Pública integral.

En América Latina, la existencia del primer Hospital de día fue en Porto Alegre en 1962, y de otro en La Habana, en 1965. Los hospitales de día se fueron diversificando y se publicaron trabajos discriminando las distintas formas de tratamientos a tiempo parciales, analizando los resultados de su aplicación en niños y adolescentes con trastornos psicóticos, autismo y retraso mental. También se comunicaron resultados en el tratamiento de familias y grupos, en el tratamiento de pacientes geriátricos, neuróticos, esquizofrénicos y alcohólicos.

Los primeros Hospitales de Día en Argentina

En nuestro país los hospitales de día formaron parte de la reforma en la atención psiquiátrica que se ensayaron en la década de los '60 y primera mitad años los '70 del siglo pasado.

En la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en 1967, Jorge García Badaracco inauguró el primer Hospital de Día para adultos del país en su servicio del Hospital “José Tiburcio Borda”. A principio de los años '70, surgió el Centro de Salud Mental Nro. 1, con hospital de día para adultos.

Durante la misma década, aproximadamente en 1969, apareció el Hospital Infanto- Juvenil “Carolina Tobar García”, en CABA, fue el primero de su tipo en la Argentina, y, probablemente, también el primero de América Latina. Se encontraba especializada en la atención psiquiátrica de niños y adolescentes y contaba con un Servicio de Internación, un Servicio de Consultorios Externos y un Servicio denominado de Hospitalización Parcial que inicialmente organizaba actividades recreativas durante algunas horas diurnas para los pacientes hospitalizados y para ocupar durante la espera de su turno a los que concurrían a la consulta externa.

A partir de 1972, bajo el impulso de dos psiquiatras infantiles Lidia Scaliter y Juan Carlos Stagnaro, comenzó a funcionar formalmente como Hospital de Día. En esa institución, en la que se trataba a niños y adolescentes con trastornos severos de conducta, psicosis y autismo, y sus familias, se creó un equipo cuyos miembros eran psicólogos, médicos, trabajadores sociales, sociólogos, musicoterapeutas, enfermeros crearon un modelo de hospital de día de tipo comunidad terapéutica. Una de las particularidades de esta experiencia fue que los pacientes eran escolarizados en el mismo hospital de día, en una escuela hospitalaria dependiente del Ministerio de Educación. Esa experiencia inicial fue desmantelada por la intervención militar en el hospital hacia fines de 1977. El psicoanálisis lacaniano es la principal referencia teórica que orienta la práctica clínica de los profesionales psiquiatras y psicólogos del hospital. El psicoanálisis en su orientación lacaniana constituye el discurso hegemónico en el campo de la salud mental argentino, en particular en la Ciudad de Buenos Aires.

En esa década aparecen, entre otros, los hospitales de día del Hospital Italiano de Buenos Aires, y del Hospital “Braulio Moyano”. A partir de 1980, surgieron varios

como el del Hospital “Torcuato de Alvear”, en 1983, y posteriormente otros, como el del Hospital “Dr. Teodoro Alvarez”. En los años 1985, 1987 y 1990 se celebraron las Jornadas Municipales de Hospital de Día, organizadas sucesivamente por el Centro de Salud Mental Nro. 1, el Hospital “T. de Alvear” y el Centro de Salud Mental “F. Ameghino” de la ciudad de Buenos Aires. En 1983 se realizó un encuentro de Hospital de día en el Hospital Italiano de Buenos Aires al que concurrieron con sus ponencias representantes de otras instituciones.

En la provincia de Santa Fe se fundó en los años '80 un Hospital de día en el Hospital Psiquiátrico de Rosario. En diversas provincias se ensayaron en los años posteriores otras experiencias similares.

Conceptualización

El dispositivo Hospital de Día se caracteriza por ser una instancia intermedia de tratamiento entre la internación psiquiátrica y la atención ambulatoria (Artigas, Cortés, Díaz, 2010). Es decir, asisten pacientes que no llegan a necesitar una atención en régimen de internación, pero sí precisan de una atención más intensa que la ambulatoria. Por otro lado, tiene por objetivos evitar la desinserción del paciente de su medio habitual, concentrar los tratamientos de manera intensiva en ciertos horarios y disminuir el estigma producido por la hospitalización en hospitales psiquiátricos (Stagnaro). Plantea un posible reanudamiento o encuentro del lazo social en todo paciente que ingrese, permitiendo recuperar algo de aquello que quedó interrumpido, o bien que pueda crear alguna nueva demanda que lo enlace a lo social.

Este programa de tratamiento implica un abordaje intensivo de cuatro a ocho horas diarias, en un marco de atención ambulatoria. El trabajo se enfoca fundamentalmente desde una perspectiva multidisciplinaria, en la cual el equipo terapéutico, integrado por profesionales de distintas disciplinas, asume en conjunto el tratamiento del paciente. Como alternativa terapéutica para pacientes graves, el Hospital de Día, implica en la práctica la disminución de los

requerimientos de fármacos, así como de internaciones y reinternaciones que tienden a consolidar un circuito de cronificación y marginación.

A partir de la diversidad de poblaciones abordadas mediante este programa de tratamiento se han delineado una serie de definiciones para precisar el significado del mismo. La Asociación Americana de Hospitalización Parcial (AAPH) y la Asociación Nacional de Hospitales Psiquiátricos Privados (NAPPH) define la hospitalización parcial como un método de tratamiento para un grupo de enfermos psiquiátricos de todas las edades con abordaje ambulatorio que incluye la posibilidad de diagnóstico y tratamiento psiquiátrico, médico, psicosocial y prevocacional dentro de un programa amplio de tratamiento que no requiere más de veinticuatro horas de participación, indicado para pacientes con serios trastornos mentales que requieren para su tratamiento coordinación, intensidad, amplitud y enfoque multidisciplinario que no puede ser obtenido a través del tratamiento ambulatorio clásico”(1990). Destacan en su definición la posibilidad de evitar, o acortar la duración de una internación, favoreciendo además la resocialización del paciente. Ofreciéndole al paciente un plan de tratamiento, personalizado, confeccionado por especialistas cualificados que debe ser revisado periódicamente.

El dispositivo de tratamiento debe ofrecer al paciente:

- métodos diagnósticos,
- equipos terapéuticos de asistentes sociales y enfermeros entrenados para el trabajo con este tipo de pacientes,
- terapia individual, grupal y familiar,
- actividades ocupacionales y educativas, y
- tratamiento farmacológico.

El modelo del hospital de día surge como una alternativa asistencial a la hospitalización total y va adquiriendo identidad a lo largo del tiempo a partir de la diversidad de tratamientos agrupadas de forma heterogénea y con la constante en

el hecho de permitir que el paciente mantenga una relación estrecha con su medio, pretendiendo así que sin perder los estímulos de convivencia de la vida cotidiana la persona se beneficie, a su vez, de un tratamiento intensivo durante un período de tiempo determinado.

El Hospital de Día de adolescentes perteneciente al Hospital Infanto Juvenil “Dra. Carolina Tobar García” brinda su servicio de lunes a viernes, de 8.30 a 12.30hs. Está compuesto por un equipo de trabajo de diversos profesionales de distintas áreas de la salud. Asisten pacientes entre 12 y 18 años, de ambos sexos, para quienes además de estar inmersos en plena pubertad y crisis adolescente, hay que alojar en relación a sus dificultades subjetivas, las que provienen de su psicopatología, de su situación familiar, de su formación académica, laboral o bien de su inserción en lo social.

A la hora de nombrar las especificidades concretas del Hospital de Día, las que se adaptan de una mejor manera a su condición son:

- Funcionamiento entre 4 y 8 horas diarias, 5 a 6 días por semana. Una jornada de hospital de día debe incluir una comida en común, en especial el almuerzo.
- Admisión de pacientes directa o por derivación de otros establecimientos o estructuras sanitarias.
- Dirección del tratamiento enteramente en manos del equipo del Hospital de día, que cuente con la existencia de un proyecto terapéutico adaptado a cada sujeto.
- Favorecer el despliegue de las posibilidades del paciente a fin de estimular su autonomía.
- Tener presente las actividades que realiza el paciente y su familia por fuera del dispositivo, ya sea la escuela, actividades recreativas y lugar de trabajo-medio sociofamiliar de los adultos responsables.
- Evitar internaciones innecesarias preservando la inserción familiar, social y comunitaria.

- Existencia de un medio familiar que acompañe al paciente en el tratamiento. Por lo que es de gran importancia la inclusión activa y permanente de las familias en el tratamiento del designado paciente.
- Lograr la reinserción social y fortalecer o desarrollar nuevas posibilidades de inserción educacional y/o laboral

Áreas

El dispositivo de hospital de día se encuentra organizado en tres áreas (Llimos, Pirovani y Oszlak, 2012):

Área comunitaria:

Comprende actividades que acogen la convivencia cotidiana, dando lugar a que surja un recorrido particular. Incluye la participación del paciente en grupos de apertura y cierre, grupos de terapia ocupacional, salidas comunitarias recreativas y culturales. Los talleres que actualmente se encuentran en funcionamiento son: el de desayuno, deportes, expresión corporal, lectura y escritura, y almuerzo (compartidos con el equipo profesional).

Además de las actividades establecidas por el servicio, el Hospital suele convocar distintos espacios o talleres de arte y reflexión para los chicos. Uno de estos espacios, por ejemplo, trataba sobre una obra de teatro “Los derechos de Justo y sus amigos” perteneciente al Poder Judicial de la Ciudad de Buenos Aires. Si bien la misma estaba dirigida a niños entre 5 y 9 años de edad, lograron que los adolescentes también puedan participar de este espacio. El hilo conductor de la obra, unía distintas historias y personajes que cuestionaban acerca de los derechos de niños, con el objetivo de concientizar sobre el poder reconocerse como sujetos plenos de derechos, a partir del juego y fantasía. La reacción de los adolescentes fue novedosa ya que pareciera que desconocían algunas cuestiones legales, lo cual en el transcurso de otros talleres fueron surgiendo algunas preguntas y reflexiones.

Cuando hablamos de comunidad, la misma no sólo se extiende a los pacientes, sino también a las familias. Es así como a partir de un taller de orientación vocacional para las familias, surgió, junto con los profesionales, la propuesta de realizar una Feria en la que se exhibían las distintas producciones de cada uno. Lo cual permitió que muchos de los padres logren reencontrarse con algún proyecto, tarea o empleo olvidado y dejado de lado. Esto permitió que muchos padres realmente puedan volver a insertarse al mundo laboral, como en el caso de Rosa (mamá de una paciente) pudiera instalar una feria en una plaza para vender indumentaria femenina.

Desde estas actividades y desde el seguimiento de un equipo interdisciplinario, se va perfilando la construcción del caso clínico (teniendo en cuenta tanto al paciente como a su familia) y la estrategia de tratamiento a seguir.

Área clínica:

Contempla la atención individual desde las distintas disciplinas, dando lugar a la demanda particularizada de cada sujeto. Incluye las entrevistas individuales de psicología, de psiquiatría, de terapia ocupacional, de trabajo social y tratamiento familiar. En relación a las primeras entrevistas, no es obligatorio que todos los pacientes concurren a todas las actividades. La idea es que cada sujeto pueda ir delineando su propio recorrido en función de sus necesidades, motivaciones y objetivos terapéuticos.

Las intervenciones de los talleres, los espacios grupales, individuales y las actividades de tiempo libre, van apuntando a trabajar parte de las dificultades con las que llega el paciente. Estas dificultades pueden sintetizarse en la presentación de un discurso coagulado, carente de matices, una rigidez inicial que se podrá ir organizando paulatinamente bajo un rasgo de diferenciación y flexibilizándose a medida que el tratamiento se despliega. Desde el ingreso y durante el transcurso del mismo, las intervenciones desde las distintas áreas van dirigidas a lograr una inserción ocupacional, social y familiar. Para esto, todos los espacios de

tratamiento (individual, grupal, comunitario) son igualmente importantes. En el encadenamiento democrático de estas múltiples intervenciones reside lo complejo y lo diferencial de la clínica de Hospital de Día.

Área de docencia e investigación:

Otro aspecto importante para el programa de Hospital de Día consiste en la dimensión educativa que promueve para la enseñanza de profesionales psicopedagogos, médicos, psicólogos, enfermeros y asistentes sociales que realizan sus primeras prácticas. Incluye la formación y capacitación en servicio de concurrentes y residentes de las distintas especialidades (así como también de pasantes de distintas áreas que provienen de varias universidades), presentación y participación en jornadas, ateneos, congresos de los integrantes del servicio.

A su vez, el Hospital Dra. Carolina Tobar García, ofrece un curso de Acompañante Terapéutico, en el que, más adelante, los acompañantes son designados para cada niño y/o adolescente.

Interdisciplina

El equipo de trabajo del Hospital de día “Carolina Tobar García” que atienden a pacientes adolescentes, se encuentra integrado por profesionales de distintas áreas ya sean psicólogos, psiquiatras, fonoaudiólogos, psicopedagogos, enfermeros, musicoterapeutas, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales, acompañantes terapéuticos. Interviene como tal, en aquellos casos donde es fundamental la realización de un diagnóstico interdisciplinario para decidir las estrategias terapéuticas más adecuadas.

Las reuniones en las que asiste todo el equipo se realizan los viernes, en el horario de 8.30 a 10.00. El mismo se encuentra bajo la coordinación de un psicólogo, que va rotando durante un tiempo determinado. No hay una serie de temáticas establecidas a plantear en los encuentros, sin embargo existen prioridades como, por ejemplo, aquellos pacientes nuevos que ingresan o bien

pacientes que han ingresado por guardia y han sido internados durante la semana. En caso de que surjan novedades, se actualizan las situaciones particulares de los pacientes, desde las distintas áreas y disciplinas de salud.

Ema Ponce de León (2005) plantea que existen zonas-límite de cada disciplina donde se pueden producir nuevos fenómenos a partir de la interrelación e interpenetración de campos de experiencia y de conocimiento diferentes. Estos fenómenos nuevos, tienen que ver con una nueva forma de accionar, de intervenir en el campo clínico, que a su vez va configurando nuevos modelos de pensamiento. Si bien las diferentes disciplinas por ser contemporáneas pueden participar de un mismo paradigma, siempre hay corrimientos originados en sus diferentes objetos y métodos, lo que hace a su heterogeneidad. La creación de un campo interdisciplinario no apunta a lograr una totalidad abarcativa, sino a la emergencia de nuevos planos de conocimiento, partiendo de la diversidad. Es importante señalar que la interdisciplina no es un estado permanente, es alcanzada en los momentos de producción, tal como sucede durante un proceso de análisis.

A partir de la práctica realizada en el dispositivo, en la primera reunión de equipo asistida, se ha presentado un nuevo caso de una paciente de 17 años. En el transcurso de 6 meses, asiste al hospital por tratamientos específicos, y luego es internada por autolesionarse severamente, por presentar alucinaciones auditivas, y por manifestarse violentamente hacia su madre, en varias ocasiones. A partir de la primera entrevista con la paciente y sus padres, el equipo decide que la misma podría empezar por asistir 3 veces por semana. A su vez, se designa qué profesionales llevarían a cargo el tratamiento psicológico-psiquiátrico, cuáles serían las actividades que podría llegar a interesarle y qué otras terapias podría iniciar. También se piensa en invitar a los padres a distintos espacios que existen para ellos, y especialmente al Taller de Padres, con el objetivo de no sentirse solos en este proceso. Además, intervienen las trabajadoras sociales que no solo trabajan la problemática en la salud mental, sino que se enfrentan con la

multiplicidad de problemáticas que traen las familias (vivienda, trabajo, adicciones, etc). Desde la psicopedagogía, se trabaja muchísimo y de manera insistente para lograr una reinserción en el ámbito educativo, en este caso, la paciente estaba en 3er. Año de la secundaria y adeudaba rendir algunas materias, por lo que desde un principio se fue trabajando este aspecto.

Todas estas decisiones son discutidas y pensadas estratégicamente para cada paciente. En el caso anterior, se trataba de una paciente que recién ingresaba al servicio, por lo que abre las puertas a la incertidumbre de tener las respuestas ante cada espacio, promoviendo distintos escenarios para ir descubriendo su propia subjetividad

El equipo semeja una amplia red donde se elabora una estrategia para cada instancia particular. Morin (1994) define la estrategia como “un escenario de acción que puede modificarse en función de las informaciones, los acontecimientos, los azares, que sobrevengan en el curso de la acción... la estrategia es el arte de trabajar con la incertidumbre, se impone siempre que sobreviene lo inesperado.” La estrategia construida es un recorte entre otros posibles, y tiene un carácter relativo y sujeto a cuestionamientos y modificaciones, pero es esencial que esta tenga credibilidad para el propio equipo y frente a los pacientes, de modo que pueda ser sostenida con coherencia.

Los efectos derivados del trabajo en equipo, son emergentes que implican dos niveles de análisis: el primero, podría pensarse como el equipo interdisciplinario propiamente dicho, y el otro, sería el paciente y su familia, que configuran la situación clínica. En este punto surge la necesidad de preguntarnos acerca de qué es lo que sucede cuando el paciente se encuentra solo, y cuáles son las limitaciones con las que se enfrenta el equipo. En el servicio de hospital de día, se han registrado pacientes que estaban acompañados por un solo familiar, o bien por una familia compuesta por varios integrantes, pero ninguno de ellos tomaba conciencia de la patología del adolescente, ni podía acompañar el tratamiento.

Ante esta problemática, el equipo suele encontrar una serie de dificultades y obstáculos que no favorecen al paciente.

Algunos puntos fundamentales en el trabajo de un equipo interdisciplinario, fueron definidos en el año 1994 por Ponce de León, Ravera, Queirolo, Bonnevaux, siendo los siguientes:

- La conformación del equipo, es un momento fundante y no debe ser librada al azar. Se requiere la elección recíproca de sus integrantes, partiendo de un proyecto común. Este incluye ciertas características individuales, como la personalidad y capacitación personal, y la participación en un marco referencial afín, que incluye la formación teórica y aspectos ideológicos y éticos en cuanto a la praxis profesional.
- Creación de esquema referencial común, que surgirá de las experiencias compartidas en reuniones semanales de todo el equipo y que se traducirá en un modo de accionar, un estilo, elaborado por todos y la vez internalizado por cada uno. Sin embargo, deberá ser suficientemente plástico y abierto a un constante cuestionamiento por parte de la realidad clínica, tal cual se va presentando.
- Producción de una visión global y al mismo tiempo caleidoscópica, donde las distintas perspectivas confluyan en una lectura verdaderamente interdisciplinaria.
- Capacidad de descentramiento de cada uno de los integrantes, aceptando otros puntos de vista, la conciencia de los límites de la propia disciplina y también del propio equipo.
- Reflexión acerca del propio funcionamiento, para evitar los riesgos de idealización, de caer en ilusiones grupales de completud y estereotipias que paralicen la creatividad.
- Mantenimiento de la especificidad de cada disciplina, así como el rol de cada una de ellas en el equipo.

Cabe destacar que uno de los momentos fundamentales para el equipo interdisciplinario es la supervisión. La misma es llevada a cabo por un analista o analista familiar que no pertenece al equipo, y que no siempre es el mismo. En este espacio, alguien o más de uno del equipo se interrogan sobre algún paciente y su familia, alguna actividad específica o alguna situación particular que haya acontecido en el dispositivo. La supervisión en Hospital de día, empezó a plantearse en el equipo como una instancia necesaria y fue llevada a cabo por un analista conocido por el coordinador del equipo. Sólo ha sido posible presenciar dos de ellas, sin embargo, resultó interesante observar cómo los discursos de las distintas disciplinas construían la historia clínica de los pacientes en cuestión, y las intervenciones o señalamientos que el analista iba realizando.

Asimismo, se plantean los efectos terapéuticos del trabajo intra-grupal del equipo. Por un lado, la creación de una cadena asociativa grupal en torno al material clínico supone una imaginarización que se potencia en la trama vincular del equipo. Y por otro, el armado de una historia compartida con el equipo, permitirá una reformulación desde lo actual y la incorporación de nuevos modelos de funcionamiento. El ayudar a historizar, a significar un devenir temporal, forma un objetivo relevante en momentos en que se tiende a vivir en un inmediatez que atenta contra la necesaria vivencia de continuidad en la identidad de los sujetos.

Talleres

En cuanto a la metodología de trabajo, todas las actividades del Hospital de día, realizadas con los adolescentes, son abordadas desde una metodología grupal e interdisciplinaria, de promoción y prevención de la salud mental como posibilitadora de espacios de expresión y elaboración de distintos aspectos de la subjetividad. Los talleres están a cargo de un coordinador, y a la vez de un pequeño grupo de profesionales, que luego son portavoces de los pacientes en la reunión de equipo interdisciplinario. Es así como los distintos talleres son los que toman un mayor protagonismo. Tal como lo menciona el autor Alberto Trimboli (2009), se trabaja para promover la participación de cada uno de los integrantes a

partir de actividades que requieran una organización de la tarea, siendo la anticipación un aspecto esencial de este proceso, generar un ámbito en el cual la palabra pueda ser tomada desde diferentes significaciones y para promover la utilización del bagaje de información con el que cada uno cuenta y la adquisición de otra nueva estimulando el interés por nuevos conocimientos.

Los talleres presenciados en el Hospital de día de Adolescentes fueron:

- Taller de desayuno: Es el primer taller que convoca a todos los pacientes. Es importante respetar el momento de desayuno (más allá de que muchos ya suelen desayunar en sus casas, teniendo en cuenta que viajan entre 1 y 2 horas hasta llegar al hospital). Duración 30 minutos.

- Taller de deportes: Se caracteriza por ser uno de los talleres que más convocatoria tiene. Es un espacio donde los adolescentes eligen a qué deporte quieren jugar, siendo los preferidos: handball, fútbol, básquet y el quemado. Todos los deportes están bajo el control de un árbitro, que casi siempre este rol es adjudicado a los profesionales o a los acompañantes terapéuticos. En este taller se refleja la importancia de las reglas del juego, y qué ocurre ante la transgresión de la norma o de la autoridad. Por ejemplo, uno de los pacientes que presenta cierta dificultad a la hora de circular en los distintos talleres desde que comienza la jornada hasta que finaliza, a la hora de jugar, respeta de manera correcta todas las normas del juego y les explica con diferentes ejemplos a sus compañeros. Es un momento donde pueden ser ellos mismos, donde pueden recuperar el juego de la infancia. Los objetivos apuntan a que los chicos puedan desarrollar actividad física, conocer y vincularse con los otros compañeros; identificar distintos líderes y la comunicación entre ellos. Duración 30 minutos.

- Taller de expresión corporal: Es similar al taller de deportes, pero integra otro tipo de juegos para los adolescentes. Su objetivo principal es incentivar

el lazo social entre los integrantes del taller teniendo el juego como mediador. Además, se intenta propiciar el espacio para ejercitar los procesos de pensamiento tales como la memoria, la atención, la expresión verbal y escrita, la comprensión y la abstracción. Otro punto importante es fomentar la utilización del cuerpo como herramienta de representación. El taller de expresión corporal es una apuesta al surgimiento de lo particular en una tarea grupal, posibilitando así cierto despliegue subjetivo. En este caso, uno de los juegos que más disfrutaban los adolescentes era la actuación, o cuando había que representar distintos personajes, a partir de la interpretación de una situación o escena de la vida cotidiana. Había algo que les resultaba divertido en la “puesta en escena”, como si cambiar de persona o de escenarios, fuera satisfactorio. Duración 30 minutos.

- Taller de Lectura: A través de la lectura de diferentes textos, se intenta brindar a los pacientes recursos a fin de generar un mayor desarrollo de sus capacidades de verbalización de emociones y conflictos posibilitando un mejoramiento en sus vínculos en general, así como posibilitar un procesamiento de sus diferentes estados anímicos. Los que concurren al taller lo hacen porque se sienten convocados a partir de un interés individual en relación a la propuesta del taller. Algunos de los participantes vienen porque tuvieron una relación académica con la escritura y literatura en su historia. Es importante puntuar eso, porque se trata de un conocimiento real que ellos tienen y que permite que el saber circule en el espacio, no estando centrado en las coordinadoras ni exclusivamente en los libros. Duración 30 minutos.

Uno de los pacientes nació en Buenos Aires, pero en los primeros meses de vida viajó con su familia a Italia y se quedó a vivir ahí, hasta los 16 años que regresó a la Argentina. Cuando asistía a este tipo de talleres, mostraba un gran interés por mejorar su vocabulario ya que hasta el momento, no había sido necesario implementar el castellano en su vida. Participaba

mucho en el taller y solía ser él, como otros de sus compañeros, quien elegía los cuentos a leer. Sin embargo, al resto de los pacientes les llamaba la atención su lengua italiana, por lo que reflejaban curiosidad y le pedían que les enseñe algunas frases.

- Taller de Almuerzo: Es el taller que finaliza la jornada de Hospital de día. Asisten todos los pacientes, y al igual que el taller de desayuno, hay que respetar los tiempos de todos y el silencio a la hora de comer. Primero se sirve una entrada, luego el plato principal, y por último el postre. Hay un mozo encargado de ocupar el rol de autoridad y de registrar el consumo de cada uno. Este espacio también es utilizado para festejar los cumpleaños de los chicos, invitando a todos los padres

Una vez finalizada la jornada de los adolescentes en el dispositivo, era de gran importancia realizar una evaluación de cierre por parte de los profesionales. Es decir, plantear lo que iba sucediendo en los talleres y de qué manera repercutía en los pacientes, si había ocurrido alguna situación específica. También se podía observar cómo los mismos psicólogos, acompañantes terapéuticos, coordinadores de talleres y musicoterapeutas, de alguna manera u otra, se replanteaban la práctica diaria, por ejemplo, desde cómo interpretar algunas frases en los discursos de los pacientes, cómo apaciguar una crisis, o desde cómo acompañarlos a fumar un cigarrillo. En muchas ocasiones, se planteaban dificultades con muchos pacientes, lo cual ha llevado a repensar alguna intervención con todo el equipo de trabajo. Se caracterizaba por ser un espacio de mucha riqueza teórica, ya que siempre había un coordinador que a partir de lo que sucedía en estos espacios, se podía hacer una interrelación con lineamientos teóricos de diversos autores.

Acompañante Terapéutico

En varias ocasiones, resulta de suma importancia la incorporación de acompañantes terapéuticos en el dispositivo de hospital de día. El mismo se trata

de una “función asistencial ejercida por un profesional de la salud mental que opera desde un abordaje psicoterapéutico, en forma articulada con el equipo terapéutico interdisciplinario a cargo de la dirección del tratamiento” (Trimboli, 2009). Constituye otra instancia al servicio del paciente y su proceso terapéutico, que ofrece la posibilidad de contar con la presencia de un equipo de acompañantes en el espacio y tiempo de hospital de día, en el cual mediante sus intervenciones contribuyen en el proceso de reinserción.

En la práctica realizada, no todos los pacientes tenían acompañantes terapéuticos. Sin embargo, una paciente que presentaba muchas dificultades a partir de la gravedad de su patología, le fue designada uno. Su ingreso al dispositivo era difícil ya que no quería separarse de su madre, no quería moverse, no quería hablar con nadie, y por momentos sostenía un llanto a modo de queja. Siempre estaba sentada sola en uno de los bancos de los pasillos del servicio, alejada del grupo de adolescentes. Por momentos se iba a jugar con niños más pequeños, pintaba o jugaba con osos, de esta manera se observaba que se sentía más cómoda con los niños que con los adolescentes. Si bien su acompañante terapéutico intentaba utilizar varias herramientas para poder incorporarla a los espacios que proponía el servicio, no había forma de que manifieste algún interés o cambio. Un día tuvo la idea de incorporar un instrumento como la guitarra y comenzaron, de a poco, a cantar y a implementar la música como otra vía de expresión para ella. Este espacio que generaban en los pasillos, fue llamando la atención del resto de los adolescentes, por lo que se fueron sumando y conociéndola de a poco.

El Acompañamiento Terapéutico es una práctica relativamente nueva en salud que trabaja específicamente con el sufrimiento mental de pacientes que padecen psicopatologías graves. Desempeña su tarea en forma grupal, individual (como se presentó en el caso mencionado) y en el ámbito de cotidianidad del paciente, sea cual fuera este en el momento de su inclusión en el tratamiento. Asimismo, debe llevar a cabo una constante revisión de su práctica, debe poder reflexionar las acciones e intervenciones tomadas, quizás con más frecuencia que otro profesional de la salud. Para ello es necesario construir los espacios adecuados

para tal objetivo, como ser reuniones de equipo sistemáticas, con el fin de coordinar y supervisar la tarea. La tarea de coordinación y supervisión es generalmente desempeñada por un profesional psicólogo con experiencia en el ámbito clínico y herramientas para hacer una lectura del material clínico recortado por el acompañante terapéutico, y reorientar la tarea.

Cuando pensamos el lugar del acompañante, sólo podrá definirse en función de la estrategia puesta en juego en determinado momento del tratamiento de un sujeto, sólo a partir de cuya singularidad podrá ir esbozándose con alguna precisión aquello que, sustancialmente, permitirá ordenar las intervenciones del acompañante, tanto como la de los demás integrantes del dispositivo. Kurras de Mauer y Resnizky (2005), plantean que el desafío del acompañante terapéutico pasa por decidirse a ser acompañantes en el encuentro con el otro, disponerse a escuchar desde la desolación, e interrogarse acerca de qué está necesitando el paciente y que puede eventualmente resultarle terapéutico del acompañamiento.

Las mismas autoras describen que una de las funciones del acompañante terapéutico es la de: percibir, reforzar y desarrollar la capacidad creativa del paciente, la cual tiene especial implicancia, según afirman, en la fase diagnóstica, en la que los acompañantes deben tratar de captar aquellas capacidades manifiestas y latentes del paciente sobre las que luego se trabajará. Sin embargo, se opta más bien por considerar que, toda tentativa puede resultar estéril si no es correlativa de un trabajo que apunte a desentrañar, en el espacio apropiado, aquellos factores subyacentes que, desde lo inconsciente, sobredeterminan esa dificultad. Por otra parte, no todos los casos ni en cualquier momento puede el paciente manifestar intereses o desarrollar capacidades, por lo que a veces forzar intervenciones en esa dirección puede resultar intrusivo y contraproducente.

Desde la postura de Gustavo Rossi (2005) la inclusión de manera precisa del acompañamiento terapéutico puede plantearse, en síntesis:

- 1- Con el objetivo de ayudar a construir las condiciones para que el dispositivo de tratamiento se ponga en marcha.

- 2- De manera frecuente es utilizado para sostener ese dispositivo, en momentos de crisis severas, ante situaciones de urgencia subjetiva.
- 3- Una tercera instancia la vemos en nuestra experiencia en aquellos casos en que se necesita destrabar o relanzar, el trabajo propio del tratamiento que aparece atascado.

Se debe evaluar en función de la singularidad del padecimiento, y de cada etapa del tratamiento. Implica una construcción artesanal, como ya se ha mencionado con anterioridad, desde un equipo interdisciplinario o un terapeuta que en su estrategia de abordaje otorgue relevancia a lo que suceda con los vínculos del paciente. El acompañante terapéutico se compromete con su tarea tanto allí donde el sujeto ha perdido orientación temporo-espacial, en un momento de desborde afectivo, como para ofrecerse como mediador o guía.

CAPÍTULO VII: DESCRIPCIÓN DE CASOS

Presentación de casos

En el siguiente capítulo se hará un breve desarrollo del proceso de cada uno de los adolescentes que asisten a Hospital de Día. Si bien se han accedido a las historias clínicas, ésta fue bajo la supervisión de un profesional y sólo muy pocas veces. Por lo tanto, lo registrado se obtiene desde la revisión de las historias clínicas, de las reuniones y de las supervisiones del Equipo de Adolescentes.

En cada caso, veremos que cada paciente tiene sus actividades particulares en hospital de día, aunque todos asisten a su espacio de psicoanálisis y de abordaje psicofarmacológico. Algunos casos serán más detallados que otros, debido a que algunos pacientes solían faltar bastante porque su madre o abuela no podían acompañarlos al hospital; o porque habían viajado por un tiempo determinado a su país de origen; o bien porque fueron internados por un breve período.

Tal como menciona Beatriz Janin (2014), todo sujeto se desarrolla en un contexto, en el que las primeras vivencias van dejando marcas, inscripciones, a partir de sus propias posibilidades de registrar y de ligar. Marcas de placeres y dolores que se van complejizando a lo largo de su crecimiento y que pueden ser reorganizadas por experiencias posteriores. Los malestares psíquicos son un resultado complejo de múltiples factores, entre los cuales las condiciones socio-culturales, la historia de cada sujeto, las vicisitudes de cada familia y los avatares del momento actual se combinan dando lugar a un resultado particular.

Caso Zoe (16 años)

Zoe tiene 16 años, es una chica que por momentos se la puede ver callada, con la mirada perdida, bostezando y durmiéndose en distintos espacios del hospital de día. Con cierto rechazo a los nuevos integrantes del servicio, Zoe se comunica solo con dos de las chicas que conoció y compartió una de sus internaciones.

Es mamá de una nena de 2 años, Milagros. Por lo que relata su madre, Karina, menciona que ella nunca deseó ese embarazo, y por ende, no quería hacerse cargo de Milagros (durante la práctica, no se supo si el padre de Milagros está o no presente). Zoe no le cambiaba los pañales, no podía hacerle una mamadera, no había contención, no había una mirada.

Habiendo presenciado el Taller de Padres, pudimos observar a la hija de la paciente. Milagros, es una niña inquieta que busca siempre complicidad para jugar. Viene a hospital de día con su abuela, y se queda en la sala de espera hasta que su madre finaliza con sus tratamientos y talleres. Juega con el celular de su abuela y con algunos muñecos que forman parte de la “Sala de Descanso”, siendo su favorito el *Sapo Pepe*, y disfruta de cambiarle los pañales a su muñeca.

Zoe vive con la madre, y recurre mucho a sus hermanos y a sus abuelos. Es una paciente que estuvo internada dos veces en este Hospital. Varias veces se ha escapado de la casa, regresaba después de varios días, y solía ir a villas a buscar a sus amigas o en búsqueda de algunas drogas. Las veces que ha ocurrido esta situación, Zoe no sólo que cometía el acto de escaparse, sino que por momentos perdía la noción temporo-espacial.

Uno de los hechos que ha sucedido recientemente, ocurrió cuando Zoe escapó de la casa de los abuelos y salió a caminar por la plaza de su vecindario. Se encontró con dos personas desconocidas, un hombre y una mujer, que la invitaron a ir al shopping, accediendo a esta invitación (según el relato de la madre, no estaba consiente en ese momento). Y a partir de este momento Zoe no pudo regresar a su casa, pasaban los días y ella no aparecía. La madre junto a sus familiares, realiza la denuncia y empieza a movilizarse desde un primer momento

con la Policía y la Brigada para encontrarla. Habiendo transcurrido una semana, Zoe logra contactarse, por medio de una computadora, con una amiga avisándole que estaba secuestrada en un cuarto de Hotel, y que no sabía lo que ocurría, pero que había narcotraficantes y estaba lastimada.

A partir de este primer contacto, la madre se comunica con la policía y se dirigen directo al hotel donde supuestamente estaba Zoe. Al momento de encontrarla, detienen a los hombres y mujeres que la habían secuestrado, mientras que Zoe se encontraba en un estado de shock, en el cual no podía reaccionar, hasta que vio a su madre y a su hija.

De manera urgente, Zoe es llevada al Hospital, en donde por guardia deciden internarla para desintoxicarla, pero también para realizar varios exámenes clínicos, entre ellos, una revisión ginecológica, ya que por algunos hematomas en distintas partes de su cuerpo, reveló que la habían violado.

Ante este hecho, Zoe quedó muy asustada y traumada. Cuando se reincorpora a Hospital de día, se la notaba muy perdida, por momentos podría pensarse que era la medicación que le habían asignado por este hecho y por su psicopatología de base. Sin embargo, en la medida que iban pasando las semanas, Zoe empieza a conectarse un poco más con el resto de los pacientes, asiste al Hospital con muchas ganas, solicita ver a sus psicólogos cuando no se siente bien, se muestra más cariñosa y sonríe un poco más. Cuenta su madre que ella hoy puede tomar registro de que su vida vale, pero principalmente se dio cuenta que lo más importante que tiene es su hija.

En este caso podemos detectar varios aspectos trabajados a lo largo de la investigación. La paciente ya contaba con una base psicopatológica vinculada a hechos fugas y escapes, así como también a la pérdida de noción de tiempo y espacio. Sumado no sólo al consumo de drogas, sino a la búsqueda de las personas de quienes las venden a costa de cualquier precio, accediendo a lugares que ponían en riesgo su vida. Podemos poner en manifiesto situaciones que suceden actualmente en nuestra sociedad como el narcotráfico, el secuestro a

modo de obtener una suma de dinero importante, la violencia y el poder ejercido en el otro en sus diversas formas.

En cuanto a su madre, Karina, ha relatado que atravesaron un momento de crisis económica, hasta que logró incorporarse al Taller de Microemprendimientos que ofrecía el hospital. Mientras iba probando y conociendo nuevos productos, Karina tomó la decisión de empezar a vender prendas de ropa, teniendo en cuenta sus proveedores y cuáles eran los lugares donde podría tener una mayor ganancia.

A su vez, se puede reflejar un embarazo adolescente, en donde no hay registro de esa niña. Al principio, no había un alojamiento, una mirada, un sostén. Hoy, dentro de sus posibilidades y condiciones, en palabras de la madre y del equipo, va tomando conciencia de quién es su hija y tratando de ocupar su lugar de madre.

Caso Abril (15 años)

Abril es una chica de 16 años, al principio se muestra tímida, pero luego se va mostrando tal como es, se caracteriza por tener buen humor y muchas veces presenta una actitud solidaria con el equipo y ayudando al resto de los pacientes. Actualmente, asiste a la secundaria y continuaba con sus estudios. La paciente llega a hospital de día luego de dos internaciones, la primera fue un intento de suicidio, y en la segunda fue a partir de una sobredosis, donde se empastilló gravemente y terminó en terapia intensiva.

Su vestimenta se define por lucir ropa ajustada al cuerpo, le gusta combinar los distintos colores, y suele maquillarse bastante. Le gusta mucho bailar, particularmente el estilo musical de cumbia y regueton. Le gusta copiar las coreografías de sus bandas favoritas y enseñárselas a sus amigas del hospital de día. Ante las propuestas del servicio, muestra una buena predisposición y es participativa. Los espacios a los que asiste son: el taller de desayuno, en taller de deportes, taller de expresión corporal y el taller de almuerzo. Es una chica que respeta a sus compañeros y se desenvuelve con naturalidad.

Aquellos días que Abril no se siente bien, puede manifestar sus causas, que muchas veces están vinculadas a la pareja de su madre, que hace poco volvió a vivir con ellas. La familia de Abril está compuesta por su madre, un hermano mayor, y uno menor a ella. Muchas veces, Abril ha comentado que tiene recurrentes discusiones con la pareja de la madre. El mismo, es alcohólico y tiene comportamientos violentos hacia su madre y hacia ella misma, que van desde discusiones hasta agresiones físicas.

Durante el desarrollo de la práctica, en el caso de Abril, se ha registrado que quedaba poco tiempo para darle el alta, ya que era posible observar varias mejorías y que se encontraba en un buen momento. El equipo tratante, estaba trabajando en generar redes con varias instituciones o profesionales (tanto en áreas de salud, como de recreación) que trabajen en su zona de residencia. Sin

embargo, se visualiza que el contexto familiar por momento dificulta su mejoría y re inserción.

En una de las reuniones del equipo, se pudo tomar registro de que Abril, por momentos, presentaba alucinaciones tratándose de una sombra negra que la perseguía, por lo que se escondía debajo de la cama y sufría mucho miedo. Ante las diversas situaciones de violencia, la madre no cuenta con los recursos necesarios para tomar una decisión que ayude a mejorar la realidad de su familia. Es difícil que registre lo que sucede con su pareja, y no lograr apartarse de él, niega la realidad que ve, y no puede escuchar ni Abril, ni tampoco las intervenciones del equipo tratante.

Podría considerarse sus reiterados intentos de suicidio, a causa de no encontrar un lugar y un espacio de escucha en su entorno familiar. Al sentir que no tiene lugar, donde no es posible un proyecto o cambio posible, su existencia queda reducida a una supervivencia, en la que toda renuncia es renuncia al ser. Sin embargo, se ha registrado una adolescente que pelea y lucha por sí misma. Aunque existió más de un episodio de intento de suicidio, el equipo tratante de Abril (que viene trabajando hace varios años con ella) ha podido ofrecerle un espacio en donde ella puede divertirse, crecer, aprender, jugar, bailar, y de seguir adelante, más allá de los hechos de violencia, dolor y malestar que transita actualmente.

Caso Wally (16 años)

Walter se presenta como un chico “Emo”, se viste con prendas oscuras, en cuanto a su cabello luce un mechón azul largo que le tapa la mitad de la cara. Se arregla con varios accesorios como pulseras con tachas, cadenas y con varios piercings en su cara (dos en cada uno de sus cachetes, uno debajo de la boca, y varios más en sus orejas). Disfruta de pasear y recorrer las calles con su skater. Uno de los lugares a los que asiste frecuentemente es la Galería Bond Street, ubicada en Avenida Santa Fé (CABA), donde conoció a muchos chicos y a su novia actual con su mismo estilo.

Walter fue internado reiteradas veces: algunas por el consumo, mezcla y sobredosis de alcohol y drogas; y otras por autolesionarse cortándose con distintos elementos las muñecas y los brazos. Además suele caerse de su skater, chocarse o caerse accidentalmente hasta quebrarse alguna parte del cuerpo. Su ingreso a Hospital de Día fue reciente, por lo que las descripciones se ajustan a las reuniones que ha presenciado su madre y a los espacios de talleres que Walter ha asistido, teniendo en cuenta que no solía ir de manera continua al servicio.

Es un paciente con una historia familiar “problemática”, así lo menciona su madre. Es una familia compuesta por Walter, su madre y abuelo, de clase social media-baja. Su abuelo materno es diabético, a tal punto que le han amputado ambas piernas; su abuela materna falleció con una demencia senil; una de sus tías es “discapacitada” y se encuentre en una silla de ruedas. Teniendo en cuenta lo mencionado anteriormente, podría vincularse con lo que aporta H. Faimberg (1996)¹ a través de su concepto de telescopaje de las generaciones y de la ampliación del concepto de las identificaciones alienantes, que intervienen en el origen de la constitución del psiquismo. Sostiene que las identificaciones son alienantes porque el sujeto se somete, por vía inconsciente, a las historias de un

1 Faimberg, H. El telescopaje de las generaciones (Acerca de la genealogía de ciertas identificaciones), en Transmisión de la vida psíquica entre generaciones. Dunod, París. 1993. Amorrortu editores. 1996

“otro” que no le conciernen, pero de las cuales permanece finalmente cautivado. El “otro” significa el narcisismo parental y la identificación con el mismo.

En el relato que utiliza la madre para presentarlo en las primeras reuniones del Taller de Padres, lo apoda como “El Pibe”, nunca lo menciona por su nombre. Describe que ella ha tenido que ocuparse de toda su familia por problemáticas muy complejas, y ahora su hijo le trae problemas, por lo que se siente cansada y desbastada.

Cuando Walter era pequeño ha tenido que cambiar varias veces de instituciones educativas por problemas de aprendizaje y de conducta. Era un niño que le costaba mucho relacionarse e interactuar con los otros. Su madre cuenta que un día fue al colegio a llevar unos papeles, y de paso quería verlo a Walter en el recreo para saludarlo. Fue en ese momento donde pudo observar que todos los chicos estaban afuera con sus amigos, jugando, corriendo, divirtiéndose, mientras que Walter estaba escondido y sentado solo en un rincón. Comenta que para ella fue una situación de mucha angustia reconocer a su hijo en esa situación y que no podía parar de llorar. Ahí se dio cuenta que su hijo *“no era igual que los otros chicos”*.

Walter al principio participaba de los distintos talleres, luego comenzó a faltar y no venía. Los días que venía, reflejaba una actitud desafiante a las propuestas que se le presentaban. Por ejemplo, en el taller de almuerzo, tomaba los cubiertos y comenzaba a jugar con ellos de una manera peligrosa. Cuando le cambiaban los cubiertos por unos de plástico, los partía y solía lastimarse.

Podría considerarse que el paciente porta una imagen “emo” y oscura, una parte de él que quiere dejar ver. Entendiendo que los jóvenes *Emos*, son conocidos por su atuendo siempre oscuro, maquillaje dramático, delgados, de aspecto afeminado y con el cabello oscuro siempre sobre los ojos; son adolescentes ajenos a la moda y a las bandas de música comercial. Su peculiar estilo trata de alejar, en cierto modo, todo lo actual, las modas, aunque entre ellos mismos tengan su estilo y sus reglas. Emo, proviene de la abreviatura de la palabra inglesa emocional que en

español significa, emotivo. Se definen por ser personas sensibles que tienden a hacerse las víctimas porque aseguran que el mundo que los rodea no los entiende.²

El adolescente recurre como comportamiento defensivo a la búsqueda de uniformidad que puede brindar seguridad y estima personal. Allí surge el espíritu de grupo al que tan afecto se muestra el adolescente. Hay un proceso de sobre identificación masiva, a veces el proceso es tan intenso que la separación del grupo parece casi imposible y el individuo pertenece más al grupo de coetáneos que al grupo familiar. Por eso se inclina a los dictados del grupo, en cuanto a modas, vestimenta y costumbres.

Asimismo, se considera que el paciente en, determinadas ocasiones, montaba una escena en donde quería mostrarse diferente a los demás, desafiaba a sus compañeros y a los distintos profesionales en la medida que se acercaban a él. También, comentaba que con una canción de una banda de música en particular (*Mi Chemical Romance*) se cortaba las muñecas pensando en su ex pareja; o bien cuando se lastimaba contaba con detalles el momento y se sacaba la cáscara de la herida.

En este caso, podríamos decir que si bien nos falta ahondar en la historia familiar de Walter, en su infancia, su madre, mostraba cierto malestar con las instituciones porque la llamaban de su trabajo comunicándole que nuevamente su hijo había tenido un problema en el colegio. Buscaba poner la responsabilidad en la institución y no hacerse cargo de lo que sucedía. Para ella Walter es “El pibe” y es un “problema” en su vida. Por lo que consideramos que el autoconcepto que va desarrollando el paciente va cambiando e integrándose con las concepciones que acerca de sí mismo tienen las personas que lo rodean, grupos e instituciones.

² <http://emos2009.blogspot.com.ar/2009/06/que-significa-emo.html>

Caso Jimena (17 años)

Ingresó hace tres meses al hospital de día. Tuvo tres internaciones, la última fue en febrero de 2016, por ideaciones suicidas (como querer tirarse debajo de un tren), alucinaciones auditivas (escucha una voz femenina que le dice que no sirve para nada y que se mate) y autolesiones. A Jimena le gusta escribir cuentos, en el que desarrolla varios capítulos, y disfruta mucho de cantar y actuar. Presenta problemas vinculados a trastornos de alimentación, manifestando por momentos rigidez, llantos y la necesidad de querer comer todo el tiempo.

Su familia está compuesta por la madre y tres hermanos mayores. Fue un embarazo buscado, uno de sus principales motivos se basaban en que su madre no quería estar sola y “necesitaba” una compañía en su vida, ya que sus otros hijos eran mayores y ya no vivían más con ella. Hasta los 10 años de Jimena, vivieron en Chile, luego sus padres se separan y vienen a vivir a Buenos Aires. A partir de este momento pierden el total contacto con el padre. Cuando retoma la escolaridad, empiezan a aparecer problemas en el aprendizaje y para vincularse con sus compañeros.

Se caracteriza por tener una relación muy simbiótica con su madre, a las dos les cuesta separarse. La madre la baña, le cambia la ropa, la peina, y por momentos suelen dormir juntas.

En relación al Hospital de Día y los espacios que ofrece, Jimena no participa demasiado, pero sí disfruta mucho del Taller de Expresión Corporal cuando hay que cantar, bailar o actuar. Por momentos, se sumaba a los juegos de los niños que circulaban en los espacios compartidos. En el taller de almuerzo, en varias ocasiones, cuando terminaba de comer, se levantaba e iba corriendo al baño porque le dolía la panza y se autoprovocaba vómitos. Durante el almuerzo, si observaba que sobraba comida, le solicitaba a la moza si podía guardarle un plato a su madre.

Jimena se muestra como una paciente muy aniñada, en su manera de vestirse, de expresarse, de jugar, de conversar, en sus decisiones y elecciones. Podría decirse

que el esquema corporal como representación mental que la paciente tiene de su propio cuerpo como consecuencia de sus experiencias en continua evolución, deviene de un estancamiento en la infancia. Entendemos que el extrañamiento promovido por los cambios puede hacer vivir al adolescente, por la eclosión sexual y sus efectos, una sensación de cuerpo como un ajeno para su psiquismo.

Al no hallarse un proceso de separación y un espacio en donde se desarrolle la subjetividad de Jimena, no hay una posibilidad de establecer límites, ni tampoco una desvinculación de la madre. En el caso de Jimena, donde se hacen presentes los trastornos de alimentación, especialmente la bulimia, se observa con frecuencia la alteración de este proceso de separación e individuación entre madres e hijas: se desarrolla una díada simbiótica que funciona como un todo, que no permite la autonomía de la hija.

Caso Luciano (15 años)

Luciano ingresó hace un año al hospital, y hace dos meses al Hospital de Día. En su expresión, se observa que se encuentra cómodo y contento con todas las actividades, sin embargo sus talleres favoritos son el taller de deportes y el taller de lectura. Si bien el idioma no lo maneja a la perfección, intenta leer y comprender todos los cuentos, cuando no logra entender algo, pregunta o busca informarse. Es un chico muy respetuoso y amable con el resto de los pacientes y profesionales. Al principio algunas pacientes quisieron burlarse de él, pero con un perfil muy bajo se hizo respetar de manera inmediata.

Es un chico que fue adoptado en los primeros meses de vida. Su madre biológica no podía criarlo porque *“no contaba con recursos económicos”* y además *“vive en una villa y es morocha”* (según el relato de sus madre). Junto con los padres adoptivos, se fueron a vivir a Italia. A mediados del 2015, el matrimonio comienza a transitar varias crisis, hasta que finalmente terminan separándose. Motivo por el cual, Luciano regresa a Argentina sólo con su madre, Alicia.

Ella comenta que él era un niño que *“nunca”* había tenido problemas en su escolaridad, ni tampoco para relacionarse con otros compañeros. Solía jugar al fútbol y al handball en un club de su vecindario. Una de las frases que ella le menciona es: *“No tendrías por qué tener problemas por ser un chico adoptado”*. Sin embargo al regresar a su país natal, Luciano comienza a tener mucha dificultad para poder relacionarse con los otros, teniendo presente que el idioma era una cuestión compleja a la hora de comunicarse.

Disfruta mucho de jugar a la playstation, debido a que a través de algunos juegos puede conectarse de manera online con sus amigos de Italia.

Ante esta nueva realidad, produce un brote en un contexto de discusión con un tío que lo maltrataba y lo hostigaba. Comienza a escuchar voces, episodios de desvanecimiento, y crisis de ansiedad. Tiene miedo de que aparezca un fantasma y que le haga algo malo. Físicamente se encuentra con sobrepeso, suele comer

todo lo que se le ofrece en el taller de almuerzo y si bien por momentos tímido, suele repetir los platos, en caso que sobre.

De acuerdo a la relación con su madre biológica, nunca la conoció hasta el momento, pero sabe de su existencia. Convocando las palabras de la madre de que su madre es “morocha”, “vive en una villa” y en ese momento no contaba con los “recursos necesarios para criarlo”, podemos entender, por efecto, algo que mencionábamos al principio de la investigación. En los estratos excluidos, la pérdida de las protecciones sociales favorece diversas formas de fractura del tejido familiar que, perversamente, refuerzan el proceso de pauperización de quienes ya eran vulnerables antes de la ruptura.

Otras de las cuestiones que se presentan en Luciano, es la existencia de una simbiosis con su madre, por parte de ambos. Alicia se caracteriza por ser una madre muy controladora y sobreprotectora. Cualquier situación que viva Luciano, puede ser una “*tragedia*” para ella. Suelen dormir juntos por períodos. Por lo tanto, existen ciertas instancias como la sobreprotección, una crianza excesiva, cierta restricción de la autonomía restringida y la rigidez, que hace a una familia resistente al cambio, que evita o niega el conflicto y posee una pobre capacidad para poder resolverlo.

Caso Manuel (15 años)

Manuel es un paciente que se comunica con las personas a través del celular y la computadora. Es un chico que le cuesta mucho sociabilizar e integrarse con sus compañeros. En este momento, se encuentra escolarizado en un colegio Técnico, con especialización en informática, lo cual expresa que está muy contento. Su psicólogo comenta que maneja un gran conocimiento acerca de informática, a tal punto que puede armar y desarmar máquinas, y manejar distintos programas.

Es un chico que fue internado sólo una vez. La historia de sus padres fue muy violenta, a tal punto que Manuel era maltratado y muy golpeado por su padre. Actualmente ellos están divorciados, y Manuel vive sólo con su madre y sus dos perros, en procesos de tramitar una pensión.

En relación a los perros con los que viven, Manuel y su madre no sabían cómo tratarlos, cuando salían, los dejaban atados y encerrados durante largas horas. Hasta que un día, salió a caminar con su madre y sus mascotas, y se encontraron con un paseador de perros, que los empezó a guiar y a orientar acerca de cómo tratarlos y acercarse a ellos. A partir de ahí, todos los días los sacaba a pasear, y comenzó a mejorar su relación con ellos.

Considerando que nuestra época está signada por los cambios que imprimen la tecnología, también podemos observar las distintas maneras que tienen los sujetos de circular, conectar y construir la realidad a través de ella. En el caso de Manuel, podemos dar cuenta de que su manera de contactarse es a través de medios tecnológicos, donde existe cierta complejidad a la hora de tener un contacto real con las personas. En hospital de día no podía integrarse a ningún espacio de taller, salvo al taller de deportes, que por momentos podía realizar alguna interacción a través de la pelota en distintos juegos, pero no había posibilidad de establecer una conversación.

La historia familiar de Manuel se encuentra teñida por situaciones violentas que devienen de ambos padres. Si bien la madre ha logrado tomar la decisión de separarse y rehacer su vida con Manuel, las marcas han quedado inscriptas en el

psiquismo. La violencia, en este caso, parecería que reside en un proceso de desobjetivización, de negación del sujeto, de sus pertenencias, de sus deseos y aspiraciones propias.

Caso Nadia (17 Años)

Es una paciente que tiene 17 años. Estuvo internada varias veces, por presentar alucinaciones auditivas y autolesiones. Es un caso judicializado por homicidio tentativo dirigido hacia la madre. El equipo de hospital de día, tenía que definir si la paciente está en condiciones o no de presentarse a declarar ante el juzgado.

Hace pocos meses, viajó a Perú a visitar a sus familiares. En el transcurso del viaje, los padres recuerdan que no habían llevado la medicación de Nadia, ya que comenzaron a aparecer algunos síntomas y su hija empezó a desestabilizarse. Al regresar de sus vacaciones, Nadia inmediatamente es internada por ideaciones suicidas, y uno de los motivos que disparó este hecho fue que su ex pareja muere en un accidente de tránsito.

En la historia familiar, su madre fue abusada desde chiquita por el padrastro y por otros hombres, siendo cómplice de este hecho su propia abuela. En el presente, por momentos tiene pensamientos o ideaciones de envenenarse ella con sus hijos. Ante distintas situaciones, decía que se le aparecía una sombra, y oía una voz que decía que mate a sus hijos. Nadia es cómplice del engaño de su madre hacia su padre con otro hombre, por lo que guarda este secreto hace muchos años.

De acuerdo al concepto de telescopaje mencionado anteriormente, la transmisión de la historia secreta perteneciente a las historias que conciernen a las generaciones que precedieron al narcisismo del sujeto, no se transmite como mensaje explícito, sino que se halla estrechamente relacionada con la modalidad de decir y no decir que utilizan los padres; a través de una función de apropiación-intrusión.

La madre se encuentra muy angustiada porque reconoce que no le dan demasiada importancia, ni el lugar que merece Nadia en la familia. Así mismo, como padres, le otorgaban ciertas responsabilidades, por las que ella no se encontraba preparada (como por ejemplo, atender el Kiosco familiar que tienen). La presencia de un miembro que precisa de un cuidado y atención particular, genera una nueva situación familiar que puede provocar importantes cambios dentro de la estructura familiar y en los roles de sus integrantes. Ante una situación de esta complejidad, la familia afronta una crisis movilizadora en tanto que puede beneficiar o perjudicar el diagnóstico del paciente.

Caso Guillermo/Guillermina (15 años)

Guille físicamente es un hombre, pero hace cuatro años eligió ser mujer más allá de su condición. Presenta una vestimenta con remeras ajustadas, calzas y jeans, sandalias, se tiñe el pelo de rubio y se pinta los labios de rojo. Tiene una tutora y vive con ella hace cinco años, debido a que su madre la abandonó en un hogar y se fue a vivir a Mar del Plata.

Asiste al Hospital desde el 2011 y aproximadamente tuvo ocho internaciones. No posee escolaridad y por el momento no ha adquirido funciones dirigidas a la lecto-escritura, según lo mencionado por su psicopedagoga. Es importante tener presente que, a raíz de las reiteradas internaciones, aumenta el deterioro cognitivo. En su historia, Guille ha vivido muchísimas situaciones traumáticas, desde dormir en la calle hasta ser prostituida y violada por camioneros. Al hablar de su madre biológica, no sabe específicamente qué le ha sucedido, pero sí sabe que uno de sus hermanos estaba internado por consumir paco, y a otro lo encontraron muerto en un contenedor de basura. Ha vivido en varios lugares, y el último fue un Hogar de niñas.

La Tutora es abogada, y tuvo que esperar varios años para poder obtener la adopción de Guille. Dentro del taller de padres, ante las propuestas que realizaba el equipo, por momentos se mostraba a la defensiva o bien trabajaba con entusiasmo. A través de su discurso, explicaba que era muy complejo convivir y establecer normas y límites con Guille, en donde más de una vez estuvo frente a situaciones violentas generadas por la paciente.

Con este argumento, podríamos convocar a Winnicott cuando señala con su concepto de *holding*, la importancia contar con un contexto estable y previsible para que alguien se integre y se convierta en sujeto. Las personas que atraviesan situaciones sociales caóticas, corren el riesgo de sufrir trastornos derivados de las dificultades para la integración y personalización. El equilibrio narcisista se perturba.

Uno de los inconvenientes que se presentan actualmente, está vinculado al momento de realizar y firmar documentaciones o trámites con su nombre masculino, tal como figura en el Documento Nacional de Identidad. Es una paciente que tiene dificultades en quedarse en un lugar, no puede empezar una actividad, ni tampoco puede finalizarla. Además, circula constantemente por los distintos espacios del hospital. En varias ocasiones, busca desafiar a los otros pacientes del hospital y también a distintos profesionales (más de una vez ha tenido comportamientos y agresiones físicas). Dice malas palabras la mayoría del tiempo y quiere coquetear con cualquier hombre.

Guille es un fiel reflejo de todo lo que ha transitado, experimentado y sufrido a lo largo de su vida. Construye su identidad a partir de ciertas situaciones contextuales-sociales, que interfirieron de manera directa en la propia constitución subjetiva. Esas interferencias guardan relación con la idea de trauma. Son traumáticas porque impiden que el paciente sea, que logre conquistar su propio Yo y estorban el proceso de llegar a ser lo que quiere. Constantemente, Guille se manifiesta como una persona desbordada, donde no hay un límite, donde no hay un registro del propio cuerpo (ni del otro), donde tampoco hay una identidad establecida, donde no hay una sexualidad que la defina.

Entendemos que ante la nueva etapa libidinal, el sujeto va transitando duelos, ya sea por la pérdida del cuerpo de niño, por la pérdida de la identidad infantil y por la pérdida del vínculo con los padres de la infancia. En este caso, Guille ha transitado varios duelos desde muy pequeña, así como también situaciones traumáticas que han quedado inscriptas en el cuerpo.

Actualmente, está yendo a un colegio en el que según su Tutora, está muy contenta. Por otro lado asiste a un grupo Scout, y hace actividades físicas como patín y telas. En los distintos talleres de hospital de día, si bien circulaba con cierta dificultad desde que comienza la jornada hasta que finaliza, a la hora de jugar, respeta de manera correcta todas las normas del juego y les explica con diferentes ejemplos a sus compañeros. Es un momento donde puede recuperar el juego de su infancia.

Síntesis

En el relato de cada uno de los casos, pudimos ubicar algunos acontecimientos que se unen en problemáticas compartidas. Unos de los aspectos mencionados en capítulos anteriores fue el contexto social-cultural y las configuraciones familiares, en donde podríamos mencionar que los adolescentes se encuentran expuestos a: crisis económicas; la falta de trabajo de los padres; la inseguridad manifestada en hechos reales, abandono, secuestro muertes; abusos y violaciones; y por último (una variable reiterada) el maltrato y violencia dentro del ámbito familiar.

En la mayoría de los casos, hemos observado al adolescente sumergido en un contexto de desamparo y vulnerabilidad, transitando una historia llena de discontinuidades, duelos, traumas severos, catalogados como experiencias que obstaculizan la narcisización del sujeto en desarrollo. Desde el concepto de *holding* de Winnicott, destacamos la importancia de contar con un contexto estable para la constitución de la subjetividad. Los adolescentes que asisten a hospital de día, han atravesado situaciones caóticas, corriendo el riesgo de sufrir alguna patología derivada de las dificultades de integración y personalización.

A raíz de las manifestaciones de los adolescentes, podríamos decir que existe cierta fragilidad de sentirse vivos como sujetos deseantes. Encontrándonos con: depresiones, estados de ensimismamiento o de desconexión, situaciones escape o fuga, los trastornos de alimentación, las alucinaciones y voces, los miedos, el intento de suicidio, las autoflagelaciones, la sobredosis de pastillas y drogas. Predominando el acto más que el síntoma y la palabra, el riesgo al que se someten los adolescentes es cristalizado en el cuerpo. El cuerpo como lugar para asentar las marcas y situaciones traumáticas grabadas en el psiquismo.

A causa de este sufrimiento, se declara la intención de morir o, mejor dicho, el intento de suicidio. Algunos de los pacientes de hospital de día reviven este hecho de manera reiterada, entendiéndolos como desesperados llamados de ayuda o auxilio. Dependiendo de la gravedad de los mismos, el siguiente paso es la

internación psiquiátrica, con el objetivo de producir un movimiento subjetivo, en miras de modificar el lugar del sujeto en tanto lugar simbólico.

Más allá de los hechos, podríamos decir que existe una esperanza suficiente que paraliza o desvía el golpe mortal. Y es aquí cuando, junto con las necesidades del paciente, se piensa un tratamiento abordado desde hospital de día, con el objetivo de otorgar una oportunidad de transformar esa crisis en un punto de partida.

CONCLUSIONES

Este trabajo tiene como objetivo principal indagar las problemáticas que presentan los adolescentes con patologías graves que asisten a Hospital de Día, perteneciente al Hospital Infanto-Juvenil “Dra. Carolina Tobar García”. Al ingresar al campo de investigación, hemos registrado un hecho que se repetía con frecuencia en las historias clínicas de los pacientes: el intento de suicidio y el proceso de internación psiquiátrica que el mismo conllevaba. Por tales motivos, se decidió planificar cuatro niveles de análisis en relación a lo social, institucional, familiar y el adolescente en sí mismo, con la intención de guiar y profundizar acerca de las problemáticas que emergían en el transcurso de la observación.

Desde un principio, intentamos abordar el contexto social y cultural en el cual el sujeto se encuentra implicado. El horizonte de nuestra cultura, está atravesado por un acelere de cambios vertiginosos, en donde la inmediatez comanda los procesos de comunicación y acción. Además, la cultura está determinada por acontecimientos impredecibles en el ámbito social, político y económico, generando un futuro incierto. Por lo tanto, surgen nuevas transformaciones en la cultura, en los modos de vida, en la constitución subjetiva y la intersubjetividad, así como en los modos de pensar y de construir la realidad.

Consecuentemente, a través de los instrumentos utilizados para la recolección de datos como el análisis de documentos, la observación participante y las entrevistas semidirigidas, nos encontramos con familias fragmentadas, siendo el reflejo de pérdidas de puestos de trabajo, crisis económicas, abandono o pérdida de viviendas, víctimas de la inseguridad y violencia. Por lo que comienzan a visibilizarse ciertos malestares en los sujetos que se integran en la unidad familiar. Podemos decir que las familias que asisten a hospital de día, experimentan la sensación de desmembramiento social o la imposibilidad de imaginarse un futuro.

Nos encontramos a lo largo de la práctica con un Estado que no logra dar garantía de seguridad social y protección al paciente y su familia, así como también,

hallamos instituciones (previas al ingreso del servicio a hospital de día) que no han podido acompañar ni sostener la problemática con la que se presentan. Como resultado de la ausencia o falta de compromiso y apuntalamiento de las instituciones tanto estatales como privadas, surgen sentimientos manifestados a través del enojo, la estigmatización y la violencia. Violencia que, como hemos visto, se inscribe de diferentes modos.

En más de una oportunidad, pudimos manifestar que los pacientes se encuentran expuestos a situaciones de vulnerabilidad donde no se les proveen los recursos básicos para su bienestar. Cuando alguien es ubicado tempranamente en un lugar de fracaso y desamparo, empiezan a desaparecer los deseos, proyectos y sueños, como si fuera un proceso de desobjetivación. En los primeros años de vida, muchos de los adolescentes que asisten al servicio, han experimentado vivencias traumáticas y de fracaso, dejando secuelas en el psiquismo y, en algunos casos, facilitando el nacimiento de ciertas patologías. Hallamos pacientes que presentan clínicamente una estructuración psicopatológica y/o neurológica de base.

Actualmente, gobiernan problemáticas como la drogadicción, autoflagelación, intentos de suicidios, trastornos de alimentación, problemas de identidad, abusos, abandonos, violaciones, entre otros, que ponen en riesgo y comprometen al cuerpo. En la mayoría de ellas, predomina más el acto que el síntoma. Ante esta realidad, las familias comienzan un recorrido incesante, con el objetivo de encontrar una respuesta y un tratamiento apropiado. Sin ir más lejos, en búsqueda de una institución que los aloje y escuche.

De esta manera, es como el servicio de Hospital de Día recibe a los adolescentes y a sus familias. Uno de los aportes más valiosos que conforma esta investigación, es el trabajo interdisciplinario que realizan los distintos profesionales de la salud (enfermeros, psicólogos, psicopedagogos, psiquiatras, musicoterapeutas, trabajadoras sociales, terapistas ocupacionales y acompañantes terapéuticos),

con el objetivo de alcanzar las mejores estrategias y generar redes en el abordaje terapéutico de cada uno de los pacientes.

Sin embargo, hoy en día esta institución se ubica en un debate continuo sobre la Ley Nacional de Salud Mental 26.657 y sus posibles reformas. Una de las problemáticas más graves registradas, parte de la falta de hospitales públicos involucrados con la salud mental infanto-juvenil. Teniendo presente que, para poder acceder al servicio de hospital de día del Hospital “Dra. Carolina Tobar García”, hay una espera mínima de 6 meses (sucediendo lo mismo con los otros servicios). Uno de los proyectos de la nueva Ley, apunta a la infraestructura, por ejemplo, de las Casas de Camino, con la idea de reemplazar a los Hospitales Psiquiátricos. Habiendo transcurrido ya casi cuatro años de este nuevo proyecto (Decreto Reglamentario 603/2013), todavía no han sido construidos nuevos establecimientos para brindarles atención a aquellos pacientes que más lo necesitan.

Por detrás del marco legal y de la puja de las instituciones psiquiátricas, las necesidades y dificultades que presentan los adolescentes incrementan cada vez más. Uno de los desenlaces de nuestra investigación, refleja que los pacientes que ingresan a Hospital de Día, no lo realizan a partir de una consulta o una demanda propia, sino más bien, llegan o “caen” a partir de las consecuencias de un acto que pone en riesgo su propia vida.

Esta población continúa siendo una preocupación de mayor interés para los profesionales en salud mental. Uno de los hechos con el que nos topamos en el campo de investigación fue el intento de suicidio en los jóvenes. Algunos de los pacientes de hospital de día, revivieron este hecho más de una vez, entendiéndolos como desesperados llamados de ayuda o auxilio. Dependiendo de la gravedad de los mismos, el equipo de profesionales opta por una internación psiquiátrica, ya sea de forma voluntaria o involuntaria, con el objetivo de producir un movimiento subjetivo, en miras de modificar el lugar del sujeto en tanto lugar simbólico.

Tratando de profundizar en el hecho, se podría decir que en estos adolescentes existe un futuro temible, un gran miedo a no ser, a no tener un lugar. A lo que cabe preguntarnos ¿cómo armar ideales, si no hay representación de futuro, si se vive en un puro presente, intentando sobrevivir? Además, sabemos que el paciente de hospital de día, ingresa con esquemas de significaciones que vienen de otros, como diagnósticos y etiquetamientos, que parecerían ocultar o tapar el pedido a ser escuchados.

Reflexionando una vez más, podríamos decir que en estos pacientes existe cierta urgencia en un cuerpo que sufre. Si bien hallamos un quiebre de conexiones, de ruptura de lazos y de retiro de investiduras (Janin, 2014), hay algo que permitió que el acto no llegue a su fin. Es ahí donde deberíamos detenernos como profesionales en pensar, armar, construir estrategias y programas desde esa pequeña parte que permitió que el adolescente aún continuara con vida.

Considero que el servicio hospital de día propone un abordaje terapéutico que logra comprender el contexto y las problemáticas con las que se acerca el adolescente y sus padres. En muchas ocasiones, se ha podido trabajar con la historia familiar, con el sufrimiento de los pacientes y con situaciones de violencia por las que han atravesado. Podemos dar cuenta de que existe una tarea fina, originada por los distintos espacios de talleres y abordajes terapéuticos, en rescatar la posibilidad de que el sujeto tome conciencia sobre sus derechos y, por sobre todas las cosas, a respetar sus propios deseos.

Podemos afirmar que el hospital de día brinda las herramientas necesarias para que, una vez fuera de éste, el paciente pueda establecer por sí mismo algún tipo de ordenamiento en la reinserción social. Concluyendo con las palabras de la trabajadora social "...Llegamos en un momento de la vida para acompañarlos en un tránsito. Sabemos que hay una historia previa al llegar acá, y que después esto continúa en otro lado" (Anexos, 3era. Entrevista).

Finalmente, deseamos que este trabajo pueda brindar aportes al momento de reflexionar sobre aquellos adolescentes con patologías graves que asisten al

dispositivo Hospital de día, en la medida que puedan seguir construyendo su propia identidad, y que los medios puedan ser adquiridos en un ambiente facilitador, promoviendo una pequeña búsqueda o ligazón del sujeto con sus representaciones y vínculos.

Referencias Bibliográficas

- Aberastury, A., Knobel, M. (1984). La adolescencia normal. Editorial Paidós Educador.
- Artigas, C., Cortés, R. y Díaz, F. (2010). Hospital de día: La producción de la Historia a partir del espacio institucional. Revista Castalia. Año 12. N° 18, pág. 25-32.
- Barrionuevo, J. y Cibeira, A. (2001). Suicidio e intentos de suicidio, en “Adolescencia – adolescentes”. Ed. Tekné. Buenos Aires.
- Ey, H. (2006) Tratado de Psiquiatría. Editorial Elsevier. Barcelona
- Durkheim, E. (2008). El suicidio. Ediciones Akal S.A. España
- Barrionuevo, J. (2011). Adolescencia y Juventud. Consideraciones desde el psicoanálisis. Ed. 1era. Eudeba, Buenos Aires.
- Barrionuevo, J. (2009). Temas básicos de psicopatología (de ataques de pánico a intentos de suicidio).1ra Ed. Buenos Aires. Ed.GABAS.
- Bauman, Z. (2007). Tiempos líquidos, Barcelona, Tusquets.
- Beck, A. T., M. Kovacs y A. Weissman (1979). Assement of suicida intent: The scale for suicide ideation. Journal Consult Clinic Psychology, 47, 343-352
- Berestein, I. (1995). Psicoanálisis de familia y pareja. Revista Psicoanálisis APdeBA - Vol. XVII - N° 2 – 1995 (239 - 263)
- Berenstein, I. (1996). Psicoanalizar a una Familia. Buenos Aires. Ed. Paidos.
- Blumenthal S, Kupfer DJ.,(1988) Overview of early detection and treatment strategies for suicidal behavior in young people. J Youth Adolesc ; 17: 1-23
- Blumer, H. (1969). Symbolic Interactionism: Perspective and Method. Prentice-Hall
- Bowlby, J. (1969). Attachment and Loss, Hogarth Press and the Institute of Psychoanalysis. Nueva York. Basic Books.

- Canevaro, A. y García Badaracco, J. (1972). La urgencia psiquiátrica en una Comunidad Terapéutica. Actas del VII Congreso Latinoamericano de Psiquiatría, Punta del Este, Uruguay.
- Castoriadis, C. (1998). El avance de la insignificancia. EUDEBA, Buenos Aires.
- Creswell, J. W. 1998. Qualitative Inquiry and Research Design. Choosing among Five Traditions. Thousand Oaks, California, Sage.
- Duchêne, H. (1959). "Tâche d'Hygiène Mentale dans la psychiatrie de secteur". Congreso de Tours.
- Eiguer, A. (1984) Crisis de adolescencia, crisis familiar. Revista de Psicoanálisis y Psicoterapia de Grupo. Tomo VII, N° 1.
- Faimberg, H. (1993) El telescopaje del las generaciones (Acerca de la genealogía de ciertas identificaciones), en transmisión de la vida psíquica entre generaciones. Dunod, París. Amorrortu, Editores.
- Foucault, M (2000). Historia de la locura en la época clásica. Bogotá: Fondo de Cultura Económica, 2000. v.1.
- Freud, S. (1978) Las metamorfosis de la pubertad. Tres Ensayos de teoría sexual en Obras Completas, Buenos Aires, Amorrortu Editores.
- Fudín, M. (2001). Suicidio. Cuando la tragedia Irrumpe en la escena clínica. Psicoanálisis y el Hospital 20:182-188.
- García Badaracco, J. (1989) Comunidad Terapéutica Psicoanalítica de Estructura Multifamiliar. Madrid: Tecnipublicaciones.
- Gustavikno, E (1987) Derecho de Familia Patrimonial. Bien de Familia. Tomo I. Segunda Edición. Argentina.
- Janin, B. (2014). Niños y Adolescentes en situación de vulnerabilidad. Cuestiones de Infancia. UCES.
- Jiménez Godoy, A. (2005) Modelos y realidades de la familia actual. Editorial Fundamentos Colección Ciencia. España.

- Kancyper, L. (1985). Adolescencia y a posteriori. Revista de Psicoanálisis, Vol. 42(3), Mayo-Junio 1985, pág. 535-546.
- Kawulich, B. (2005) La observación participante como método de recolección de datos. Volumen 6, No. 2, Art. 43 – Mayo 2005.
- Kleiman, S. (2004) Lo parento-filial en perspectiva de hospitalidad. Psicoanálisis APdeBA - Vol. XXVI - Nº 3.
- Kohut, H. (1971). Análisis del self. Amorrortu Editores, Buenos Aires.
- Kurras de Mauer, S. y Resnizky, S. (2005) Territorios del acompañamiento terapéutico. Ed. Letra Viva. Buenos Aires.
- Lerner, H. (2006) Adolescencia, Trauma, Identidad. Cap. 1 del libro Adolescencias: Trayectorias Turbulentas. María Cristina Rother Hornstein (Comp.) Paidós.
- Ley 26657 art.7 inc. D, art. 9 y art.2. Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental: Ppios. 3,7 y 9, punto 2.
- Llimos, S., Pirovani, C., Oszlak, C., Cuini, M. (2012) Cuando el hospital se hace de día. Vertex- Revista Argentina de Psiquiatría. Volumen XXIII, Nro.102. Marzo-Abril, pág.132-136
- Macchioli, Florencia Adriana (2013). Comunidad Terapéutica Psicoanalítica, Familia Y Valores en la Argentina de los setenta. V Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología.
- Mantilla, M. J. (2010). "Riesgo", " peligrosidad" e" implicación subjetiva": un análisis de las decisiones de internación psiquiátrica en la ciudad de Buenos Aires. Interface-Comunicação, Saúde, Educação, 14(32).
- Mantilla, M. J. (2010). La construcción de las decisiones de internación psiquiátrica: un análisis de los argumentos psicoanalíticos y los contextos de interacción social. Intersecciones en antropología, 11(1), 145-157.
- Marradi, A., Archenti, N. y Piovani, J.I. (2007), Metodología de las Ciencias Sociales. Buenos Aires: Emecé.
- McDougall, J. (1982) Alegato por cierta anormalidad, Editorial Petrel, Barcelona.

- Mendizabal, N. (2006) Estrategia de Investigación Cualitativa. Los componentes del diseño flexible en la investigación cualitativa. Cap. 2. Editorial Gedisa.
- Ministerio de Salud de Nación (2012). Lineamientos para la atención del intento de suicidio en adolescentes. Buenos Aires.
- Morin, E. (1994). Epistemología de la complejidad en Nuevos Paradigmas, Cultura y Subjetividad. Buenos Aires, Ed. Paidós.
- Philippe, J. (2002). La violencia en la adolescencia: una respuesta ante la amenaza de la identidad. Revista de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente. Nº 33/34. Pág 52-93
- Ponce de León, E. (1994). Equipo interdisciplinario y clínica psicoanalítica de niños. Abordajes interdisciplinarios y análisis de un caso. Revista Nº028.
- Ponce de León, E. (2005). El psicoanalista y la interdisciplina en la clínica con niños y adolescentes. Psicoanálisis e interdisciplina. Revista Uruguaya de Psicoanálisis 2005. Pág- 375-392
- Puget, J. (2002). Violencia Tangible y Violencia Intangible. ¿Será cierto que nos entendemos cuando hablamos de violencia? Jornadas de Hospitales APdeBA, 5 de Noviembre.
- Rolla, E.: “Esperanza, desesperanza y desesperación”, en Yampey, N. y otros: “Desesperación y suicidio”. Op. cit.
- Rossi, G. (2005). El Acompañamiento Terapéutico y los dispositivos alternativos de atención en Salud Mental.
- Rother Hornstein, M.C. (2003). Identidad, y devenir subjetivo.
- Stagnaro, J. C. (2012). El Hospital de día: historia y conceptualización. Vertex Revista Argentina de Psiquiatría. Volumen XXIII, Nro.102. Marzo-Abril, pág.107-118.
- Stolkiner, A. (1994). Obstáculos en las prácticas de Hospital de Día. Mesas Redondas y Paneles. V Jornadas Municipales de Hospital de Día, 9 y 10 de Septiembre.

- The National Association of private Psychiatric Hospitals and the American Association for partial Hospitalization "Definition of Partial Hospitalization" en Psychiatric Hospital. Vol 21, N° 2, Nueva York, spring, 1990, pag. 90.
- Torrado, S. (2007). Hogares y familias en América Latina. Revista Latinoamericana de Población, vol. 1, N° 1, 2007, pág. 1-9.
- Trimboli, A. (2009). Lo nuevo en la Clínica de Hospital de Día. Jornadas Hospitalarias 2009, 25 y 26 de Junio. Hospital Infante Juvenil "Dra. Carolina Tobar García".
- Tylor, S.J. y Bodgan, R. (1987) Introducción a los métodos cualitativos de la investigación. La búsqueda de significaciones. Barcelona. Ed: Paidós.
- Tylor, E.B. (1981). Cultura Primitiva. Editorial Ayuso.
- Valles, M. (1997). Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional. Madrid, Síntesis.
- Winnicott, D. (1971). Realidad y Juego. Buenos Aires. Granica
- Zelmanovich, P. (2015). Abordajes socio-educativos en adolescencia y juventud. FLACSO. Junio.

ANEXO

Modelo de Entrevista

| |
|---|
| Profesión: |
| Años que trabaja en el hospital: |
| Servicio en el que se desarrolla: |
| ¿Cuáles son las demandas actuales que recibe el hospital a nivel general? |
| ¿Ante qué instancia los adolescentes suelen ser internados? |
| ¿Existe algún tipo de protocolo? |
| Desde que ha ingresado al hospital hasta el día de hoy, ¿ha notado cambios en las políticas de salud, específicamente infanto-juveniles? |
| Después del tiempo que lleva trabajando en este contexto, según su experiencia, ¿podría explicar cuáles son las principales tareas en su profesión con pacientes adolescentes psicóticos? |
| ¿Cómo suelen llegar estas familias? |
| ¿Cuál es el acompañamiento que se realiza con las familias? |
| Y, generalmente ¿cómo responden a los tratamientos y/o indicaciones? |
| ¿Cómo funciona este servicio? |
| En caso de que existan, ¿cuáles son los talleres/actividades que ofrecen? |
| ¿Hay un Equipo de Profesionales que acompañe? ¿Cómo está conformado? |

Profesión: Psicóloga

Años que trabaja en el hospital: 23

Servicio en el que se desarrolla: Departamento de Docencia e Investigación

- **¿Cuáles son las demandas actuales que recibe el hospital a nivel general?**

Mirá yo actualmente no estoy en clínica, sino en el departamento de Docencia, sin embargo trabajé muchos años en clínica. Por lo que escucho en este último tiempo, además de las patologías psiquiátricas, me parece que en este momento llegan muchas consultas con problemas sociales, con familias disfuncionales, como que se nota más el desamparo de la gente, de la sociedad en general. Entonces, todo este marco sumado a una patología psiquiátrica, hace muy difícil la atención y el poder hacer algo con eso. Obviamente con un buen tratamiento que funcione, uno logra estabilizarlo, pero hay que sostenerlo en el tiempo. Muchas veces, todas estas patologías sociales y con familias disfuncionales, hace todo mucho más complejo, por ejemplo la cuestión de las adicciones. (La falta de trabajo, la falta de plata, hace que la gente padezca mucho más, agravan más la patología)

- **Desde que ha ingresado al hospital hasta el día de hoy, ¿ha notado cambios en las políticas de salud, específicamente infanto-juveniles? ¿Y en la modalidad de trabajo?**

Cuando yo ingresé a este Hospital, era Nacional, y en este tiempo pasó a ser Municipal. Ahí hubo un cambio grande, además se produjo como una disparidad en el agente de salud, porque los contratos variaban. Los que venían tenían derechos adquiridos que no podían perderlos.

Después se creó la Nueva Ley de Salud Mental, que la gestión hospitalaria como la gubernamental, la resiste, ya que quieren anular el hospital monovalente. Y que en lugar de que continúen los hospitales monovalentes como el Borda, el

Moyano, el Alvear, la Ley propone que se construyan casas de medio camino, donde los que requieran alguna internación sean atendidos ahí. Eso por supuesto, no se hizo.

Entonces sí está como a la vista el cierre de los Hospitales Psiquiátricos, sin la propuesta de la otra parte, con lo cual estamos en un momento difícil. Por otro lado, me parece que hubo momentos en que las políticas de salud estaban más acorde a la atención integral de los pacientes, al trabajo interdisciplinario. Me parece que en estos últimos tiempos de gestión, se está haciendo como un auge muy importante a las neurociencias, al cognitivismo, dándole una preponderancia a lo médico otra vez, teniendo nuevamente los médicos ese poder hegemónico, y que todos los demás debemos ser ayudantes de ellos. Y eso realmente recae sobre la clínica, en tanto que los pacientes sean atendidos con otras miradas, con otros tiempos, que se la haga mucho hincapié a la medicación, y que no se trabaje los problemas de fondo.

Además pensamos que la patología es un dispositivo, o un recurso más para el paciente, no es que los internamos por gusto. Hay un momento que la internación es una indicación, teniendo en cuenta el riesgo para sí o para terceros, y que la verdad que hace falta. Ojo... por otro lado también es cierto, que si armaran lugares “intermedios” más chicos, en donde uno pudiera compensar la crisis y que el paciente retorne a su vida normal, en donde pueda armar algo. Si eso se implementara bien y se respetara el trabajo interdisciplinario, a lo mejor no estaría mal. A su vez, con este auge de la medicalización de la hegemonía médica, lo único que se hace es medicar.

La Ley hace mucho hincapié en lo interdisciplinario, en el lugar del servicio social, en el lugar del trabajo social, en el lugar del médico, y se lo está desconociendo, pero claramente y en la práctica. Con lo cual se está desvirtuando la ley. O sea todo el mundo se pone atrás del cierre del hospital, pero no solo eso se está peleando, sino que se está pidiendo que el único que pueda ser jefe, internar, decidir un alta, sea un médico que no haya cargos de jefatura. En esta Ley se acepta, que los cargos de jefatura puedan ser ocupados por cualquier agente de la

salud. Hay toda una cuestión política e ideológica que tiene que ver con esta gestión de gobierno, que nos está llevando a estos lugares, que lamentablemente ya los conocimos en otros tiempos y nos llevaron al fracaso.

➤ **¿Cómo es el acompañamiento que se realiza a las distintas familias en el servicio? En general, ¿cuáles son las características de las familias que se acercan al servicio?**

En general lo que uno intenta siempre, con cualquier chico y cualquier patología, es reinsertarlo al mundo del adolescente. Entonces una vez compensado el cuadro, suponiendo que venga con un brote, primero se atiende ese brote, primero con una medicación de entrada, con una internación o viéndolo todos los días; se le ofrece recursos para que pueda seguir circulando. A ver, si puede volver a la escuela, acompañándolos en este camino, y con la familia, intentando que puedan alojar algo de esta enfermedad mental que a veces es muy difícil. Después tenés aquellos casos de pacientes que quedan con muchas secuelas y daños a causa de los brotes, se intentan buscar otras instituciones, hospital de día o talleres o instituciones como los CET (Centros de Educación Terapéutica) donde trabajan profesionales especializados en esas patologías, pero la idea es que el adolescente reinsertarse en su mundo, después de haber pasado una situación aguda, esto implica un largo acompañamiento. Y con las familias también alojando y trabajar cómo toma esta cuestión de un hijo con una patología grave. He escuchado mucho decir “Yo veía que no tenía muchos amigos, o que no se integraba”, entonces aparece la resignificación después. Y a lo mejor no era un pibe como todos... Además cuando los chicos son psicóticos, suelen aparecer los primeros brotes en la adolescencia, en donde se da el encuentro con la sexualidad, el encuentro con el otro sexo, las exigencias del mundo adolescente provocan esta ruptura. Entonces se resignifican cuestiones de la infancia o de la pubertad, pero bueno hay que reacomodarse ante eso.

Acá de todas maneras tenemos un equipo de familia, que trabaja particularmente con esto. El trabajo en grupo de los padres, es muy útil, digamos uno comparte las

experiencias, transmite cómo maneja una situación, y se maneja un aprendizaje a nivel de pares, y la verdad que es eso es muy rico.

Por último, me parece que uno hace un trabajo de recuperar algo de los recursos que este pibe tenga, para manejarse en el mundo, que no se quede solo. A lo mejor se estabiliza, más allá de su estructura psicótica, y puede circular con tranquilidad.

➤ **¿Ante qué instancia los adolescentes suelen ser internados? ¿Existe algún tipo de protocolo?**

Mira yo hace muchos años no estoy en internación, pero yo te cuento mi experiencia. Los chicos pueden ingresar por guardia o pueden ingresar por admisión, cuando uno evalúa también puede surgir que el pibe requiera internación del mismo. Una vez que es internado y recibido por enfermería, son evaluados por los jefes. Una vez que tiene un plan de medicación y tratamiento, se deriva a un psicólogo o a un psiquiatra que continúan con el tratamiento. Está enfermería que contiene algunas situaciones de desborde, o también la guardia. Hay un acompañamiento terapéutico, terapia ocupacional, terapia laboral, taller de radio, se intenta brindar otros tipos de atenciones, los fines de semana hay recreación (además de la visitas).

Profesión: Psiquiatra

Años que trabaja en el hospital: 34

Servicio en el que se desarrolla: Jefa de Departamento de Ciencia e Investigación, encargada de supervisar la formación de los concurrentes y residentes, de los profesionales que están en el hospital que tienen que actualizar su formación a través de cursos y estoy a cargo del (Curso de Especialista de Médico Psiquiatría Infanto Juvenil dependiente de la Universidad de Buenos Aires).

➤ **¿Cuáles son las demandas actuales que recibe el hospital a nivel general?**

En general las demandas que recibe el hospital tiene que ver con los distintos servicios, por ejemplo en consultorios externos son chicos que vienen por trastornos de aprendizaje, por trastornos de comportamiento, con impulsividad y agresividad, trastornos de control de los impulsos, chiquitos que vienen con cuadros afectivos, como la depresión o trastornos de ansiedad. Básicamente eso recibe consultorios externos. En hospital de día, las demandas están vinculadas a problemas crónicos, que el punto fundamental para hospital de día es la socialización, entonces tenés chicos con distintos trastornos del espectro autista, trastornos del comportamiento sumamente severos, que necesitan una asistencia cotidiana. Y luego están los chicos que están en Internación, que es todo tipo de patología aguda que pone en riesgo así mismo o a terceros, entonces las patologías comunes ahí es la esquizofrenia, la psicosis, trastornos por consumo de sustancias que tenga por supuesto una enfermedad psiquiátrica de base, que tiene por ahí con una excitación psicomotora o un cuadro de delirio o alucinaciones tipo brote psicótico, intentos de suicidio y trastornos afectivos descompensados; y en los más chiquititos trastornos de comportamiento más severos.

En el servicio de guardia lo que se consulta son problemas relacionados con urgencias, entonces son descompensaciones, o brotes, intentos de suicidios

que después del horario de atención del hospital, se deriva a los distintos servicios del hospital.

Asique bueno eso es lo que se trabaja más o menos en el hospital. Nosotros nos regimos por el DCM IV y el IC-10. Las patologías se definen en 4 ejes, el 2 tiene que ver retraso mental y trastornos de la personalidad, es mayores a los 18 años, porque lo que aparece antes son indicios, lo que más se ve es el trastorno límite de la personalidad, aproximadamente un 25%, que son chicos que tienen cambios de humor, muy ciclotímicos pero que saben perfectamente planificar, y que tienen alguna intencionalidad difícil, tienen trastornos de control en los impulsos, una tendencia a la actuación. Después otros trastornos de personalidad con aislamiento, y trastornos disociables, sobre todo en adolescentes.

Retraso mental también se observa, pero en general en comorbilidad con algún tipo de trastorno psiquiátrico, que correspondería a lo que vendría a ser el Eje 1. El Eje 1 es, trastornos de desarrollos específicos, como el aprendizaje, el lenguaje y trastornos motores. Se encuentran los trastornos del espectro autista, de desarrollo generalizado que es un trastorno de socialización, comunicación y actividad repetida estereotipada. Trastorno de comportamiento y de la atención, que incluye trastornos del control de impulsos, trastornos de hiperactividad. Y después dentro de ese grupo incluimos a los disociales, que son los chicos que tienen problemas a nivel social, que roban, quemar, se fugan de la casa; y los trastornos opositoristas que viven oponiéndose comportamentalmente a todo. En el rasgo de los trastornos de los comportamientos y de los afectos, tenés los problemas del control de esfínteres, los tics, y los trastornos alimentarios del niño. Y después están los trastornos afectivos, la depresión; los trastornos de la ansiedad, que son el mutismo selectivo, la dificultad para separarse de los papás o de la casa, la fobia escolar; los trastornos adaptativos, el abuso infantil, entre otras.

Todas estas patologías son las que se ven en el hospital, con la variabilidad de la frecuencia.

➤ **¿Ante qué instancia los adolescentes suelen ser internados? ¿Existe algún tipo de protocolo?**

El criterio desde un principio es si corre peligro por sí mismo y/o para terceros. Por ejemplo, si vos tenés un chico con trastorno de la personalidad y mente, y tiene una tendencia a la actuación, y pensás que tiene una ideación suicida y que puede cometer el acto de lastimarse a sí mismo o al otro, ya eso es indicio de una internación. En prioridad tenés todo tipo de trastorno esquizofrénicos, psicosis, tenés consumo de sustancias, algunos llegan intoxicados y los mandamos a primero desintoxicarse en el Hospital Penna, o en el Fernández; trastornos emocionales descompensados que tengan riesgo para sí o para terceros, trastornos de control de los impulsos.

➤ **Desde que ha ingresado al hospital hasta el día de hoy, ¿ha notado cambios en las políticas de salud, específicamente infanto-juveniles? ¿Y en la modalidad de trabajo?**

Inicialmente el hospital estaba bajo la Nación, y en el '96 pasó al Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Hoy por hoy están amenazando en cerrar los hospitales que tienen una especialidad única, como éste, en el cual nosotros nos jactamos de mucho orgullo porque era el único Hospital de Latinoamérica que se ocupaba de este tipo de trastornos y las políticas en este momento, tienen toda una idea de ir disminuyendo la cantidad de internaciones, acá los chicos solo están acá por dos meses nomás, hay pacientes que se quedan más porque su gravedad es mayor, hay menos abastecimientos.

Se está tratando de denimir todas esas ideas que vienen de Italia, con todo el tema de la desmanicomialización pero vos vas a Europa y está lleno de esquizofrénicos, de psicóticos, de alcohólicos, de adictos en las calles. Acá con las políticas de salud que había se trataba de tener un lugar para estos pacientes. Lo que pasa que la idea de crear Hogares intermedios para estos pacientes no se han hecho, y los que se hicieron fueron un fracaso. Este es un hospital que trabaja con mucha gente pobre y muchos inmigrantes, asique las

políticas son jorobadas, se inventaron un montón de organismos intermedios para mejorar, y terminaron entorpeciendo, la guardia de abogados, el control de auditoría, hoy es hoy es un problema.

Antes nosotros podíamos elegir el tipo de laboratorio para la medicación que necesitábamos, ahora nos mandan desde municipalidad, que son copias de medicaciones que muchas veces hay más efectos adversos y menos eficaces...

- **Después del tiempo que lleva trabajando en este contexto, según su experiencia, ¿podría explicar cuáles son las principales tareas en su profesión con pacientes adolescentes psicóticos?**

La psicosis es una enfermedad que nosotros los médicos sabemos que es de un componente genético importante donde hay todo un componente importante biopsicosocial, entonces se hayan componentes psiquiátricos, genéticos, hay componentes funcionales, componentes psicológicos, y componentes sociales. Es muy importante la edad de brote de este paciente en el entorno que está inserto. Hay una carga genética importante, generalmente estos chicos han tenido familiares con algún cuadro de psicosis o algún tipo de trastorno en el área frontal y temporal de la gestación, o durante el período donde el cerebro es vulnerable, puede ser alguna intoxicación, una infección, un trauma. ¿Cómo trabajamos? Se hace asistencia psiquiátrica- psicológica en función de la patología del paciente, y se da, generalmente, medicación. La medicación es para regular los mecanismos de ciertos neurotransmisores que son los del derivado de la dopamina y que estabilizan el comportamiento, y disminuyen las alucinaciones, los delirios y la excitación psicomotora. Hay muchos tipos de psicosis, en general todos funcionan con la combinación de un estabilizador del ánimo, con un antipsicótico, y eso permite que el paciente pueda reinsertarse, o que pueda trabajar terapéuticamente; o si no, la mayoría son muy agresivos o tienen comprometida la cognición y no comprenden, entonces no pueden acceder a una terapia. Entonces, se utilizan todos los recursos, es pos de la función y la evolución del paciente. En

general, en consultorios externos se hacen contratos de nueve meses, en Hospital de Día 3 años, y en internación son 2 meses que se pueden renovar. Se insertan en el servicio de rehabilitación, con los programas que ya te había mencionado antes, como para tener toda una batería y elementos del hospital para que el paciente salga.

- **¿Cuál es el acompañamiento que se realiza con las familias? A grandes rasgos, ¿cómo suelen llegar estas familias? Y, generalmente ¿cómo responden a los tratamientos y/o indicaciones?**

Se trabaja con ambas partes, es un labor terapéutico en el que hay terapia individual o para el grupo familiar, después se inserta en un proceso de rehabilitación como educación física, musicoterapia, terapia ocupacional, orientación laboral, y si se necesita se recurre a los servicios complementarios de nuestro hospital como fonoaudiología, neurología, pediatría, psicopedagogía.

- **¿Cómo funciona este servicio? (*Dependiendo si es hospital de día o servicio social*) En caso de que existan, ¿cuáles son los talleres/actividades que ofrecen? ¿Hay un Equipo de Profesionales que acompañe? ¿Cómo está conformado?**

Después nosotros tenemos otros servicios, por ejemplo: Neurología, que trabaja en interconsulta con aquellos pacientes que puedan llegar a pensar que tenga algún problema neurológico, o epilepsia, o parálisis cerebral, etc.

Fonoaudiología, atiende a pacientes con problemas del lenguaje. Psicopedagogía, con aquellos que tengan problemas de aprendizaje. Y después está el servicio de Prevención y Rehabilitación. Los de Prevención son agentes de salud para detectar precozmente como enfermedades psiquiátricas. Y en Prevención y Rehabilitación todo lo que tenga que ver con la reinserción social del paciente, aquellos pacientes que estuvieron en internación o en hospital de día, y se trabaja para su futura reinserción social, algún oficio, o estudio, entre otras cosas.

En el hospital hay programas muy interesantes, Juguemos cuidando que trabajaba con animales en el zoológico; después está “Pecohue” que se trata de una huerta

que los chicos tienen que ir obteniendo su propia producción y; después está un programa que trabaja con chicos que tienen problemas en el lenguaje y los rehabilita desde la computación para que puedan empezar a comunicarse y empezar a transmitir lo que piensan lo que sienten.

Profesión: Trabajadora Social

Años que trabaja en el hospital: 23

Servicio en el que se desarrolla: Jefa de Servicio Social

➤ **¿Cuáles son las demandas actuales que recibe el hospital a nivel general?**

Las demandas que llegan directas a servicio social, puede ser una demanda espontánea de alguien que pasó por aquí, que se acerca y nos pregunta algo. Y después lo que recibimos son todas las derivaciones de los servicios del hospital, de consultorio externo, de prevención, de toda el área de emprendimientos, de HDD de turno mañana y turno tarde, y de internación. Y la cantidad de trabajadoras sociales que somos en el servicio, estamos incluidas en los distintos servicios del hospital trabajando con las múltiples demandas.

En términos generales atendemos la demanda que hace a la problemática de salud mental de niños, púberes y adolescentes, pero también atendemos de la problemática que trae la familia, múltiples aristas. Porque no solo trabajamos la problemática en la salud mental infanto- juvenil, sino que en la familia que estamos trabajando aparece una temática de vivienda la abordamos también, si aparece una temática de adicciones la abordamos también, desde las posibilidades del nivel social. A veces es sólo una orientación o una derivación, a veces hacemos seguimientos de las situaciones.

El eje fundamental es la salud mental, la salud mental como parte de la salud integral no está escindida de un conjunto de situaciones que le viene sucediendo a la familia. La demanda es por la salud mental infantojuvenil, pero agregado a todas estas situaciones, lo que te imagines. Situaciones de violencia, de abuso, de adicciones, de vivienda, problemas económicos, un sin fin de situaciones que lo trabajamos a nivel individual y grupal.

¿Y cuándo aparecen estas situaciones, se trabaja con el hospital y con otros órganos públicos?

Sí, nosotros trabajamos acá, desde la disciplina propia que es trabajo social, en conjunto con otras profesiones, en muchos sectores del hospital se realiza un trabajo interdisciplinario. Y trabajamos muy codo a codo con otras profesiones, ya sea del área de rehabilitación, médicas, con enfermeros, terapeutas. Eso es el trabajo dentro de la institución. Pero fundamentalmente, Servicio Social, apuesta a un trabajo en red, no quiere decir que las redes funciones, pero trabajamos en red, con escuelas, con colonias de vacaciones, con distintos espacios recreativos donde los chicos de a poco se van incluyendo; con juzgados, con fiscalías, con asesorías tutelares, con obras sociales, cada caso nos lleva abordar en red e intervenir con un sin fin de organismos.

Nosotros de servicio social no consideramos el trabajo si no es en una trama con otros, es decir con otros que no son compañeros de aquí del hospital.

Por ejemplo, el otro día acompañé a la mamá de un paciente al hospital borda porque con el equipo tratante. Si bien nosotros acá trabajamos con su hijo, ella está pasando un mal momento anímico y nos pidió ayuda, entonces trabajamos para que ella pueda ubicar, en este caso, un tratamiento psicológico e individual para ella, pensamos en conjunto con el equipo y con la mamá en dónde podría comenzar y qué sería lo mejor, teniendo en cuenta la distancia y los tiempos. Si bien viven en otra zona, no por acá, una línea es encontrar algo cerca de su casa, también muchas veces los familiares nos piden que esté cerca del hospital mientras sus hijos son atendidos acá. Entonces yo la acompañé al borda, porque en esa oportunidad ella no se animaba a ir sola y se consultó todo acerca de una posible admisión. Después la mamá pensó e iba averiguar también en un centro de salud cercano a su zona.

El trabajo siempre es con otros, por los chicos y por sus familias. Sino siempre somos nosotros los que llamamos, los que volvemos a insistir. Pero también nos sorprende que de otras instituciones nos llaman, y a nosotros nos pone muy

contentos porque podemos pensar lo que le pasa a ese niño, adolescente o joven, que es ese mismo chico en distintas instancias. A lo mejor te llaman de una escuela, y lo que ocurre en la escuela es una cosa, y lo que ocurre acá es otra. Lo que nos lleva a unir todos los relatos para saber qué es lo que está pasando... Trabajamos con obras sociales, con centros educativos terapéuticos, en red en muchas instancias de acuerdo a la temática que haya que abordar y de la problemática que plantee la familia.

➤ **¿Cómo es el acompañamiento que se realiza a las distintas familias en el servicio? En general, ¿cuáles son las características de las familias que se acercan al servicio?**

El acompañamiento tiene que ver con el modo de intervención que implementamos. Trabajamos a nivel individual con cada grupo familiar, pero siempre en consonancia con un equipo, y trabajamos también a nivel grupal, en los que se encuentran distintos espacios grupales y talleres. La intervención puede ser sólo un asesoramiento, que lleva una o dos entrevistas; los espacios de admisión, en donde conoces a la familia y a ver si ingresa otro dispositivo, que llevan 3 o 4 entrevistas, y si haces un seguimiento, por ejemplo, en los casos de hospital de día, hay tres años de tratamiento que te permite hacer un seguimiento. Yo hago seguimientos semanales, o quincenales. Y con los casos de internación trato de ver a las familias una vez a la semana o dos en algunos casos. El acompañamiento y la intervención se van delineando según la problemática y según el objetivo del trabajo que vas a plantear.

Y las características de las familias, yo te puedo situar más características de las familias de hospital de día. En general en los últimos años se vio una diferencia que dejó de consultar solo la mamá para poder aparecer los papás. Hubo como distintos momentos, cuando hubo más crisis económicas y menos trabajos para algunos papás, venían más los papás y las mamás salían a trabajar. Pero en general se involucra más la mamá o una abuela en el tratamiento de los hijos, pero últimamente ha crecido la frecuencia en el acompañamiento de algunos papás.

En general se tratan de familias que conviven todos juntos y otras son familias nucleares que se han desmembrado, y aparecen otros tipos de familias. La conformación familiar varió mucho. No encontramos solamente mamá, papá y hermanito, sino que encontramos mamás solas con sus hijos, papás solos con sus hijos; familiares que apoyan de la familia ampliada o abuelas o tías o padrinos o vecinos que toman una preponderancia en acompañar la situación de los chicos. Y todos los equipos y todas las profesiones nos tenemos que ayornar a las nuevas formas familiares.

Ahora estamos trabajando con una familia que el papá está con cambio de género y hasta hace poco era con nombre femenino y ahora en su documento va aparecer su nombre masculino, entonces vamos a trabajar como impacta todo eso en su hijo y acompañarlo a este papá en su camino de nueva identidad de género. Te digo esta situación, pero he trabajado con mil y unas situaciones familiares, lo que te imagines. He trabajado con un papá que tenía una prisión domiciliaria, hasta que el juzgado nos permitió que venga a visitar a su hijo, y una mamá que casi nunca estuvo presente.

Grupos familiares que tienen orígenes diferentes, son de países diferentes, tienen una cultura diferente, han migrado. Todo el tema de migración y de interculturalidad se trabaja mucho. En hospital de día trabajamos con muchas familias de acá, y muchas familias de Bolivia, Perú, Uruguay, con familias Coreanas, donde la realidad de esas familias, del pensamiento, la problemática de su hijo es diferente. A veces hay temas con el idioma, hay familias paraguayas que los hijos hablan en guaraní, digamos que yo tuve que adentrarme en el idioma, sabía algo pero tuve que estudiar y leer para poder conectarme con la familia de los chicos.

Nos pasa de trabajar con familias que tienen otras costumbres, por ejemplo la familia paraguaya que te digo, ellos creían en el tratamiento que se les ofrecía acá en el Hospital, pero también seguían creyendo en las bondades de la naturaleza o de la mano de algún curandero, entonces ellos llevaban un cabello de la nena cada vez que viajaban a su país de origen y algo de esto aliviaba su malestar. Y

nosotros como equipo teníamos que convivir con eso, y unir lo que traía de su sabiduría la familia y de sus creencias, a cuestiones vinculadas con la medicación. A veces traían una agua bendecida y eso a su hija le hacía bien, y nosotros de servicio social contemplamos todas las creencias o concepciones que las familias tienen, religiosas, culturales, políticas, de todo tipo. La familia durante los tres años de hospital de día, se va mostrando en su historia de múltiples maneras.

He trabajado con padres adoptivos que nunca le había contado la verdad a sus hijos y terminan por contarles en medio del tratamiento, entonces cuestiones de identidad también trabajas. Armar la historia.

Hay muchos chicos que tienen papá biológico, pero como las madres se suelen pelear con ellos, la madre no le cuenta nada de la historia y a veces el chico quiere saber. Entonces los terapeutas trabajan armando la historia, y yo acompaño con la familia para armar esa historia. Familias que se están mudando, el otro día vino una madre que se está mudando a un lugar nuevo, entonces vamos a acompañar en cómo le va a dar lugar a su hijo para el armado de la habitación nueva en el lugar nuevo.

Porque muchas de las familias con las que trabajamos, supone que su hijo no entiende, no comprende, entonces no se anticipan, no le cuentan, no hablan, no lo hacen partícipe. Nosotros desde el equipo tratante trabajamos aristas para que la autonomía, la independencia, la anticipación de los chicos vaya creciendo en la medida posible, de no dejarlos de ir a ningún lado a dejarlos a ir al kiosco de mitad de cuadra a pedir algo. O por ejemplo, de no participar nunca en la organización del cumpleaños, a poder decir un personaje o algo que quiere. O bien cuando comienzan a hablar, los chicos de hospital de día tienen afectado su lenguaje y a la mayoría le cuesta mucho acceder al lenguaje, y cuando acceden a una palabra, acá es una fiesta. Trabajamos mucho terapéuticamente con las familias y con los problemas de todo tipo.

Muchas familias migrantes, muchas mamás y abuelas presentes, también creciendo el compromiso de los papás con sus hijos y sus tratamientos, familias

que tienen dificultades laborales, económicas, trabajamos con familias de muy bajos recursos, familias que han armado sus propias estrategias de supervivencia, familias que piden mucha ayuda a nivel social. Trabajamos con todos los niveles sociales, esto ha cambiado mucho en el hospital, antes eran todas familias “pobres” o de bajos recursos, hoy por hoy consultan muchas familias. Ha crecido mucho todas las situaciones de violencia, violencia de pareja con su otra pareja, respecto de los pibes también, la adicción creció mucho.

Las familias llegan en distintos momentos, algunos llegan en plena crisis que no tienen la menor idea o no quieren saber lo que les pasa a sus hijos, otros sí. Y como tenemos ese tiempo de tratamiento para trabajar, lo cual depende de la disposición del equipo ante las puertas que se abren, así como también la apertura de las familias hacia nosotros. Así como se llama en psicología la transferencia, el vínculo que se va armando permite que se vaya avanzando sobre la problemática.

A mí igualmente, me ha pasado que muchas familias eligen el área de servicio social, a nosotros los trabajadores sociales para contarnos algunas cosas. Me ha pasado de admisiones que recién conozco a una mamá y me cuenta una historia trágica que yo no me imaginaba. En una admisión surgen algunas cosas, que no podés abrir tanto porque no sabes si va a quedar en el dispositivo o no. Por eso, lo pienso como una oportunidad terapéutica y que a lo mejor si eligió contarme algo, es eso lo que vamos a trabajar.

Imaginate que trabajamos muchas vertientes de las historias familiares y llegamos en un momento de la vida para acompañarlos en un tránsito, sabemos que hay una historia previa al llegar acá, y que después esto continúa en otro lado. En este hospital antes se trabajaba en eterno hasta que cumplía 18, hasta que un momento se nos pensó que era bueno poner un corte, aunque las familias se enojaban, porque se acostumbran a trabajar con nosotros, se encariñan se arman lazos. Hay que empezar la historia en otro lugar, también eso es bueno y sano.

A las mamás también les cuesta desligarse un rato de los hijos, o ceder en algún momento la responsabilidad a otro, y cuesta, lo trabajamos mucho. Nosotros con las familias de hospital de día, trabajamos mucho la autonomía del pibe y que los padres como personas, como hombres, como mujeres, se reencuentren con ellos mismos, porque en ese tiempo de redescubrimiento de la enfermedad de su hijo, sus proyectos quedaron dormidos. Yo siempre creo que cada uno tiene sus proyectos, más dormido que otro, pero lo tiene. Entonces nosotros en hospital de día en las puestas grupales e individuales de la familia, trabajamos en esa línea de que se reencuentren con algún proyecto y que puedan armar algo que les guste, o retomar algún estudio, o volver encontrarse con amigos, o salir a caminar, hacer gimnasia. Reencontrarse con esa cuestión de la salud, que está tapada por la enfermedad del hijo.

Además no todas las familias tienen el respaldo de la familia ampliada, sienten que tienen por encima dichos o miradas, y otros que no, que lo toman como algo en el que pueden colaborar.

- **Desde que ha ingresado al hospital hasta el día de hoy, ¿ha notado cambios en las políticas de salud, específicamente infanto-juveniles? ¿Y en la modalidad de trabajo?**

Yo creo que hubo avances en relación a las leyes, el tema de no implementarlas a veces cuesta... Yo acuerdo con la ley de salud mental, pero hay cuestiones respecto de los niños que no las han contemplado. Sí, hay mucha resistencia institucional al tema de las leyes, yo creo que las leyes en general ayudan, cuando se implementan, hay cosas que mejorar. Y las políticas según cada gestión fueron diferentes, pero para mí desde mi concepción ideológica hay un franco retroceso en las políticas públicas de salud mental. Yo con muchas cosas de la política de hoy no concuerdo, no creo que este hospital haya que cerrarlo, sí creo que hay que modificarlo. También creo que muchos de los que están acá dentro, profesionales y gente de afuera, creen que este hospital es solo de internación. Este hospital no es solo de internación, sí es un servicio importante y complejo, atravesado por múltiples cuestiones y con cosas para revisar.

- **¿Cómo funciona este servicio? En caso de que existan, ¿cuáles son los talleres/actividades que ofrecen? ¿Hay un Equipo de Profesionales que acompañe? ¿Cómo está conformado?**

Somos 12 trabajadoras sociales, con dos jefaturas, tenemos compañeras colegas que están haciendo actividad de capacitación con práctica clínica supervisada; somos sede de concurrentes que rotan residentes, tenemos alumnos de trabajo social, nos interesa todo el trabajo asistencia entendido como un proceso que trabaja en pos de la autonomía de la familia no como el dar por el dar, ni la gestión de hacer el otro, sino que tratamos que las familias se empoderen. También le damos importancia a la docencia, también escribimos mucho, tenemos un proyecto de hacer un libro, tenemos varios proyectos que están funcionando acá a nivel del trabajo con cada familia, talleres, jornadas, siempre tenemos mucho interés de abrir esto como para que se conozca.

Yo como jefa trato de revalorizar al grupo con el que estoy, no me considero una concepción particular, yo soy una más, una colega que me pongo a laburar a la par con mis compañeras, pensando proyectos del cual puedo ser parte o no, y trato de hacer que sea posible. Y bueno, ahí vamos caminando juntas.

Imágenes de Hospital de día

- 1) En las siguientes imágenes podremos ver el espacio que se utilizaba para el taller de desayuno y almuerzo, así como también para los festejos de cumpleaños de los pacientes.





- 2) Imagen tomada el día 21/04/2017 en un encuentro del “Taller de Padres”, en el cual se trabajaron las preguntas acerca de *¿Cómo llegamos? ¿Cómo estamos hoy? ¿Cómo nos gustaría irnos?*



- 3) El día 19/05/2017 se acercó el “Teatro de Papel” en el cual participaron los niños y adolescentes que asisten al servicio. Proyecto que forma parte del Poder Judicial de la Ciudad de Buenos Aires.



- 4) Aquí se puede observar el patio donde, de vez en cuando, los adolescentes jugaban, o bien salían a fumar acompañados por un adulto. Una vez finalizada la jornada se realizaba, en este mismo espacio, una pequeña puesta en común por parte de los profesionales, sobre las actividades realizadas durante el día y sobre cómo se desarrolló cada paciente en ellas.



- 5) Al momento de realizar la entrevista a la Trabajadora social, desde este panfleto explicó su modalidad de trabajo.



Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires
HOSPITAL INFANTO JUVENIL "DRA. CAROLINA TOBAR GARCIA"



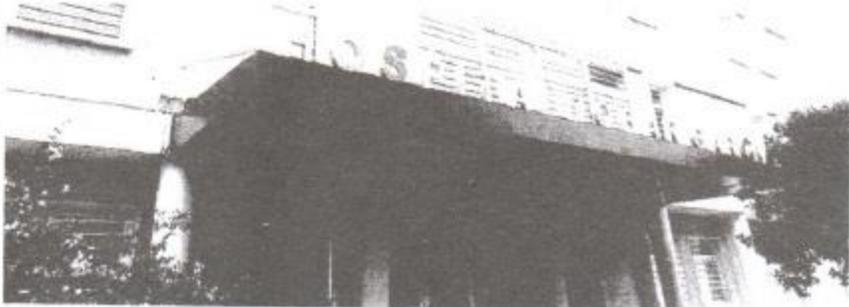
DEPARTAMENTO DE SERVICIO SOCIAL

¿Qué hacemos?
Abordaje individual, familiar y comunitario. Articulación interinstitucional e intersectorial. Coordinación de grupos y talleres. Participación en los procesos de admisión. Atención de demanda directa. Supervisión de prácticas pre profesionales de alumnas/os de Trabajo Social.
Espacio de formación profesional para concurrentes y pasantes.
Docencia y capacitación.

¿Dónde lo hacemos?
Servicio de Prevención. Consultorios Externos. Hospital de Día (turno mañana y tarde). Internación y Emprendimientos Sociales.

¿Para qué lo hacemos?

- Trabajar por el cumplimiento de los derechos de niñas, niños y adolescentes.
- Afianzar y/o construir redes sociales.
- Favorecer la inclusión y circulación social de las niñas, niños y adolescentes junto con sus familias.
- Propiciar mayores niveles de autonomía, participación y un pleno ejercicio de la ciudadanía.



**Ramón Carrillo 315 - CABA - Area: Salud Mental Infanto Juvenil
Departamento de Servicio Social - 3° Piso - Teléfono: 4304-3519**

6) En la siguiente imagen se observa parte del equipo de Hospital de Día, formado por Psicólogas, Psiquiatras, Acompañantes Terapéuticos y Musicoterapeutas.

