

DISCAPACIDAD MENTAL E INFANCIA. RESPUESTA DE LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL DEL SECTOR PÚBLICO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES. ESTUDIO DE CASO

*Alejandra Barcala, María Cristina Brio, Mirta Gotleib, Matilde Oliva,
Nélida Vila, Natalia Baumann, Fernando Bravo, Lila Ciolfi, Lorena Etcheverry,
Teresa Lefebvre.*

" Las palabras de un niño "loco", *las palabras tienen peso, están vivas.....¿* Qué mundo queremos para ellos? ¿Qué luchas somos todavía capaces de sostener para transmitir a nuestra descendencia el deseo, sencillamente, de vivir? Maud Mannoni (1996:138)

En la Ciudad de Buenos Aires y el conurbano bonaerense diferentes niños/as con severas fallas en su constitución subjetiva son excluidos y desalojados de espacios sociales incrementando de este modo su nivel de sufrimiento y aislamiento como así también el de sus familias.

En los últimos años el aumento significativo de la consulta de niños y niñas al Hospital de Día Infantil del Centro de Salud Mental N°1 "La Cigarra" cuyas familias referían haber realizado un largo trayecto por el ámbito sanitario, que denominamos "deriva institucional"¹, nos llevó a indagar los motivos de la misma. Se observaba que los niños llegaban a la admisión habiendo transitado por diversos servicios de salud del sector público y privado desde edades muy tempranas. A partir de un relevamiento realizado se observaba que este largo recorrido era el resultado de diversos problemas en el diagnóstico, intervención y derivación de estos pacientes, que tenían como consecuencia la expulsión de los niños del sistema de salud.

La repetición de consultas y estudios diagnósticos evidenciaba la fragmentación del sistema de salud, tanto como la existencia y proliferación de instancias diagnósticas acompañadas de la ausencia de dispositivos de tratamiento que atendieran dichas problemáticas.

I. Contexto e Historia

El Hospital de Día Infantil "La Cigarra" del Centro de Salud Mental N°1 es uno de los centros de referencia y derivación del sector público especializados en la atención de niños/as psicóticos y autistas, pertenecientes al gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

En el ámbito del gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, junto con el Hospital de Día del Hospital Tobar García, constituyen las dos únicas instituciones terapéuticas ambulatorias que realizan diagnósticos y tratamientos a niños/as que presentan trastornos psicopatológicos, quienes por su complejidad requieren de un abordaje terapéutico integral e interdisciplinario de suma especificidad.

¹ Este concepto fue incorporado por la Lic. Roxana Ynoub, docente de la Cátedra de Metodología de la Investigación de la Facultad de Psicología de la UBA, quién durante los años 1997 y 1998 dirigió la investigación realizada por el equipo.

Desde hace siete años se viene desarrollando un estudio epidemiológico y descriptivo, uno de cuyos ejes lo constituyen las respuestas institucionales del sector público frente al padecimiento de estos niños. (Oliva, Abraham, Barcala y otros, 2000)

El mismo surge a raíz de la inexistencia tanto en el ámbito municipal como nacional de un relevamiento de la prevalencia institucional de los trastornos psicopatológicos graves en la infancia. La inexistencia de información epidemiológica concerniente a estas patologías y la falta de producción científica ligadas a la temática implica dificultades para determinar la prevalencia de dichas patologías e implementar estrategias adecuadas para su detección y tratamiento. Solamente se cuenta con un trabajo de prevalencia institucional de Autismo infantil realizado en el Hospital Tobar García en la década del 80 por el Dr. García Coto.

II.

Según datos recientes, en el mundo el 20 % de los niños sufren trastornos mentales de moderados a severos que comprometen su capacidad funcional completa en la Sociedad. Entre el 2 y el 5% tienen un trastorno mental diagnosticable, que requiere de un tratamiento activo y efectivo para su curación (OMS, 2001) Dentro de ellos, el autismo y las psicosis infantiles clasificados como Trastornos Generalizados del Desarrollo (DSMIV) han cobrado relevancia en los últimos años. Estudios en gran escala realizados en Estados Unidos e Inglaterra han demostrado que el autismo ocurre en 4,5 de cada 10.000 niños.

Se calcula que los niños que muestran conductas parecidas al autismo se sitúan entre el 15 y el 20 por 10.000. Sin embargo los cálculos de prevalencia del Autismo varían considerablemente dependiendo del país, desde 2 cada 10.000 en Alemania hasta 16 cada 10.000 en Japón (Edelson, S, 2001) .

Es probable que las posibles razones de las discrepancias del índice de prevalencia se deban a diferentes criterios diagnósticos o de calidad de registro de este trastorno, aunque algunos autores lo relacionan con factores genéticos y / o influencias ambientales.

En la mayor parte de los países no hay políticas de detección de enfermedades como el Autismo y la Psicosis infantiles aún siendo enfermedades que reportan una carga social y económica tan severa. Así es que las políticas en salud locales y las acciones de las instituciones se orientan mediante la percepción de necesidades de una población pero no de precisiones (OMS; 2001). El conocimiento de la prevalencia institucional de Psicosis y Autismo Infantil (ya que la prevalencia general requeriría de un dispositivo y una decisión política más amplia) resulta imprescindible ya que permite proporcionar un mapa de la magnitud y distribución de las consultas en las instituciones públicas de la Ciudad de Buenos Aires (diagnóstico de situación), posibilita el diseño de las respuestas sanitarias necesarias, permite reorientar adecuadamente los recursos y generar dispositivos adecuados para detección y tratamiento. El hecho de identificar factores socioepidemiológicos y de atención terapéutica aportará por un lado un conocimiento preciso sobre la respuesta institucional necesaria y por otro, proveerá un conocimiento de la demanda en el eje temporal ya que permite conocer los niveles de consulta y mejorar la implementación de respuestas terapéuticas.

A partir de la caracterización de dicha problemática, se espera mejorar la calidad de atención de los servicios de salud que trabajan con niños autistas y psicóticos de modo tal de garantizar los derechos de estos niños. (Torricelli y Barcala, 2002)

I. Metodología

El presente trabajo constituye un estudio de prevalencia institucional realizado en el Hospital de Día Infantil " La Cigarra" del Centro de Salud Mental N°1. Se trata de un estudio enmarcado en una perspectiva de investigación en Sistemas y Servicios de Salud. (OPS/OMS, 1993, IDRC,1998). Su enfoque es interdisciplinario y se propone avanzar en metodologías de evaluación sobre la organización y la utilización de Servicios de salud en la infancia.

Está a cargo de un equipo interdisciplinario que desde 1995 viene trabajando la temática. Las disciplinas incorporadas son: psiquiatría infantil, pediatría, psicología, psicopedagogía y fonoaudiología. Combina técnicas cuantitativas y cualitativas.

Los objetivos fueron:

- Conocer la prevalencia institucional de niños/as Psicóticos y Autistas en el Hospital de Día Infantil de la Ciudad de Buenos Aires.
- Describir y analizar el perfil socio-económico- demográfico de las familias que consultan con niños/as Autistas y psicóticos.
- Describir y analizar la evolución de la Consulta al Hospital de Día Infantil en el período 1995-1999.

Para la producción de los datos se tomaron como unidades de análisis todas las historias clínicas de pacientes que realizaron entrevistas de admisión al servicio entre los años 1995-1999. En total sumaban 220 de las cuales 124 corresponden a niños que consultaron entre los años 1995-1997 y 96 pertenecen a los años 1998 - 1999.

De ellas se relevó: la edad del paciente al momento de la primer consulta en el Hospital de Día "La Cigarra", el motivo de consulta, el tipo de derivación o llegada al Servicio, la historia de consultas o tratamientos, la edad de la primera consulta, la historia de la escolaridad, las indicaciones de tratamientos y diagnósticos.

A partir de un análisis de tipo estadístico para cada una de las variables relevadas, se obtuvo un perfil de la población atendida en el Servicio. El análisis se complementó con una evaluación cualitativa de aquellas dimensiones significativas que se consideraron en las historias clínicas de acuerdo a los comentarios de padres y profesionales que participaron de las admisiones. Principalmente se hizo hincapié en los canales de derivación y la caracterización de las historias de tratamientos recibidos.²

El presente trabajo se centra en el estudio comparativo entre estos períodos (1995-1997³ y 1998,1999), a fin de evaluar si el perfil de las consultas ha sufrido modificaciones y cuáles han sido las consecuencias en la vida de los niños/as.

IV . Acerca de los Niños/as que consultan

El Hospital de día infantil tiene como objeto -a partir de la fecundidad teórica del psicoanálisis- favorecer la constitución subjetiva de los niños/as que presentan fallas en la

² El Hospital de Día no recibe por lo general consultas espontáneas. Salvo raras excepciones, los niños son derivados por profesionales de instituciones educativas, sanitarias o judiciales.

³ Se analizaron estos tres años juntos debido a que era la forma en que se habían organizado en el Servicio las historias clínicas. Los dos años siguientes ya se pudieron analizar por separado las correspondientes a cada período anual.

misma y apostar a la eficacia de los espacios colectivos que respetan la singularidad de cada niño, favoreciendo la integración de los mismos en la comunidad. Dicho dispositivo fue creado en 1989 como un modo de dar una respuesta institucional del sector público frente al padecimiento de estos niños y de sus familias.

Desde el inicio del trabajo, fue indispensable recibir a estos niños, crearles un lugar como sujeto y asumir una posición ética que estimulará la reflexión no sólo de las consideraciones clínicas sobre el padecimiento de los niños/as, sino también de los problemas y las dinámicas de integración – exclusión social. Consideramos que sin estrategias de integración diseñadas y sostenidas desde la infancia se produce no sólo la cronificación del sufrimiento sino también de la exclusión social. Un niño que no ha tenido espacios de juego, de socialización y de pertenencia, será un joven sin capacidad de crear y trabajar integrado a su comunidad. Pensar el problema de la integración en la infancia previene el traslado irremediable de esta problemática a la juventud y la adultez. (Marotta, 2002). Es desde la perspectiva de la dinámica inclusión-exclusión de los niños que realizamos un análisis de los datos recogidos en las admisiones del Hospital de Día infantil.

Discusión de los datos

- Con relación al Sexo

En los niños que consultaron en los años 1995-1997 se evidenció una relación masculino- femenino de 4/1. En el año 1998 la relación masculino/femenino fue de 3.8/1 y en el año 1999 disminuyó a 2.3/1 (Gráfico I)

A pesar de que la tendencia en la consulta sigue siendo claramente masculina se observa una tendencia creciente de mujeres que consultan al servicio.

- Con relación a la edad de la consulta

La edad más frecuente de consulta en los años 1995/97 fue 6 años, momento de inicio de la escolaridad primaria, cuyo fracaso era el desencadenante de la consulta.

En la Ciudad de Buenos Aires cuando un niño o niña presenta dificultades severas ya sea de conducta o de aprendizaje las instituciones escolares tanto comunes como especiales generalmente, condicionan la continuidad del niño/a en la institución a la realización de un tratamiento psicoterapéutico. Por ello muchas de las consultas al servicio están motivadas principalmente por el apremio de las familias para incluir o conservar a su hijo/a en la escuela. Por otra parte, se trata de un pedido de ayuda de las escuelas frente a situaciones de impotencia y desconocimiento que frecuentemente ponen en marcha mecanismos de exclusión de los niños/as del sistema educativo.

En los años 1998 y 1999 se observa una tendencia a consultar a edades más tempranas. En el año 1998 el porcentaje de niños que consultaba antes de los 6 años (cuya incidencia era muy baja en los inicios del dispositivo) había ascendido al 20 % del total y se había incrementado en el año 1999 a un 31%, constituyendo un buen indicio debido a que la detección temprana y los tratamientos oportunos favorecen las posibilidades de constitución subjetiva de los niños.

A pesar del aumento de consultas a edades tempranas, se observaba una dispersión y disociación de consultas por distintos servicios y profesionales que postergaba la demanda de estos niños/as a servicios específicos, la que terminaba por realizarse luego

de un largo recorrido de deriva institucional e implicaba una inadecuada utilización de los recursos, un alto costo y un importante desgaste del grupo familiar.

Esta larga trayectoria que realizaban las familias se debía más que a una ausencia de detección temprana y/ o a un diagnóstico adecuado por parte de los pediatras o los maestros (relevados a partir de las historias clínicas como los primeros en detectar los trastornos generalizados del desarrollo) a los obstáculos y desconocimiento en el momento de realizar la derivación de los niños/as a servicios que ofrecieran tratamientos.

Por otra parte en el sector público proliferaban las instancias diagnósticas, pero eran escasos los servicios de Psicopatología y Salud Mental de la Ciudad que brindaran tratamientos a niños/as psicóticos o autistas.

- Con relación al sector de derivación

Al indagar acerca de cuáles eran los sectores que derivaban a estos niños/as al Hospital de Día, se observó que entre 1995-1997 y 1998-1999 hubo un incremento de las derivaciones provenientes del sector Salud por encima del sector educativo, sector de dónde históricamente provenía el mayor número de derivaciones (Gráfico II). En los años 1995/1997 las derivaciones del sector salud no superaban el 42%, incrementándose en los años siguientes a más del 50 %.

Si bien el sector educativo sigue teniendo una gran incidencia en el número de derivaciones, es posible que en los últimos años el aumento de las derivaciones provenientes del sector salud esté determinado por las siguientes razones: a difusión del servicio en los últimos años, situación producida por la inclusión y el trabajo en red con otros servicios de salud de la Ciudad y la sobrecarga de atención a la que se ven sometidos cada vez más los servicios de salud, que antes quizás tomaban en tratamiento a algunos pacientes con patologías severas y hoy presentan una menor disponibilidad horaria y de recursos.

- Con relación a las familias

Composición familiar

A lo largo de los años, se ha observado una transformación en la composición de las familias de los niños que consultan⁴. En relación a lo observado en el período 1995-1997, ha habido- a partir del año 1998- , un aumento significativo de familias nucleares (familias compuestas por el padre, la madre e hijos) propias de un nivel socioeconómico medio. En años anteriores el mayor porcentaje de familias consultantes eran las ampliadas (aquellas que conviven junto con sus abuelos u otros familiares), características del nivel socioeconómico bajo, donde es necesario unificar los recursos económicos como estrategia para garantizar la vivienda y la alimentación⁵.

Nivel de instrucción de los padres

A partir del análisis de los datos de la consulta recibida en la admisión del Hospital de Día infantil, durante los años 1995-1997, 1998- 1999, se observa que el nivel de ins-

⁴ Se tomó la caracterización de Composición Familiar según Susana Torrado (1998)

⁵ Este apartado hace necesaria una indagación más profunda vinculada al compromiso de las relaciones entre las generaciones, de parentesco y de filiación y su compromiso en la psicosis y el autismo infantil

trucción de los padres es alto tratándose de la consulta en el sector público y comparándolo con la consulta médica. Son pocos los padres con nivel educativo bajo y un porcentaje elevado ha concluido sus estudios secundarios o poseen estudios universitarios.

En los años 1998 y 1999 esta tendencia se profundiza, ya que disminuye la cantidad de padres y madres con nivel instrucción baja primario (completo o incompleto) y aumenta el porcentaje de padres y madres con estudios Terciarios y Universitarios.

Si se utiliza para evaluar el nivel socioeconómico de las familias que consultan, como indicador el nivel de instrucción del Jefe de familia, el estrato social al que pertenecen es predominantemente medio.

- Con relación a la zona de residencia

En los años 1995/1997 se evidenciaba que la mayor parte de la población consultante al servicio provenía del conurbano bonaerense (56%) mientras que el resto provenía de la Capital Federal. Posteriormente esta relación se modifica progresivamente, invirtiéndose. En el año 1999, habían disminuido notablemente las consultas del conurbano y la mayor parte de las mismas (57%) pertenecían a residentes de la Capital Federal. (Gráfico III)

Además la distribución geográfica de la pobreza evidencia profundas desigualdades según las zonas de la Ciudad. Existe un proceso creciente de dualización: una concentración de la riqueza en el cordón norte y un crecimiento asimétrico de la población **con** necesidades básicas insatisfechas y con una acumulación de la pobreza en el cordón sur (Lopez, 1999).

En 1999 la mayoría de los niños/as que consultaban provenían de hogares de la zona norte de la Capital Federal, donde se encuentra ubicado el Centro de Salud Mental N° 1. Se observaba en relación a los años anteriores una disminución de la consulta de hogares que residían en otras zonas de la Capital. Es probable que algunos de estos niños/as consulten en el Hospital Tobar Garcia, donde el perfil socioeconómico de los consultantes probablemente sea diferente debido a su enclave en la zona sur de la ciudad, lo que favorecería la accesibilidad de los niños/as de hogares más pobres.

Según lo referido tanto por los profesionales que derivan niños al Servicio como por las familias consultantes, se constataba que eran los hogares de menores recursos, golpeados por la crisis, que residían en barrios más pobres y alejados (generalmente pertenecientes al conurbano bonaerense) los que sufrieron el incremento de las barreras de accesibilidad a los servicios de salud, razón por la cual se vieron obligados a posponer la consulta.

Datos preliminares de un reciente seguimiento de pacientes que consultaron al Hospital de Día pero no ingresaron al mismo, brindaron testimonios que evidencian el retiro de la consulta en hogares más pobres por no contar con recursos mínimos como para llegar al Centro de Salud y concurrir periódicamente a los tratamientos, con lo cual quedan aislados y al margen de las instituciones y de toda respuesta terapéutica.

La mamá de uno de los niños comentaba evidenciando una doble vulnerabilidad dada por el sufrimiento psíquico y la situación de pobreza *“En este momento Manuel está sin escolaridad pero mantiene entrevistas con una psicopedagoga de la salita. El problema es que en este momento Manuel no puede ir a la escuela, nosotros notamos que también necesitaría un tratamiento pero nos resulta imposible hacernos cargo de los traslados. Está todo el día en casa”*.

Otro niño, Federico, consultó en nuestro servicio, fue derivado a una institución más cercana a su domicilio en la provincia, (aunque para llegar debía viajar una hora) pudo sostener un año el tratamiento un año, pero debió interrumpirlo por problemas de horarios laborales de la madre (a cargo del hogar) que le imposibilitaban llevarlo y no contaba con recursos económicos para pagar un transporte o un acompañante.

Estas situaciones evidencian la necesidad de la creación de dispositivos terapéuticos adecuados en los diferentes barrios para facilitar la accesibilidad geográfica evitando mayores niveles de vulnerabilidad y exclusión de los niños/as pobres. Así como implementar políticas sociales específicas ya que debido a la falta de respuestas institucionales educativas y terapéuticas la mayoría de las madres deben ocupar todo el día en el cuidado de los niños viéndose impedidas de conservar o conseguir un empleo (no hay suficientes y adecuadas instituciones donde estos niños puedan ir a jugar y aprender) y en el caso de ser jefas de hogar se agudizan las dificultades para sostener los tratamientos de los niños/as.

- Con relación a la cobertura en Salud

Mientras que en los años 1995-97 un 53 % de las familias tenían algún tipo de cobertura en salud (obras sociales sindicales, PAMI o medicina prepaga), en los años 98-99 este grupo asciende al 73 %. (Gráfico IV). De este modo los niños que no poseen cobertura de la Seguridad Social Médica la que es garantizada por el trabajo formal del jefe de Hogar, disminuyen a través de los años la consulta al servicio y se encuentran en una situación de mayor vulnerabilidad ya que ven lesionado su derecho de recibir el tratamiento adecuado.

Por otra parte, llama la atención el alto porcentaje de niños/as con un trastorno psicopatológico grave que teniendo algún tipo de cobertura en salud, no encuentran respuesta terapéuticas en el marco de las mismas, y se vean obligados a concurrir al sector público.

Una línea de indagación de estos datos podría estar dada por el trazado histórico que Galende (1996) realiza respecto de los criterios utilizados para organizar las prestaciones dentro del campo de la salud mental. Este campo es doblemente víctima de políticas que se enfrentan a un crecimiento de la demanda de atención y a una complejidad mayor de los problemas que debe encarar. Simultáneamente, el proceso de privatización en salud modifica todos los criterios de cobertura en el sector privado, haciéndola más restrictiva y discrecional, junto al empobrecimiento del sector público que ha modificado los valores y criterios de atención. Esta cobertura restrictiva termina condenando las patologías leves, en general tratadas con psicoterapias, al sector privado, y las patologías graves (psicosis, alcoholismo, demencias oligofrenias, etc) al sector público.

Como consecuencia del desempleo y la caída de los salarios incrementado en los últimos años, se evidencia el deterioro de las obras sociales que terminan no brindando las prestaciones de salud mental que debieran ofrecer a los niños/as que padecen trastornos emocionales graves. En caso de dar cobertura sólo realizan diagnósticos y en pocas excepciones brindan asistencia consistente en unas sesiones limitadas, razón por la cual tarde o temprano la consulta recae al ámbito público.

En muchos casos, las respuestas de las obras sociales frente a los requerimientos de los tratamientos para niños con patología grave quedan supeditadas a la capacidad de gestión política de los padres. A pesar de no hacerlo, las obras sociales están obligadas a prestar asistencia y a brindar la cobertura total de las prestaciones básicas que necesiten

las personas con discapacidad, contemplándose entre los servicios específicos para los niños y Jóvenes con discapacidad mental el asistir al Centro de día y Centro Educativo terapéutico (ley 24901)⁶

- Con relación al Circuito escolar y la Historia de los tratamientos

Estos niños por su patología presentan severas dificultades para sostener espacios colectivos y son numerosos los fracasos de integración escolar. El porcentaje de niños que concurrieron a más de un establecimiento era muy alto (70 % en 1998 y 66% en 1999), ya que frente a las dificultades que se presentaban las escuelas desencadenaban mecanismos de expulsión más o menos explícitos.

A partir de las políticas de integración en escuelas comunes en 1998 y 1999 aumentó la proporción de niños/as escolarizados (Cuadro I) que concurren a escuelas comunes con respecto a los que asisten a escuelas especiales y de recuperación, que en el período 1995-97 eran la mayoría.

El aspecto ligado a la historia de los tratamientos no sufrió modificaciones entre los períodos considerados y en la actualidad de acuerdo a los datos preliminares de los años 2000 y 2001.

Los padres de los niños/as comienzan a consultar por sus hijos desde edades muy tempranas. Cuando acuden a la entrevista de admisión llevan realizadas entre 4 y 6 consultas a profesionales (exceptuando las pediátricas). Más de un 60 % de los niños/as que consultaron habían realizado por los menos un diagnóstico psicológico y/o habían consultado a un neurólogo. Un 46% realizaron un diagnóstico psicopedagógico y un 26% había intentado un tratamiento fonoaudiológico. El porcentaje de consultas a psiquiatras infantiles era muy bajo (6 %). Casi todas eran instancias diagnósticas o de breves tratamientos que terminaban en derivaciones no llegadas a destino.

El desfase de la consulta entre la percepción de los primeros síntomas y la consulta a servicios específicos estaba fuertemente condicionado a la deriva asistencial por la fragmentación del sistema sanitario en nuestro país. El abordaje desde las distintas disciplinas generaba diversas y repetidas consultas a profesionales, muchas veces inconexas entre sí, así como múltiples diagnósticos, sin una respuesta efectiva al sufrimiento de los niños.

En un trabajo anterior (Oliva y otros, 2000) se observó una fragmentación y desintegración entre todas las acciones de salud planteándose una duplicación y superposición de esfuerzos, y dificultades para el trabajo interdisciplinario e intersectorial y entre los distintos subsectores. Estos datos se basaban en los relatos de los distintos profesionales que atendían a los niños, que referían no comunicarse entre ellos.

Por otra parte, los padres de los niños/as llegaban con múltiples diagnósticos de distintos profesionales y en un estado de confusión con respecto a lo que les sucedía a sus hijos. Se observaba por un lado, desacreditación entre las distintas disciplinas, que evidenciaba lógicas de poderes que terminaban objetalizando a los niños. Y por el otro, en el área de la salud mental, la descalificación con relación a las intervenciones terapéuticas estaban centradas según el disciplinamiento respecto a las teorías que sostenían las prácticas de cada profesional. Esto hace pensar que las consultas aisladas sin un abordaje interdisciplinario fomentan la deriva institucional de los niños, favoreciendo la sensación que no hay lugar donde sean alojados y de exclusión.

⁶ Ley 24.901. Sistema de Prestaciones básicas en Habilitación y rehabilitación integral a favor de las personas con Discapacidad. Sancionada en Noviembre de 1997

V. Conclusiones

Si bien el incremento de las consultas por niños con patología grave en la infancia ha revelado una mejor detección de la misma, también evidencia la ausencia de dispositivos de tratamiento que den una respuesta adecuada a esta problemática. A partir de lo expuesto, es necesario abrir la reflexión y el debate, para pensar luego propuestas tendientes a dar algún tipo de respuestas terapéuticas y de integración social de estos niños/as.

Consideramos que es indispensable instalar en la agenda de las autoridades sanitarias de la Ciudad, la necesidad de crear nuevos dispositivos de atención para niños con sufrimiento psíquico grave. El sufrimiento psíquico de los niños/as y sus familias exige del sector salud respuestas adecuadas que garanticen la equidad, teniendo en cuenta el momento de vulnerabilidad que supone la infancia en general y los niños con fallas en su constitución subjetiva en particular.

La reciente ley N° 114 acerca de la Protección integral de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes de la Ciudad de Buenos Aires incluye dos artículos que se refieren a niños y adolescentes con necesidades especiales: derecho a disfrutar de una vida plena en condiciones que aseguren su integración igualitaria y el derecho a la protección integral de la Salud. Sin embargo, el avance de los derechos de los niños en términos legales⁷, no se han acompañado con acciones tendientes a cumplirlos.

Por el contrario, y en el marco de una crisis socioeconómica sin precedente en nuestro país, los niños más pobres de la Ciudad se encuentran en situaciones que evidencian la creciente vulnerabilidad social de las familias acompañadas por la fragilidad de los soportes sociales que las empuja a una creciente desafiliación (Castel, 1997). Desalojando a los niños/as de la escuela y de las instituciones de salud que son anclajes articuladores de lo subjetivo, se incrementan aún más la fragilidad subjetiva y se recrudecen los mecanismos de exclusión, privando a los niños de soñar con un futuro distinto de la internación psiquiátrica.

Pensamos que precisamente en este momento de crisis es necesario poder problematizar la realidad y construir propuestas más eficientes y equitativas que transformen y mejoren la calidad y la cobertura de los servicios de salud para los niños, que posibiliten la integración y la participación en los ámbitos sociales.

En este momento, intentando una articulación entre la dimensión clínica y el proceso de inclusión y exclusión social, resulta un desafío poder reflexionar sobre el padecimiento de los niños/as del modo que nos lo propone Mannoni (1997: 35): "Nunca hemos pedido a nuestros pacientes que "vivan con su discapacidad". Por el contrario, nuestro intento es ayudarlos a salir de la exclusión en que los coloca la mirada de los otros. Se trata, pues, de ayudarlos a convertirse en los verdaderos *metteurs en scene* de la vida que ellos quieren llevar, antes robots resignados a la exclusión. En psiquiatría pesada, el retorno a lo normal resulta ser imposible. No se hacen milagros con retrasados profundos, si uno se ocupa de ellos cuando son jóvenes, pueden volverse inteligentes y liberar una inteligencia del corazón y una comunicación en lenguaje sin palabras"

⁷ La Ciudad posee Ley Básica de Salud de la Ciudad y la Ley 448 de Salud Mental y a nivel nacional la Convención de los Derechos del Niño.

Bibliografía

Castel, Robert (1997): *La Metamorfosis de la cuestión social*, Ed.Paidós, Buenos Aires.

"Convención Internacional de los derechos del Niño". Art. 75, Ley 23.849.

Galende, E.(1996): *De un horizonte incierto. Psicoanálisis y salud mental en la sociedad actual*. Editorial Paidós, Buenos Aires.

EDELSON, Stephen (2001): "*Visión Global del autismo*" Center for the study of autism, Salem, Oregon.

IDRC (1998): "Programa de apoyo a la investigación sobre Sistemas y Servicios de salud en el cono sur". Iniciativa conjunta de la Escuela Nacional de Saúde Pública de la Fundação Osvaldo Cruz y el Instituto de Saúde de la Secretaría de Saúde de Sao Paulo, con el apoyo del International Research Center.

Ley 114 Ley N° 114. Protección integral de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes de la Ciudad de Buenos Aires.

Ley 24.901. Sistema de Prestaciones básicas en Habilitación y rehabilitación integral a favor de las personas con Discapacidad. Sancionada en Noviembre de 1997

Mannoni, Maud (1996): *¿Qué ha sido de nuestros niños "locos"? Las palabras están vivas*. Editorial Nueva Visión, Buenos Aires.

Marotta, J (2002): Comunicación personal. Clase de la Materia Infancia y Adolescencia, Maestría de Salud Mental comunitaria, Universidad Nacional de Lanús.

Lopez, Artemio, (1999): "*Niñez y pobreza en la Ciudad de Buenos Aires*". Equis.Buenos Aires.

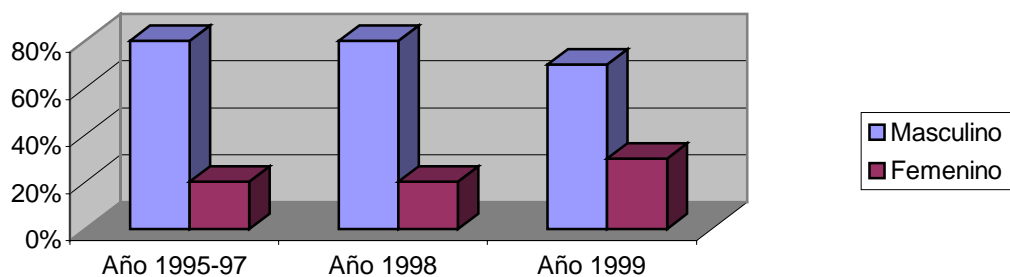
Oliva, M; Abraham, M ; Barcala, A y otros (2000) : "Dispositivos Asistenciales para niños con trastornos Psicopatológicos Graves: Estrategias interdisciplinarias de Trabajo". Revista Fonoaudiológica de la Asociación Argentina de logopedia, foniatria y audiolología. Tomo N° 48, fascículo N°3, Año 2001.

OMS (2001): Informe sobre la salud en el Mundo. Salud Mental: Nuevos conocimientos, Nuevas esperanzas.

Torrado, Susana. (1998). *Familia y Diferenciación Social. Cuestiones de Método*. Buenos Aires: EUDEBA.

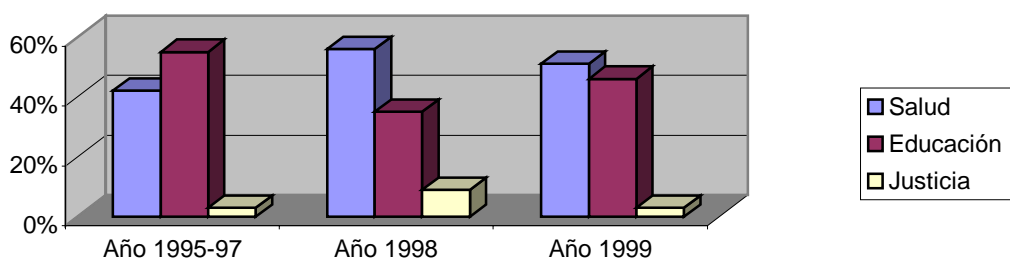
Torricelli y Barcala (2002):" Epidemiología y Salud Mental en la Ciudad de Buenos Aires". En prensa.

**Gráfico I: Evolución de las Consultas Según Sexo
Hospital de Día Infantil . Años 1995-97, 1998,1999**

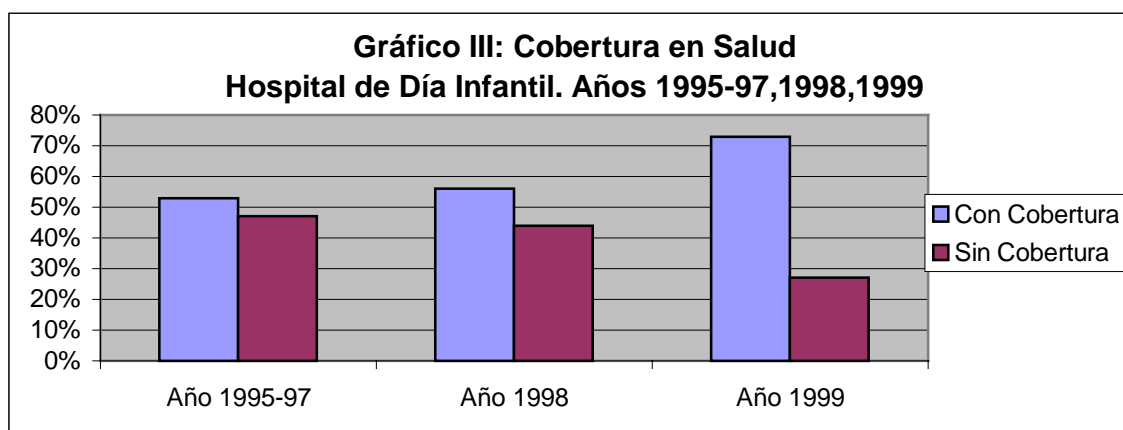


Fuente: Equipo de Investigación. Hospital de Día Infantil “La Cigarra”.
En base a historias clínicas.

**Gráfico II: Sector de Derivación
Hospital de Día Infantil. Años 1995-97, 1998,1999**

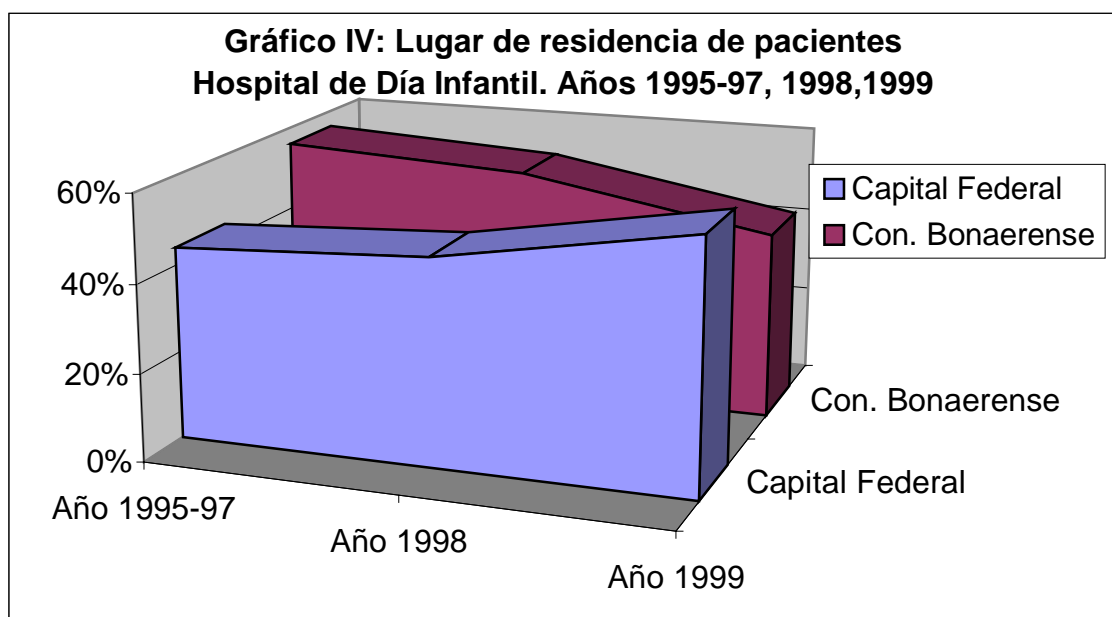


Fuente: Equipo de Investigación. Hospital de Día Infantil “La Cigarra”.
En base a historias clínicas.



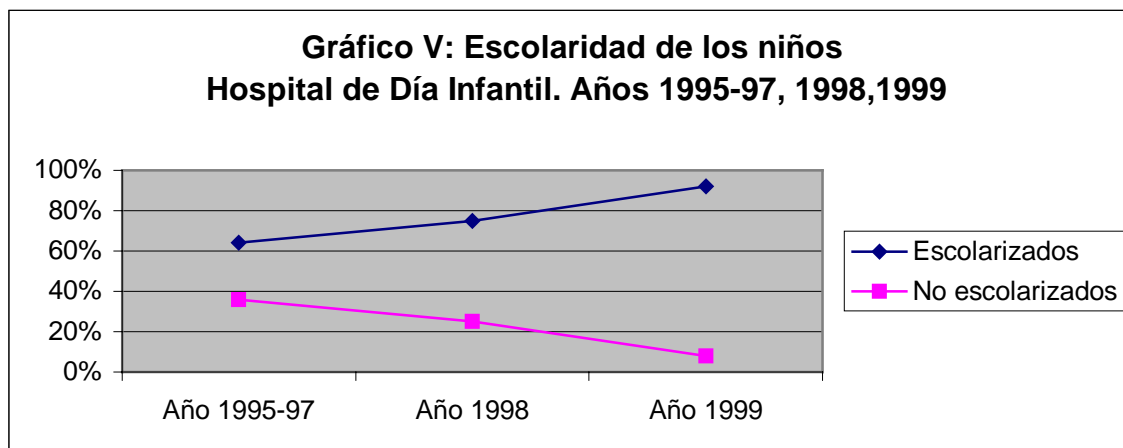
Fuente: Equipo de Investigación. Hospital de Día Infantil “La Cigarra”.

En base a historias clínicas.



Fuente: Equipo de Investigación. Hospital de Día Infantil “La Cigarra”.

En base a historias clínicas.



Fuente: Equipo de Investigación. Hospital de Día Infantil “La Cigarra”.

En base a historias clínicas.