

2007

Análisis de la institucionalización infante juvenil en hijos de madres con padecimiento psíquico : estudio del caso de los adolescentes residentes en el Hogar Juvenil de APAND, de Mar del Plata en el año 2005

Lorentz, Elena Beatriz

<http://kimelu.mdp.edu.ar/xmlui/handle/123456789/566>

Downloaded from DSpace Repository, DSpace Institution's institutional repository

Universidad Nacional de Mar del Plata
Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social
Carrera: Lic. En Servicio Social

"Análisis de la institucionalización infanto juvenil en hijos de
madres con padecimiento psíquico".
Estudio del caso de los adolescentes residentes en el Hogar Juvenil de
APAND, de Mar del Plata en el año 2005

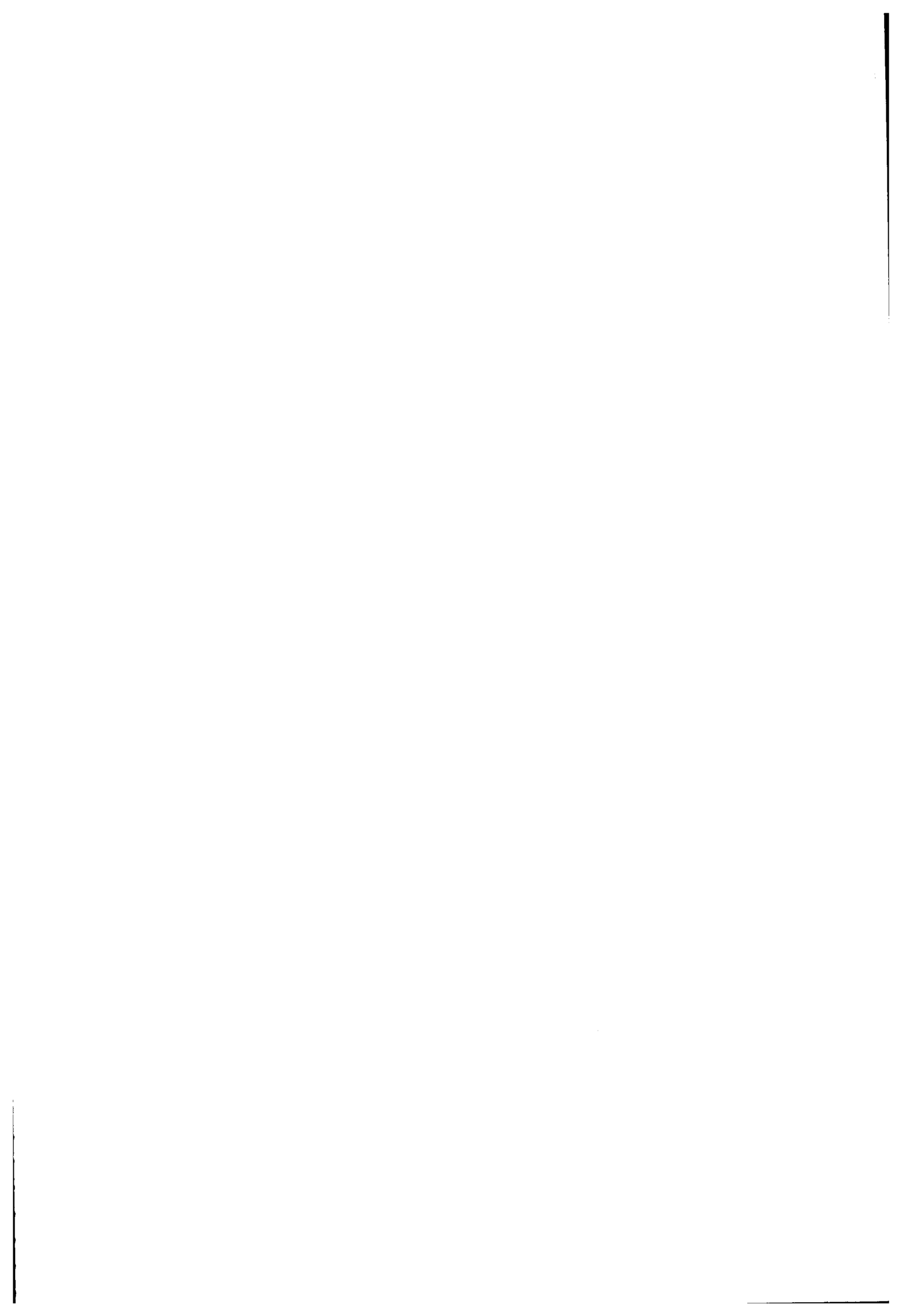
Alumna:
Lorentz, Elena Beatriz

Directora:
Lic. Nada Taucar

Co-Directora:
Lic. Maria Isabel Sanchez

Año 2007

Biblioteca C.E.C.S. y S.S.	
Inventario	Reservatura top
3358	
Vol	Exemplar:
Universidad Nacional de Mar del Plata	



"Caminar a solas es posible,
pero el buen peregrino sabe
que el camino es largo y
requiere compañeros".

Helder Pessoa Camara

Agradecimientos:

A mi madre, a mi padre, a mis hermanos y a mi familia, que me brindaron el afecto y el estímulo necesario a lo largo de toda la carrera.

A mis compañeras Alejandra, Natalia y Florencia que supieron acompañarme en los momentos difíciles, y a mis amigos Nora, Majo, Rafael, Mauro e Isabel, especialmente la contención y el apoyo brindado todos estos años.

A mi directora Nada Taucar y co- directora Isabel Sánchez, quienes me guiaron en este último tramo y que además me brindaron su experiencia y conocimiento, sin su ayuda esta tesis no hubiera sido posible.

Al equipo técnico del Hogar Juvenil de APAND, quienes accedieron a colaborar en la presente investigación brindándome su vasta experiencia profesional.

INDICE

INTRODUCCION.....	1
PARTE I	
<u>Capitulo I:</u> Planteo del problema y fundamentación.....	3
<u>Capitulo II:</u> Problemáticas sociales.....	6
<u>Capitulo III:</u> Salud mental.....	14
<u>Capitulo IV:</u> El niño abandonado.....	20
<u>Capitulo V:</u> Niñez, adolescencia y familia.....	27
<u>Capitulo VI:</u> Breve historia de las políticas publicas de infancia.....	32
PARTE II	
<u>Capitulo I:</u> El Hogar Juvenil de APAND.....	45
<u>Capitulo II:</u> Experiencia metodológica de trabajo.....	49
<u>Capitulo III:</u> El estudio de los casos.....	52
<u>Capitulo IV:</u> La perspectiva de los profesionales.....	68
<u>Capitulo V:</u> Conclusiones y propuestas.....	79
BIBLIOGRAFIA:.....	83
ANEXO:.....	85

Introducción:

Durante el año 2003, la autora realizó la práctica de pre-grado, correspondiente a la Cátedra de Supervisión del último año de la carrera de Licenciatura en Servicio Social, en el Hogar Juvenil de APAND¹. Prolongando dicha práctica institucional durante el año 2004, debido al interés despertado por la problemática allí atendida. Como así también por la oportunidad de enriquecimiento mediante la participación activa en las reuniones del Equipo Técnico².

En dicha experiencia se pudo observar a través de la lectura de las historias de vida de los adolescentes allí internados como el padecimiento psíquico de las madres pobres; aparecía como una causa frecuente de institucionalización de los mismos. La repetencia de estos casos y la influencia que ejerce esta doble vulnerabilidad sobre los menores, sobre sus madres y sobre la relación, tanto en su presente como a futuro. Generó un gran interrogante, ¿cómo incide esta situación tanto en el normal desarrollo del adolescente como a la hora de elaborar un proyecto de vida y posterior egreso de la institución?

Por tal motivo se creyó pertinente investigar dicha situación desde la perspectiva del trabajador social y el aporte que el mismo puede realizar para contribuir en el tratamiento de dicha problemática.

Sobre una población de 30 casos, esta problemática, fue detectada en 16 adolescentes, de los cuales solo fue factible el estudio de 7 casos.

El presente trabajo, se organizó en capítulos respetando el orden metodológico, para facilitar su lectura y comprensión.

Parte I:

Capítulo I: Planteo del problema y fundamentación.

Capítulo II: Problemáticas sociales.

Capítulo III: Salud Mental.

Capítulo IV: El niño abandonado.

Capítulo V: Niñez, adolescencia y familia.

Capítulo VI: Breve historia de las políticas públicas de infancia.

¹ A.P.A.N.D "Asociación pro Ayuda a la Niñez Desamparada". Asociación sin fines de lucro, dirigida por empleados de Casino de la ciudad de Mar del Plata, dependiente de la Lotería Nacional.

² Equipo Técnico: equipo interdisciplinario compuesto por un director un psicólogo, un médico, una psicopedagoga y dos trabajadoras sociales.

Parte II:

Capitulo I: El Hogar juvenil de APAND.

Capitulo II: Experiencia metodológica de trabajo.

Capitulo III: El estudio de los casos.

Capitulo IV: La perspectiva de los profesionales intervinientes.

Capitulo V: Conclusiones y propuestas.

PARTE I

CAPITULO I

Planteo del problema y fundamentación:

"La caída del Estado de Bienestar y la emergencia del Neoliberalismo transformaron significativamente nuestras sociedades; provocando cambios que van desde los indicadores económicos y macrosociales hasta la vida cotidiana".¹ En la cual impactan las consecuencias de las políticas del nuevo modelo generando desocupación y exclusión en gran escala. Situación a la que no escapa la ciudad de Mar del Plata.

Dicha situación agudizó aun más la pobreza estructural y provoco la emergencia de los denominados "nuevos pobres"; una clase media que primero se vio despojada de su empleo y luego observó indefensa la transformación de su vida cotidiana. La familia asistió en un primer momento al cambio de roles, donde la mujer por su mayor facilidad de ingreso al mercado de trabajo informal, ocupó el lugar de jefa del hogar y el hombre el cuidado de los hijos, pero ante la imposibilidad de revertir esta situación, o asimilar los nuevos roles muchas de éstas terminaron desintegrándose, quedando sus miembros en un estado de absoluta vulnerabilidad.

"La pérdida del empleo, implica la caída de importantes espacios de socialización, privación de sentidos, la ocupación de nuevos lugares dentro de las relaciones familiares y barriales, generándose una importante marca en la historia de la vida de esa persona."² La falta de adecuadas estrategias de supervivencia, contención y adaptación a las nuevas condiciones de vida, han tenido su impacto negativo tanto en la salud de las personas como en los sistemas públicos de salud que se han visto desbordados en los últimos años. En el campo de la psiquiatría se ha observado el aumento de diversas patologías y adicciones que en muchos casos culminan con largos periodos de internación y el consecuente abandono obligado de los hijos. Entonces para integrar esta masa de individuos que el sistema excluyó "se disponen de establecimientos especiales y políticas de subsidios del Estado para lograr "su lugar institucionalizado en la sociedad".³

¹ Carballeda, Alfredo Juan Manuel, "Salud Mental y Nuevos Escenarios Sociales"; Pag. 20: Conciencia Social, Publicación de la Escuela de Trabajo Social Universidad de Córdoba. Diciembre 2001.

² Idem

³ Galende, Emiliano: "Integración o Desintegración Social, en el Mundo del Siglo XXI", Pag. 195 Crisis y Perspectiva de la Integración Social y la Salud Mental. Buenos Aires Editorial Espacio 1998.

La ciudad de Mar del Plata cuenta con el Hogar Juvenil de APAND, una institución donde ingresan adolescentes con edades comprendidas entre los 13 y 21 años, con causas sociales, derivados en su mayoría de una instancia institucional anterior tal como el Hogar de Admisión y Evaluación para varones Dr. Carlos De Arenaza⁴, Hogar de Admisión y Evaluación para niñas Dr. Ramón T. Gayone⁵ y el Hogar Municipal Francisco Scarpatti, de lo que se desprende que algunos niños tiene ya una historia de varios años de institucionalización.

Teniendo en cuenta que si bien la internación es una medida tutelar protectora que adopta un Juzgado de Menores; cuando se hace crónica es perjudicial para el normal desarrollo tanto de niños como adolescentes, dado que se interrumpe tanto el proceso de socialización familiar, como la adquisición de una identidad cultural propia y fundamentalmente se pone en riesgo el vínculo materno filial. Esta situación se agrava aun más con la ausencia o esporádicas visitas de ambos padres y alcanza niveles críticos cuando se trata de madres solas. Cuando éstas atraviesan periodos de crisis o internación, sus hijos observan pasivamente cómo transcurre el tiempo y todas aquellas fechas significativas para ellos, sólo los enfrenta con su cruda realidad de frustrante espera de sus madres que no llegan. Niños y adolescentes viven estas ausencias como verdaderos abandonos, sumiéndolos en angustia e incertidumbre.

Como contrapartida, durante el período de internación estos niños han accedido a una alimentación adecuada; escolaridad; deporte; recreación y salud, incluyendo dentro de esta última: tratamiento psicológico, terapia ocupacional, odontología, fonoaudiología, por citar las más frecuentes.

Podríamos asegurar que gracias a "su lugar institucionalizado en la sociedad" el niño ha tenido sus necesidades básicas satisfechas; para ello solo ha tenido que pagar el costo afectivo que significa la ausencia de su madre, sus hermanos, su hogar, su barrio, su "lugar". Nos encontramos ante una paradoja?; qué respuesta le da el Estado a este binomio madre hijo en situación de vulnerabilidad?

El problema de investigación así planteado se tradujo operativamente en los siguientes objetivos:

⁴ Institución de la cual se vale el Tribunal de Menores para alojar transitoriamente a un menor en situación de riesgo psicosocial, para su evaluación y posterior derivación.

⁵ Idem.

Objetivo General:

Describir y analizar la relación establecida por el binomio, madre con padecimiento psíquico e hijo institucionalizado como resultante de la vulnerabilidad de ambos.

Objetivos Específicos:

- Analizar las historias de vida de los adolescentes internados en el Hogar Juvenil de APAND, cuyas madres son portadoras de padecimiento psíquico.
- Conocer los diagnósticos y tratamientos realizados a las madres con supuestos padecimientos psíquicos.
- Analizar el abordaje institucional con los adolescentes ante la problemática de la salud mental de sus madres, desde la intervención profesional del trabajador social.
- Conocer la dinámica del binomio madre-hijo en situación de vulnerabilidad desde la perspectiva de los actores.

CAPITULO II

Problemáticas sociales

Para referirnos a la situación social en el mundo moderno, hemos tomando como referencia a uno de los historiadores más lúcidos de la época. Eric Hobsbawn, que en el año 2000, sintética y claramente se manifestó al respecto de la siguiente manera:

“El siglo XX ha sido el más extraordinario de la historia. El de los dolores más espantosos y arbitrarios. Desde 1900 han muerto más de 200 millones de personas en guerras, hambruna y otras catástrofes sociales. Y sin embargo este siglo fue y sigue siendo el de los más estupendos progresos en la historia de la humanidad y con él hemos vivido cambios extraordinarios, revolucionarios tanto en su velocidad como en su profundidad.

También este siglo ha sido la época del auge de la desigualdad entre países ricos y países pobres. Al mismo tiempo la desigualdad en el interior de los países no ha disminuido y en las últimas décadas del siglo incluso ha recrudecido. La enorme disparidad entre capas más ricas y los más pobres se encuentran en América Latina”.¹

Impacto en América Latina

Con la crisis del Estado de Bienestar, a principios de los 80, comienza una nueva fase de condicionalidad externa, para América Latina, a partir de la crisis de la deuda; la vinculación de acreedores con organismos internacionales y el lazo cada vez más estrecho de estos organismos con nuestros gobiernos. Esta situación se fue profundizando a tal grado que hoy los organismos internacionales, ya le dicen a un país de nuestra región *que empresa tiene que vender y cual no*.

Todo este proceso se aceleró más con el fin de la Guerra Fría y la caída del Muro de Berlín, la consolidación de EE.UU. como poder hegemónico del modelo capitalista y fundamentalmente el avance tecnológico como gran instrumento de la globalización. Algunas de sus características son:

Liberalización irrestricta de nuestras economías y paralelamente un achicamiento indiscriminado del aparato del estado. Se entiende por liberalización la desregulación económica sin criterios selectivos. Y por achicamiento, privatizaciones no basadas sobre criterios de análisis y de conformación de un nuevo sector público, simplemente regímenes de enajenación, convirtiendo parte del sector público en privado.

¹ Optimismo hacia el siglo XXI. Disertación publicada por Diplomacia, revista de la Academia Diplomática de Chile, reproducida por El Arca, año 2000.

Económicamente se caracterizan como logros a equilibrios macro-económicos, o sea equilibrio de las cuentas públicas, disciplina monetaria, saneamiento fiscal, descenso del ritmo inflacionario. Estos equilibrios no se han traducido en mejoras de la calidad de vida.

El nuevo tipo de circulación financiera de capitales; primero capitales sin efecto dinámico o sea sin impacto en la inversión productiva interna y con un enorme componente financiero que les da nuevos criterios de circulación dentro y fuera de la región virtual. Cuando se vinculan con una estructura productiva interna lo hace preferentemente mediante la transnacionalización.

Persistencia de niveles de desempleo y subempleo; tendencia al deterioro del nivel medio de los salarios; concentración del ingreso y deterioro de la calidad de vida de altos porcentajes de la población son algunas de las consecuencias del modelo vigente.

Al respecto, Danilo Astori(1994) sostiene que hay una coherencia muy perversa entre lo que ocurre desde el punto de vista económico, la realidad social y la realidad política. Socialmente se puede comprobar el deterioro de la calidad de vida, viviendas precarias; declinación de la salud y educación. Privilegio de lo individual sobre lo colectivo. Cada vez hay menos receptividad y estímulo a la invitación para hacer algo juntos, llámese cooperativas, asociaciones de productores, sociedades de fomento, etc. o sea nucleamientos sociales que caractericen la conducta colectiva. La población puede vivir mal como consecuencia de grandes carencias, pero vive mucho peor cuando además de deteriorarse su calidad de vida, pierde la ilusión de que a través de la acumulación social de fuerzas se pueden cambiar las cosas, esto se ve en el comentario popular de *las cosas no cambian mas*.

"En el funcionamiento del sistema político hay un proceso de descomposición agravada por la corrupción, que es un fenómeno regional, cuya característica es la tendencia al fraccionamiento, al bloqueo a la incapacidad de resolver y a la apertura de espacios que implican solo confrontación y que alejan al sistema político de posibilidades de acuerdo y de encontrar soluciones para la gente. Como nunca la política esta desacreditada y los políticos se desvalorizan, este fenómeno se torna funcional a la permanencia de la situación económica antes descripta. Porque el neoliberalismo esta sustentado sobre una minoría de la sociedad que tiene poder por lo tanto a esa minoría le es conveniente que esa sociedad crea cada vez menos en la conducta colectiva".²

² Astori, Danilo : "Estado y mercado: neoliberalismo y opciones". Conferencia pronunciada el 22 de abril de 1994 en el Instituto Movilizador de Fondos Cooperativos.

El nuevo escenario social argentino:

El proceso de globalización que atraviesa en la actualidad a todos los países del mundo, se manifiesta en la Argentina a partir de cambios significativos producidos en el orden económico, político, social y cultural. La privatización, la desregulación, la apertura de la economía, el desarrollo tecnológico, la descentralización, los ajustes fiscales, la focalización, constituyen los ejes principales en torno a los cuales se estructuran los cambios, y transformaciones que se han producido en la ciudadanía social argentina en el nuevo escenario que se instala a partir de los años 80'.

Se observa así una secuencia de cambios que oscila entre dos polos: por un lado una interrupción en el proceso de construcción de la ciudadanía social que afecta particularmente a sectores excluidos del sistema o bien próximos a su caída y por otro una ampliación en el campo de los derechos sociales para aquellos sectores incluidos, que lograron incorporarse al nuevo escenario de bienestar social generado por el mercado beneficiándose de las nuevas reglas de juego.

En el escenario de la nueva cuestión social, la precarización de las relaciones de trabajo y de la protección social se traduce en definitiva en una precarización de las relaciones sociales, en un deterioro de la ciudadanía social. Las estadísticas indican leves mejorías a partir de la estabilización macro – económica, sin embargo la aparición de rasgos de una nueva pobreza, vinculados a procesos de empobrecimiento de la población y la falta de perspectiva de inserción productiva, restringe toda posibilidad de movilidad social y empiezan a revertir aquellos primeros indicios alentadores.

El crecimiento de la pobreza en las grandes ciudades o sea la *urbanización de la pobreza*, es una tendencia de la sociedad al cabo de los procesos de ajuste y reforma económica instrumentados en los últimos años.

La disociación entre lo económico y lo social queda reflejada a través de estas desigualdades, las que encierran en su interior la tensión entre eficacia y equidad. Las desigualdades en la protección social son una característica intrínseca a la génesis y desarrollo de la política social argentina por su alto grado de estratificación y fragmentación social.

La ciudadanía social puede ser definida como, "*un vínculo de integración social que se construye a partir del acceso a los derechos sociales, siempre cambiantes en una comunidad*".³ En primer lugar la referencia a *vínculo de integración social* induce a la

³ Levín, Silvia. "La ciudadanía social argentina en los umbrales del siglo XXI". II Jornadas Internacionales Estado y Sociedad. "Las Políticas Sociales en los Umbrales del Siglo XXI". Centro de Estudios Avanzados. U.B.A. Buenos Aires 17 al 19 de septiembre de 1997.

reflexión acerca de la noción de ciudadanía como marco de contención social y desarrollo de las potencialidades humanas. En segundo lugar la posibilidad de acceso a los derechos sociales nos permite distinguir el reconocimiento del derecho, como relación social, del ejercicio efectivo de ese derecho en los ámbitos necesarios para experimentarlos. Los derechos sociales se presentan como relaciones sociales cambiantes que se construyen como resultado de la interacción entre participación social e intervención del estado.

Los derechos sociales reclaman no solo los civiles y políticos también los humanos. Los derechos de 2º generación surgen del intento de asegurar las condiciones para el pleno ejercicio de los derechos individuales y de los de 1º generación garantizando el acceso a los medios de vida y de trabajo en sentido amplio.

Los derechos de 2º generación previstos por el estado de bienestar son derechos de crédito del individuo en relación con la colectividad: trabajo, salud, educación. Contribuyen a atenuar o eliminar los impedimentos al pleno uso de las capacidades humanas. El titular de estos derechos es el hombre en su individualidad.

El respeto a los derechos sociales depende del estado y requiere que las normas jurídicas desempeñen un papel de promoción de los individuos en la sociedad a través de la ampliación de los servicios públicos. Uno de los problemas centrales en torno al cual se dirime el alcance de la ciudadanía social es el de la relación entre el reconocimiento del derecho y su efectivo acceso.

Hoy en un contexto de globalización económica y hegemonía del mercado, asistimos a una gran transformación social cuyo eje central es la precarización de las condiciones de trabajo y de la protección social. El trabajo ha dejado de cumplir sus funciones esenciales y en consecuencia la disgregación, la vulnerabilidad, la marginación, y la pérdida de ciudadanía condena a vastos sectores de la sociedad.

...“La desestabilización general de las condiciones de trabajo, el desempleo, el trabajo informal, la flexibilidad laboral, ponen en evidencia: por un lado la dificultad de sostener el derecho al trabajo, como derecho social; y de vivenciarlo como tal, al restringirse los espacios de sociabilidad como fabricas, empresas, industrias, comercios, etc.; y por otro la imposibilidad de garantizar la cohesión social en la medida que uno de los soportes esenciales de integración social está en retirada”.⁴

En este contexto, Rosa Geldstein (1994) ha puesto el acento en la cuestión de genero y su impacto en la familia, ya que...” debido al creciente deterioro en la situación

⁴ Levín, Silvia. "La ciudadanía social argentina en los umbrales del siglo XXI". II Jornadas Internacionales Estado y Sociedad. "Las Políticas Sociales en los Umbrales del Siglo XXI". Centro de Estudios Avanzados. U.B.A. Buenos Aires 17 al 19 de septiembre de 1997.

de empleo e ingresos de los varones jefes de hogar, las mujeres cónyuges, son las que más contribuyeron al incremento del grupo de las *principales proveedoras*.

Para muchas familias, el proceso de pauperización que tiene lugar en el marco de la crisis recesiva; cambios de roles económicos (impuestos por las condiciones adversas y no elegidas libremente), con frecuencia son causa de conflicto y ruptura de las relaciones conyugales.

Así, la crisis recesiva que distorsionó el mercado laboral, afectó también profundamente la vida familiar de los sectores populares, potenciando un fenómeno preexistente asociado a factores culturales y a la pobreza estructural: la formación de familias *no tradicionales*. Los hogares con una mujer proveedora constituyen una vía de acceso privilegiada al territorio habitado por familias vulnerables; las que están en crisis, las que tienen jefaturas femeninas y las familias reconstituidas.

Como la enorme mayoría de las mujeres de escasos recursos separadas del padre de sus hijos o abandonadas por él, no recibe de él ayuda alimentaria alguna. Con mucha frecuencia estos padres migran o regresan a sus lugares de origen después de la separación y de manera concomitante no vuelven a ver a sus hijos o lo hacen solo en forma esporádica.

Cuando el ingreso de la jefa es el único para responder a las necesidades de consumo de una familia numerosa; caso frecuente entre las madres más pobres que experimentaron la separación conyugal en una etapa relativamente avanzada de un ciclo familiar con alta fecundidad; se completa el cuadro de causales de la pobreza".⁵

... "Estas experiencias se han transmitido como recursos culturales disponibles a aquellos que quedaron en situación de vulnerabilidad. El término vulnerabilidad deriva de herida y se refiere a la persona susceptible de ser dañada de distintas formas. La vulnerabilidad psico - social es el grado de fragilidad psíquica que la persona tiene por haber sido desatendida en sus necesidades sociales básicas establecidas como derechos que le son propios e intransferibles, tales como: seguridad afectiva, económica, protección, educación, tiempo de dedicación; como así también, de comida, agua potable, trabajo y salud. Esto lo coloca frente a las instancias del control social formal e informal en franca desigualdad, generada en la dinámica de la crisis reciente. La situación de vulnerabilidad se juega predominantemente frente a lo social. Esta vulnerabilidad, se genera primariamente como una falla en la función de sostén, ya sea en la desarrollada inicialmente en la madre u otros dadores de cuidado del grupo de crianza, como así

⁵ Geldstein, Rosa N. "Familias con Liderazgo Femenino en Sectores Populares de Buenos Aires, en Vivir en Familia. UNICEF/ LOSADA, 1994.

también en la inserción del sujeto en las redes vinculares (grupo de pares, escuelas, integraciones institucionales, comunitarias y otras)⁶.

Robert Castel(1991), define "*zona de vulnerabilidad* como un lugar estratégico, como un espacio social de inestabilidad, de turbulencias, poblado de individuos precarios en cuanto a su relación con el trabajo y frágiles en su inserción relacional. De allí el riesgo de caer en la zona ubicada al final del recorrido, *la marginalidad profunda o desafiliación*, alimentada por la misma vulnerabilidad.⁷

Galende(1998) afirma que..." el proceso de modernización de la estructura social como idea *de progreso* generó a la vez una masa importante de individuos que no podían *marchar al ritmo que exigía la historia*, por fallas de sus capacidades racionales, simbólicas, culturales, carencia de recursos económicos o de habilidades sociales. Este ejército de discapacitados tuvo su lugar en los hospicios para alienados, en las cárceles, establecimientos especiales para oligofrénicos, hogares y reformatorios para menores, villas miserables para marginales, etc. Como las villas miserias, su territorio natural lo constituyó la periferia de la ciudad y la periferia de la vida social. Había que aceptar en la marcha del progreso, la solución de algún destino para sus desechos, pues no se podría avanzar sin asumir las consecuencias indeseables de este avance. La integración social de esta porción de individuos obligaba a disponer de *establecimientos especiales* y políticas de subsidios del estado para lograr su lugar institucionalizado en el conjunto social. El trabajo y la propiedad de bienes fueron las dos formas dominantes de esta integración al progreso de la vida social. A falta de bienes personales o de trabajo remunerado se corría el riesgo de caerse de la vida social y terminar alojado en alguno de estos lugares del desecho *protegido* en esas instituciones creadas por el estado".⁸

..."El desempleo y las incertidumbres sobre la posibilidad de tenerlo o perderlo, suele ser esencial a los efectos de la desintegración social, esta puede expresarse en la violencia familiar disruptiva, en la depresión psíquica, en el maltrato a los niños, en la adicción, en la formación de grupos o bandas en los que se busca recuperar el poder o la dignidad perdida, en el aislamiento y la pérdida de sociabilidad comunitaria, en el refugio hipocondríaco en el que se busca cercar al enemigo amenazante, en el individualismo que busca integrarse por el lado de la indiferencia o por la pasión por si mismo que alivia del peso de la solidaridad con el conjunto de sus semejantes, en pérdida y marginación

⁶ Curso sobre Operación en Comunidad Capacitación Laboral, de la serie de cursos sobre "Alternativas de Control Social". Secretaria de Extensión Universitaria. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación Universidad Nacional de La Plata. 1993

⁷ Castel, Robert: La dinámica de los procesos de marginalización: de la vulnerabilidad a la exclusión, en El Espacio Institucional 1. pag. 37. Editorial Lugar. Año 1991

⁸ Galende, Emiliano: "Integración o Desintegración Social, en el Mundo del Siglo XXI", Pag. 196 Crisis y Perspectiva de la Integración Social y la Salud Mental. Buenos Aires Editorial Espacio 1998

de la participación en las instituciones, en violencia con el sistema social y sus normas, etc. Sin que necesariamente se desorganice la vida social sistémica".⁹

... "Ninguna sociedad dejó de acompañar el desarrollo económico y la modernización con la implementación de políticas sociales destinadas a cubrir los costos humanos del progreso. Los desocupados, los ancianos, los problemas de la mujer, de los niños abandonados, de los adolescentes iniciados en la droga o el delito, de los nuevos grupos religiosos, etc., requieren ser atendidos con políticas de cobertura de riesgos. A estos problemas el Estado ha tratado de darle soluciones técnicas, ya que no pudiendo alterar los procesos en que se produce la marginación es necesario atender sus efectos. El objetivo de esas técnicas es el mantenimiento del conjunto social; es decir la integración forzada de los que fracasan. Hay por otra parte un consenso social en cuanto a la necesidad de estabilización de la vida colectiva, y en ese sentido se legitiman las técnicas y las políticas específicas destinadas a mantener esa estabilidad".¹⁰

Coincidentemente Alfredo Carballada (2001) denuncia como impacta cualitativamente el desempleo en la salud mental. Ya que el mismo implica la caída de importantes espacios de socialización, privación de sentido, la ocupación de nuevos lugares dentro de las relaciones familiares y barriales, generándose una importante marca en la historia de vida de esa persona. La pérdida del trabajo, significa pérdida desde lo económico, pero también en tanto construcción de identidad especialmente en nuestro país. Provocando esto cambios en la esfera de la cultura en cuanto construcción, comprensión y explicación de la vida cotidiana.

"Desde la emergencia psiquiátrica se observa el impacto de diferentes procesos de precarización de la vida cotidiana, vinculado con un mayor deterioro de los denominados *pobres estructurales* y la emergencia de los *nuevos pobres*.

En relación a los *pobres estructurales*, los pacientes de este sector poblacional llegan a los servicios de guardia de los hospitales sin tratamientos previos o con tratamientos discontinuos. Estas situaciones están vinculadas directamente con la dificultad de accesibilidad al sistema de salud. En general se consulta cuando desde el grupo conviviente se hace insostenible la cotidianeidad o desde la intervención judicial con el objeto de efectivizar el ingreso a hospitales psiquiátricos debido a la falta de infraestructura y capacidad de los mismos. Con respecto a los *nuevos pobres*, desde la emergencia psiquiátrica se observan situaciones de caída, en cuanto a expectativas de promoción social, deterioro en términos de vida cotidiana, e impacto de la crisis

⁹ Galende, Emiliano: "Integración o Desintegración Social, en el Mundo del Siglo XXI", Pag. 196 Crisis y Perspectiva de la Integración Social y la Salud Mental. Buenos Aires Editorial Espacio 1998

¹⁰ Galende, Emiliano: "Psicoanálisis y Salud Mental", Pag. 186. Editorial Paidós. Psicología Profunda. Buenos Aires 1994

económica. Estas cuestiones generaron en el campo de la salud, la aparición de nuevos actores en los servicios públicos, generalmente la población recientemente empobrecida y sin cobertura social. Y el hecho de cambiar del sistema de seguridad al público, implica un impacto relevante en estas poblaciones. Los pobres estructurales llegan al hospital público con menor asiduidad y en forma discontinua. En este aspecto, el mantenimiento de post- alta, se hace complejo y así muchas situaciones de emergencia psiquiátrica, son procesos de reinternación".¹¹

¹¹ Carballeda, Alfredo Juan Manuel, "Salud Mental y Nuevos Escenarios Sociales"; Pag. 20: Conciencia Social, Publicación de la Escuela de Trabajo Social Universidad de Córdoba. Diciembre 2001.

CAPITULO III

Salud mental:

" Los cuidados de la salud forman parte de los modos en que una sociedad concibe y trata a los individuos". Emiliano Galende(1994)

El concepto de salud mental es de difícil definición, por varias causas. Entre ellas, porque se trata de un concepto cuyo contenido es, en gran medida, valorativo. Ya que las distintas evaluaciones de los síntomas y procesos tanto efectivos como cognitivos y comportamentales que se utilizan para designar a una persona o grupo social como sano o enfermo varían según las representaciones sociales y paradigmas científicos dominantes en cada cultura y período histórico. Jose Luis Alvaro (1992)

La Organización Mundial de la Salud define la salud como "un estado de bienestar físico, mental, social y moral completo y no solo la ausencia de enfermedad o dolencia".¹

Se toma en cuenta dicha definición, porque se considera que integra la salud con la cuestión social, dado que es la sociedad la que gesta los parámetros de salud y enfermedad en cada lugar y en cada momento histórico, adhiriendo a las consideraciones de J.L. Alvaro(1992) mencionado anteriormente.

"El objeto de la salud mental, no es un objeto, natural, es un objeto social histórico, que no se restringe a la producción de enfermedades mentales sino a los valores positivos de salud mental, en que las mismas enfermedades pueden ser pensadas y explicadas".²

"La salud mental, tal como se desarrolla a partir de los años sesenta, partió de una crítica profunda al sistema de atención psiquiátrica y la institucionalización de los enfermos mentales, proponiéndose vincular los procesos de salud/ enfermedad con las condiciones de existencia de las personas(relaciones familiares, comunitarias, participación social y cultural, empleo, vivienda, continencia grupal, etc.). El trabajo, la búsqueda de la integración social de quien padece sufrimiento mental, la recuperación de la identidad social, han guiado y lo siguen haciendo, los procesos de reparación de la salud mental y han orientado las estrategias de atención y dispositivos institucionales adecuados a estos fines. Cuando un enfermo mental, sobre todo aquellos que han padecido una institución psiquiátrica, logra

¹ Organización Mundial de la Salud, 1948.

² Galende, Emiliano: "Psicoanálisis y Salud Mental", Pag.79. Editorial Paidós. Psicología Profunda. Buenos Aires 1994

trabajar e integrarse a alguna forma de vínculo comunitario, esta señalando que ha comenzado su recuperación definitiva.³

“El surgimiento de nuevas problemáticas humanas, de nuevos métodos de abordaje, la configuración novedosa de una disciplina de lo mental que no busca respaldo en la ciencia médica sino que se propone como conjunción de múltiples saberes y prácticas sociales diversas, la inclusión de nuevos profesionales y prácticas terapéuticas, ya no estrictamente ligadas a la enfermedad mental sino a la realización de ideales de bienestar psíquico y finalmente, una comprensión creciente en los estados y los políticos de que debe asumir orgánicamente este nuevo campo, son expresión elocuente de que asistimos a una recomposición profunda en el modo social de existencia de una disciplina de lo mental”.⁴

“Lo que rige el proceso de modernización en salud mental, es también la llegada de estas nuevas demandas, nuevos sectores de población portadores de estas problemáticas, hacia las que apuntan las nuevas políticas de salud mental; la drogadicción, el alcoholismo, los ancianos, las conductas asociales, los trastornos de carácter y de adaptación, los menores delincuentes, los llamados enfermos funcionales, los trastornos psicósomáticos, las depresiones reactivas, la patología de la migración, los conflictos de pareja y familia, etc. Es la inclusión de éstos nuevos problemas lo que también transformó en caducos los saberes psiquiátricos y las instituciones manicomiales, forzando la búsqueda de otras respuestas prácticas y otras explicaciones teóricas”.⁵

“La complejidad de los problemas abarcados por salud mental hace que cada vez sea más difícil a los técnicos desvincularla del contexto cultural, social, económico y político. Es necesario tener en cuenta que hay condiciones en la cultura y en el proceso de subjetivación para que ocurran desajustes neuróticos o psicóticos, para que el fracaso o depresión dominen la experiencia social del sujeto, haciendo que la relación con el otro o la pérdida generen infelicidad, empobrecimiento psíquico o enfermedad. No se trata de que una política globalmente preventiva en salud mental vaya a impedir estos fenómenos. Se trata solamente de generar condiciones para una potenciación mayor de las cualidades en

³ Galende, Galende: "Integración o Desintegración Social, en el Mundo del Siglo XXI", Pag. 201 Crisis y Perspectiva de la Integración Social y la Salud Mental. Buenos Aires Editorial Espacio 1998

⁴ Galende, Emiliano: "Psicoanálisis y Salud Mental", Pag. 185. Editorial Paidós. Psicología Profunda. Buenos Aires 1994

⁵ Galende, Emiliano: "Psicoanálisis y Salud Mental", Pag. 188. Editorial Paidós. Psicología Profunda. Buenos Aires 1994

que los vínculos humanos, sociales, pueden ser creativos, desarrollar inteligencia y bienestar. A la vez es necesario contar con un dispositivo asistencial que atienda a los que fracasan".⁶

Tradicionalmente la psiquiatría teorizó e institucionalizó a partir de la locura actualmente la salud mental cubre prioritariamente tres conjuntos de demandas: a) aquellos que se desmarcan del comportamiento social, o se definen por su diferencia con el conjunto (psicóticos, homosexuales, drogaditos, sociópatas graves, etc.); b) los que por distintas razones fracasan en sus condiciones o capacidad adaptativa, haciendo que necesiten ayuda especial para sostenerse en la vida(neuróticos, depresivos, deficientes mentales menores, etc.); c) las personas con mayores riesgo de enfermar (ancianos, niños, adolescentes, en crisis vitales, etc.) . Cualquiera de los padecimientos de estos grupos puede ser aislado o tratados como enfermedades o, por el contrario, ser pensados como desarrollos conflictivos, regresivos, en la relación de éstos con el conjunto social. Ambas posibilidades representan la respuesta psiquiatrizante y la respuesta social-comunitaria de la salud mental actual".⁷

Si bien en gran parte se han superado las concepciones psiquiátricas que consideraban como enfermedades a los padecimientos psíquicos, no por ello hemos dejado de diferenciar a las personas que padecen y enferman por sus dificultades en la vida, de aquellas otras que enfrentan sus infortunios y actúan sobre sus causas. Se trata de intervenir sobre las condiciones de vida, en forma más preventiva que asistencial y atender las fragilidades subjetivas por las que hacen su aparición las enfermedades.

Derechos del enfermo mental

El 17 de enero de 1989, bajo el nombre de Declaración de Luxor (Egipto) sobre los Derechos Humanos para los Enfermos Mentales, la Federación Mundial de la Salud Mental, confirma su inquietud, no solo por los individuos definidos como enfermos mentales, sino también por aquellos que son vulnerables a la enfermedad o trastorno mental y emocional o que corren el riesgo de estar expuestos a ella. La Federación considera que los Derechos Humanos trascienden las fronteras políticas, sociales, culturales y económicas, y se aplican a la raza humana en su conjunto. (Ver anexo)

⁶ Galende, Emiliano: "Psicoanálisis y Salud Mental", Pag.190. Editorial Paidós. Psicología Profunda. Buenos Aires 1994

⁷ Galende, Emiliano: "Psicoanálisis y Salud Mental", Pag.185. Editorial Paidós. Psicología Profunda. Buenos Aires 1994

En La Declaración de Caracas sobre los Derechos Específicos de los Enfermos Mentales, en el año 1990, la Organización Panamericana de la Salud, proclama la "Reestructuración de la Atención Psiquiátrica". La Asociación de Psiquiatras Argentinos adhiere a esta Declaración en Reunión abierta de todos sus asociados en el marco del Congreso de Mar del Plata 1991. (Ver anexo)

Interdisciplinariedad y multidisciplinariedad en salud mental⁸

La multidisciplinariedad hace referencia a las distintas disciplinas, a la división de los campos científicos, al desarrollo científico- técnico y a la profundización de los conocimientos. Da cuenta de las disciplinas, ciencias o ramas del conocimiento que tienen que ver y dan razón del saber concreto de un problema.

En el campo de la salud mental confluyen la psiquiatría, la psicología, los servicios sociales, etc., que reflejan los diversos aspectos que operan en la realidad que se aborda.

La interdisciplinariedad hace referencia al método, al modelo de trabajo y a la aplicación de los conocimientos y de la técnica. Al modo de desarrollar un conocimiento o conjunto de conocimientos y disciplinas. Si multidisciplinariedad se refiere a las disciplinas y ramas del conocimiento, la interdisciplinariedad se refiere al modelo de aplicación, al método como estas disciplinas se aplican.

La interdisciplinariedad es una puesta en común, una forma de conocimiento aplicado que se produce en la intersección de los saberes. Es, por tanto, una forma de entender y abordar un fenómeno o una problemática determinada. En palabras de V. Gómez Pin (1994), "en el punto de intersección de cada saber con los demás reside la matriz de cada uno de esos caminos; alcanzar tal punto constituye el objetivo que la razón persigue a través de los objetivos parciales de cada una de las disciplinas".⁹

Trabajo interdisciplinario

A continuación se resume los siguientes puntos que supone el trabajo interdisciplinario para Menéndez Osorio(1998).

⁸ Menéndez Osorio, Federico: "Interdisciplinariedad y Multidisciplinariedad en Salud Mental". Revista de la AEN. N° 65 Enero/Marzo 1998. http://www.pulso.com/aen//1_65.htm

⁹ Gómez Pin, V. en Interdisciplinariedad y Multidisciplinariedad en Salud Mental. Revista de la AEN. N° 65 Enero/Marzo 1998. http://www.pulso.com/aen//1_65.htm

- Es un producto derivado del desarrollo científico técnico y social.
- Es la interacción e intersección de los conocimientos en la producción de un nuevo saber.
- Una labor interdisciplinaria consiste en confluir y trabajar o aunar las intervenciones de los distintos profesionales o campos del saber sobre el caso concreto, la situación concreta y sobre la realidad que lo precise, sea esta individual, social, familiar, institucional, etc.
- Supone tanto articularse como interactuar sobre una problemática concreta y determinada, en un intercambio de disciplinas con apertura al saber y al campo de conocimiento y de aplicación de cada ciencia, sin totalitarismos, reduccionismos o imposiciones.
- Tener claros los límites del saber de cada uno y respetar los campos de conocimientos de los demás.
- Delimitación de las tareas y coordinación de intervenciones que permitan la continuidad de cuidados y los intercambios de intervenciones.
- No caer en la fagocitosis de servicios ni de funciones ni de personal, pero tampoco en dejaciones, vacíos o perversión de funciones. No tener esto en cuenta conlleva interferencias, duplicación o derivación a la deriva, sin asumir la atención global, bien escotomizando, o bien hipertrofiando actuaciones y servicios.

Aplicación en el campo de la salud mental:

"Presupone redefinir los modelos *fagocitarios* de las instituciones o servicios que disponen de macro equipos que intentan reproducir la sociedad y los lugares de vida del paciente, bajo un modelo total, paternalista, artificial supuestamente global y sustitutivo de su medio natural.

Un modelo interdisciplinar presupone un marco de actuación comunitaria y territorializada, donde los recursos y dispositivos de atención a todo paciente, tanto sanitarios (equipo de atención primaria, especializada, salud mental, etc.), como no sanitarios (educativos, servicios sociales, etc.) estén desarrollados en el territorio o área, como corresponde a las necesidades de un país avanzado al pie de los años dos mil.

Dichos recursos y servicios articularan su trabajo en equipo y coordinados; para lo cual no tienen por qué pertenecer los profesionales a la misma administración o servicio; confluyendo sus intervenciones en un intercambio horizontal de sus saberes, sin imposición

de una disciplina por otra, aplicando sus conocimientos sobre el caso, realidad o problemática concreta.

El nivel de confluencia y de articulación de actuaciones interdisciplinarias se da trabajando sobre el propio paciente o realidad y problemática social o institucional, sin que sea la pertenencia a un mismo equipo o administración lo que marca el trabajo común.

Un trabajo así concebido permite que se racionalicen y utilicen eficazmente los recursos, sin que se dupliquen los servicios y profesionales, sin que se repitan actuaciones o se deriven los casos sin continuidad ni coordinación. Permite igualmente, que haya una responsabilidad asumida y el usuario sepa a quien recurrir y quien lleva la dirección de la atención, sin que se solapen actuaciones o se reboten a los pacientes de servicio en servicio o de administración en administración. Asimismo, se favorece la capacidad técnica y profesional de los servicios, que desde su propia competencia desarrollan y profundizan su labor específica, sin menoscabo del intercambio e interacción de conocimientos".¹⁰

Marco comunitario e interdisciplinar

Para terminar, Menéndez Osorio(1998) expone algunos de los puntos básicos para entender el marco elemental que permita hacer posible un trabajo interdisciplinar:

- Participación comunitaria.
- Territorializado.
- Actuación integrada en el sentido de que cada servicio desarrolla los programas dentro de la planificación de su propia administración; e integral, en tanto no pueden separarse las funciones preventivas, diagnosticas, tratamiento, reinserción; lo hospitalario y extra hospitalario, etc.
- Partir y actuar sobre el medio socio – familiar en que vive el paciente.
- Garantizar la continuidad de cuidados sin ruptura en su atención y asistencia sea por la edad, cuadro clínico, o las necesidades derivadas de su problemática (escolar, social, sanitaria, etc.).
- Dirección de la cura y responsabilidad del caso por el equipo que lleve el peso de la atención, cuyas prioridades vendrán determinadas por las necesidades asistenciales y la problemática del caso por caso en cada momento y según la evolución de su cuadro.

¹⁰ Menéndez Osorio, Federico: "Interdisciplinariedad y Multidisciplinariedad en Salud Mental". Revista de la AEN. N° 65 Enero/Marzo 1998. http://www.pulso.com/aen//1_65.htm

CAPITULO IV

El Niño Abandonado.¹

Construcción del vínculo materno filial.

A partir de su gestación y a lo largo del primer año de vida, el niño establece con su madre un vínculo que evolucionará atravesando etapas consecutivas.

De la calidad de esta primera relación social que la psicología denomina relación objetal, dependerán el desarrollo mental, afectivo y físico del niño así como el establecimiento de relaciones futuras satisfactorias consigo mismo, con otros seres y con el medio que lo rodea.

Es ineludible referirse a la determinante relación objetal comprendida como paralela y sostén en términos de estructuración del aparato psíquico, a la formación del yo regulador de intercambios con el medio exterior.

Interacción vínculo-conducta-conflicto- frustración

José Bleger(1980) define como vínculo a la relación entre un objeto y un sujeto. En las relaciones objetales, el primer papel lo ocupa la madre y el segundo el niño, asimismo, afirma que no existe vínculo sin objeto, ni conducta sin vínculo.

Se entiende por conducta aquellas acciones que el sujeto realiza para alcanzar un fin, cuyas motivaciones siempre parten de un desequilibrio interno, una necesidad que debe ser compensada. Es inferible entonces que si toda conducta en una relación- acción entre un sujeto y un objeto, también implica un vínculo, una relación interpersonal, una relación con otros.

La concurrencia de motivaciones (conductas) contradictorias en un sujeto se explica como conflicto. Si se considera su existencia, hasta cierto grado, como parte de la personalidad del sujeto. Si la conducta no alcanza su fin (objeto), si la necesidad no se compensa, se produce la frustración.

Establecida la relación de los términos vínculo, conducta, conflicto y frustración, junto al determinismo de la relación objetal satisfactoria en la vida del sujeto, es que esta última tendrá valor definitorio para el crecimiento sano, el establecimiento de vínculos significativos futuros, positivos para el sujeto y el medio en que vive.

Génesis y desarrollo de las relaciones objetales

¹ Monografía, "Conflicto del Niño Abandonado". Alfaya; Larragione; Lorentz; Marcote; Pourxet; Rinaldi; Saes. Mar del Plata, 1997.

Relaciones objetales satisfactorias:

La organización del proceso simbiótico materno- filial requiere que se preserven los factores y los estímulos que condicionan y provocan la aparición de representaciones de la primera relación objetal del niño con la madre. En la pareja inicial, el papel totalmente activo le corresponde al simbiote materno, cuya dependencia es relativa, puesto que su integridad persistirá ya sea que mantenga o no la simbiosis.

Contrariamente, el lactante necesita indispensablemente la integración con el simbiote materno para subsistir. La organización plena del proceso simbiótico hace posible la identificación masiva inicial del hijo con las características esenciales de la condición materna y en ese proceso fundamentalmente incorporativo y materializado por la amamantación, se instituye la *confianza básica* y el *vínculo empático*. La voz de la madre constituye un vínculo que proviene desde la etapa prenatal, así el bebé reencuentra el sonido familiar que le conecta inmediatamente con la visión de la cara de la madre a la que solo reconoce después del parto. La presencia corporal y el contacto del niño directamente sobre la piel de la madre, constituyen las primeras sensaciones placenteras y condicionan la creciente vinculación entre ambos.

La succión prosigue el proceso placentero de la madre y el niño que entran así en la simbiosis mediante esta conjugación de placer reiterada a través de las múltiples tetadas, los contactos y las percepciones mutuas. La madre acompaña paralelamente el proceso del hijo y su patrón de ansiedad día a día la integración entre ambos se intensifica y se cumple el proceso con el establecimiento progresivo de la amamantación.

De la díada a la tríada

Desde el nacimiento hasta la sexta semana reestablece una unión exclusiva entre madre e hijo que consolida el conocimiento mutuo.

La estructuración de la simbiosis requiere una intensa y permanente presencia, receptividad y continuidad en el estímulo y contacto mutuo ejercida esencialmente por la madre. En esta intercomunicación se cumplen las *identificaciones masivas* por ambas partes:

- En el bebé la adquisición de las estructuras que establecerán la confianza básica para la vida futura y le permitirán discriminar posteriormente entre si mismo y la madre.
- La elaboración inicial de las ansiedades paranoicas surgidas del trauma de nacimiento que se atenúan más o menos según haya sido la receptividad de la madre para la aceptación de la agresividad innata del bebé. La madre es el único objeto vivo que se deja comer sin ser destruido y por el contrario de ello resulta estimulada y estructurada.

- En la madre el surgimiento y la gratificación del instinto maternal que le permite por identificación con el hijo la comprensión de sus mensajes permanentes.

Con el cumplimiento y consolidación de la unión diádica materno-filial durante las primeras seis semanas, una vez llegado al final del puerperio y a la instalación sustitutiva de la tríada entre madre-padre-hijo. Esta modificación termina con la exclusión del padre e introduce múltiples variantes en la relación recíproca y en cada uno de los miembros. El ingreso a la situación triádica es más factible y positivo cuanto mejor se haya cumplido la organización del período diádico previo.

Relaciones objetales no satisfactorias: comienzo del conflicto

Uno de los puntos cruciales para el niño a partir del nacimiento consiste en elaborar la pérdida del equilibrio intrauterino, es un momento de mucha ansiedad para el y su conformación quedaría como patrón de conducta para el resto de su vida.

El niño encuentra en el pecho materno el sustituto del primitivo suministro umbilical; depende de la madre para sus satisfacciones. Si ella se muestra solícita para sus apremiantes necesidades, el empezará a amar su persona y no solo sus experiencias de cumplimiento de deseo. De esta manera el estado originario del lactante concentrado en sí mismo se transforma en una actitud de interés afectivo por su medio y se vuelve capaz de amar primero a la madre, luego al padre y así demás figuras del medio exterior.

Cuando el proceso simbiótico es positivo, se desarrolla en el niño la actitud de seguridad que influirá sobre sus futuras relaciones de objeto. La importancia de estos vínculos iniciales entre madre y lactante es más evidente en los casos en que los conflictos de la madre motivan conductas y sentimientos de ineptitud respecto de su cualidad maternal.

Muchas mujeres están incapacitadas para la maternidad por características masculinas de su personalidad, pueden desear tener hijos por afán posesivo, pero la humillación que les produce renunciar a sus actividades, obstaculizan su goce maternal.

Otras oscilan ante el rechazo y la aceptación del papel materno por que la conducta del lactante es muy exigente reclamando además de la presencia el cuidado. La demanda que él hace despiertan en la madre las luchas que ella misma libró con su madre cuando era bebé. Es decir que esta relación con el bebé conmueve a la madre hasta los cimientos más profundos de su personalidad, despertando viejos conflictos.

Actúa rechazando cuando defiende sus propias represiones y aceptando cuando el hijo simboliza secretos deseos y fantasías propias que ella es capaz de tolerar. Estas madres suelen ocuparse poco del bebé, delegando la función materna en otras personas y abandonándolo por razones muchas veces triviales como viajes, con consecuencias que pueden llegar a ser graves para la salud actual y/o futura del hijo. Ante estos

acontecimientos los niños reaccionaran sintiéndose rechazados y abandonados, enfermando o con detenciones o regresiones en su desarrollo.

Las separaciones obran sobre el niño sin que importen sus causas, ya que no puede comprender las desapariciones de su madre. Toda separación equivale para él a un abandono. La presión de sus necesidades hace que todo período de espera se le convierta en desesperadamente largo, no distinguirá entre separaciones breves y prolongadas.

Enfermedades emocionales defectivas

Las enfermedades defectivas del infante se generan a partir de la ausencia física de la madre o por un inadecuado e insatisfactorio suministro emocional, sea de un sustituto o bien de su madre biológica.

El perjuicio hacia el infante dependerá del tiempo que se lo prive de la presencia de su madre, por lo cual esta privación puede ser parcial o total.

Características de los niños afectados por abandono afectivo parcial de la madre (separados entre el sexto y octavo mes de vida)

Hasta los seis meses de vida, el niño tiene una relación buena y normal con su madre, manifestándose en él un óptimo progreso en su evolución. A partir de la separación en la segunda mitad del primer año desarrolla una conducta lloriqueante la cual, después de algún tiempo, se produce reiteradamente. Suele yacer postrado en su cuna, desviando su rostro y negándose a tomar parte en la vida de su alrededor. Al acercarse al infante, éste ignora la presencia de quienes se le acerquen, si se insiste en el acercamiento comienza a llorar y algunas veces grita.

El lloriqueo suele persistir dos o tres meses, durante los cuales el niño pierde peso, sufre de insomnio y es susceptible a los resfriados recurrentes. Se constata también un retraso motor y rigidez facial, estos síntomas se agravan a medida que pasan los meses.

Paulatinamente el lloriqueo desaparece, pero es reemplazado por una rigidez en la expresión. Sus ojos inexpresivos, bien abiertos, las facciones inmóviles y una mirada distante son rasgos notorios. Con respecto al contacto físico, como alzarlo, se dificulta cada vez más, llegando al punto de la imposibilidad en su concreción.

Este síndrome René Spitz(1989) lo denomina como depresión anaclítica cuya sintomatología se observó, tal como se detalla, variando desde las individualidades, los grados del contacto con el observador, el insomnio y la agitación.

El niño que padece depresión anaclítica manifiesta los síntomas antes descriptos, cuando permanece privado de su madre y sin que se le proporcione un sustituto

aceptable, durante un período que oscila entre tres a cinco meses. En contraposición, si regresa la madre en este tiempo estimativo, se reflejará una mejoría en el niño, la cual no significa que ésta sea completa. Si la separación supera el período de cinco meses este síndrome pasa a convertirse en Hospitalismo.

Características de los niños afectados por abandono afectivo total de la madre

En el Hospitalismo, si se priva al niño, durante el primer año de vida; de todas las relaciones de objeto por períodos que duren más de cinco meses, darán muestras de síntomas cada vez más graves, de un empeoramiento, aparentemente irreversible.

El empeoramiento progresivo es el resultante de la separación de su madre, característico de la privación parcial. Los síntomas de depresión anaclítica se continúan en forma progresiva y acelerada.

El retraso motor comienza a ser evidente en el infante: yace postrado boca arriba en su cuna debido a que no logra alcanzar la etapa del control motriz necesaria para darse vuelta en la posición hasta quedar boca abajo. El rostro es inexpresivo y la coordinación ocular cada vez más defectuosa.

Con la reaparición de la movilidad puede tomar la forma de cabeceos espasmódicos o bien movimientos digitales extraños, similares éstos a los movimientos descerebrados. Es bien evidente el descenso progresivo del índice de desarrollo. El empeoramiento progresivo y el aumento de la propensión a las infecciones en el niño conducen al marasmo y a la muerte. Dicho empeoramiento se manifiesta por un lado, en una detención del desarrollo psicológico, posteriormente se inician las disfunciones psicológicas paralelamente con los cambios somáticos.

Por otra parte el niño está predispuesto a la infección y, si la privación emocional continúa durante el segundo año de vida, es muy notoria la posibilidad que tiene de llegar a la muerte.

René Spitz(1989) considera que la privación emocional prolongada del infante es un factor de tensión emocional como activador poderoso de la función pituitaria y adrenocorticotrófica.

Manifestaciones escolares de los niños abandonados.

Las dificultades escolares producidas por situaciones de abandono varían, al igual que las perturbaciones emocionales, según el grado de carencia, el tiempo, las singularidades individuales y la edad del niño.

En general el niño que ha sufrido o sufre estas vivencias presentan trastornos motores, denuncia espacial, dispersión, apatía, falta de voluntad, desprolijidad y trastornos del lenguaje. La evolución de las operaciones mentales se ve entorpecida y

según el caso, los esquemas de acción y las estructuras cognitivas están sumamente empobrecidas ante la falta de estímulo.

En la relación con pares y adultos pueden observarse desde severos episodios de agresión, hasta el aislamiento y el retraimiento como reflejo de perturbaciones a nivel psíquico emocional.

Las dificultades escolares son síntoma de dificultades más profundas que requieren una evaluación a fin de establecer un diagnóstico que permita elaborar acciones tendientes a revertir las situaciones que se presenten.

La espera del abandono

“Los que son abandonados viven situaciones trágicas, no porque sean ubicados, ni siquiera a causa del abandono, que pueden superar si se los ayuda, y tampoco por no ser adoptados, ya que la adopción no es la única solución, sino porque se encuentran en una incertidumbre cruel y devastadora para su energía vital, en cuanto a su estatuto y a su devenir. Los efectos de esta espera son mal conocidos, salvo por quienes viven cotidianamente en contacto con estos niños. Ocurre todavía que uno se maraville por la *explosión de las adquisiciones* de un niño que llega a su familia adoptiva (o su familia de acogida), cuando más bien, debería inquietarse y considerar como una urgencia terapéutica y social el hecho de que estos niños abandonados se *abandonen* a punto tal de impedirse psíquicamente crecer, aun cuando se atrevan, a pesar del miedo y la decepción, a mantener una vida relacional (lo que no siempre es el caso).²

Esta autora sostiene desde su experiencia que...” ciertos problemas que presentaban continuamente los niños estaban directamente ligados a la incertidumbre con respecto a su futuro, a las ausencias de decisión con respecto a su estatuto, pudiendo, por ejemplo, dejar que creyeran contra toda evidencia que reencontrarían a sus padres, cuyo duelo se esforzaban por hacer desde hacía meses, para prepararse a vivir su vida de otra manera”.³

Caroline Eliacheff (1994), realiza en su obra una crítica profunda a las instituciones francesas tanto de de Ayuda Social a la infancia como a la justicia misma, a las cuales acusa por su negligencia e incumplimiento para la aplicación de leyes y derechos de los niños. Donde la lentitud burocrática del estado reitera el abandono iniciado por los padres, prolongándolo hasta que estos pierden la posibilidad tanto de acceder a una familia adoptiva, como de elaborar y reparar la pérdida. Es evidente que los plazos legales caminan por veredas opuestas y poco tienen que ver con el significado

² Eliacheff, Caroline, El cuerpo y la Palabra. Ser Picoanalista con los más pequeños. Pag.123 y 124. Ediciones Nueva Visión. Buenos Aires 1994.

³ Eliacheff, Caroline, El cuerpo y la Palabra. Ser Psicoanalista con los más pequeños. Pag.123 y 124. Ediciones Nueva Visión. Buenos Aires 1994.

que tiene para un niño la espera indefinida e incierta para "poder anudar unos lazos de amor que aseguren no su supervivencia, sino su vida".⁴

"Cuando ciertas adquisiciones, en especial el lenguaje, no se hacen en el momento en que deben hacerse, puede suceder que esto sea irreversible. Incluso cuando las condiciones de vida son adecuadas (material y afectivamente), la inseguridad en cuanto al mañana hace imposible un desarrollo armonioso y es una fuente constante de angustia, de desesperación, de rabia impotente. Los niños criados en familia de acogidas o en instituciones pueden florecer si saben que permanecerán en ellas. La angustia de la ruptura del lazo, antes que uno estable se instaure, fragiliza a estos niños para toda su vida."⁵

⁴ Eliacheff, Caroline, El cuerpo y la Palabra. Ser Psicoanalista con los más pequeños. Pag.123 y 124. Ediciones Nueva Visión. Buenos Aires 1994.

⁵ IDEM-

CAPITULO V

Niñez, adolescencia y familia:

"Niño es toda persona desde el momento de la concepción en el seno materno hasta los dieciocho años de edad".¹

"La mitología antigua dio cuerpo a los sueños de inmortalidad, y aportó respuestas a los grandes interrogantes del hombre sobre la muerte de la infancia y la prueba de la adolescencia. Inventó y escenificó todos los casos simbólicos de esta dolorosa iniciación a la condición humana. Todos esos mitos han fijado en la memoria colectiva unos arquetipos que, habiéndose perdido su simbolismo, se han convertido, a través del lenguaje corriente y la imaginería popular, en estereotipos como el del *bello Adonis* y el *rapto de Proserpina*".²

Se puede definir la adolescencia como..."el período de la vida durante el cual el individuo procura establecer su identidad adulta, en base a las mas tempranas identificaciones con las relaciones objetales parentales internalizadas, y a través de interacciones con su ambiente circundante, y la elaboración concomitante de los duelos normales en este estadio vital. Este proceso de duelo normal, su elaboración y la entrada a una genitalidad progresivamente mas adulta, explican las variaciones simultaneas y concomitantes de la sintomatología *normal* tan cambiante de los adolescentes y el uso necesario de mecanismos francamente psicopáticos". (Aberasturi, Knobel y Rosenthal, 1972)³

"Esta etapa de la vida funciona como una bisagra entre la infancia y la edad adulta. En ese momento se inicia la separación de la familia, que más adelante se hará definitiva, cuando el joven haya completado y robustecido su incipiente personalidad.

Es una etapa marcada por las típicas rebeldías con las que intenta afirmar su diferenciación, con las que sorprende a sus padres y, antes que nadie, a si mismo, al ir descubriendo un ser nuevo, distinto, a quien tiene, también él, que empezar a conocer.

Su cuerpo comienza a cambiar, pero no todo al mismo tiempo, de modo que estas modificaciones fraccionadas ponen en evidencia una falta de armonía, y durante un tiempo le es difícil reconocerse.

¹ Nueva Ley del Niño de la Provincia de Buenos Aires, 2005.

² Dolto, Françoise: "La Causa de los Adolescentes". Pag. 24. Editorial Seix Barral. Buenos Aires 1990.

³ Knobel, Mauricio: Familia y sociedad: El filicidio en la adolescencia, en La Universalidad del Filicidio. Edit. Legasa. Buenos Aires 1986.

Todo este delicado proceso le genera angustia, incertidumbre, confusión y, por momentos, depresión, tristeza y hasta aburrimiento.

Pero, al mismo tiempo, el adolescente empieza a descubrir la vida más allá de los límites de la familia, y esto le proporciona entusiasmo, fuerza y el acento esperanzado y prometedor del futuro".⁴

El segundo nacimiento denomina F. Dolto(1990) a esta etapa de la cual opina que es una *fase de mutación*. "Tan capital para el adolescente confirmado como el nacimiento y los primeros quince días de su vida lo son para el niño pequeño. El adolescente, por su parte, pasa por una muda respecto de la cual nada puede decir, y es, para los adultos objeto de un cuestionamiento que, según los padres, está cargado de angustia o plena indulgencia".⁵

Continuando con la línea de pensamiento de esta investigadora, la misma sostiene que" el estado de adolescencia se prolonga según las proyecciones que los jóvenes reciben de los adultos y según lo que la sociedad les impone como límites de exploración. Los adultos están ahí para ayudar a un joven a entrar en las responsabilidades y a no ser lo que se llama un adolescente retrasado".⁶

El adolescente es muy vulnerable a las observaciones despectivas procedentes de otros adultos que tienen el papel de mandar a los jóvenes. En el curso de esta mutación, reproduce la fragilidad del bebé que nace, sumamente sensible a lo que recibe como mirada y oye como palabras que le conciernen.

Dolto (1990) denomina a este estado como *debilidad de la adolescencia* y lo describe gráficamente explicando lo que ocurre con las langostas que pierden su caparazón: se ocultan bajo las rocas en ese momento, mientras segregan su nuevo caparazón para adquirir defensas. Pero, si mientras son vulnerables reciben golpes, quedan heridos para siempre; su caparazón recubrirá las heridas y las cicatrices, pero no las borrará. Razón por la cual son muy importantes aquellos referentes secundarios, ya que su acompañamiento favorecerá la confianza en si y a superar sus debilidades, o al contrario estimular el desaliento y la depresión.

"Durante los momentos de extrema fragilidad, entre once y trece años, tienen rubores, se tapan el rostro con el cabello, son vergonzosos. Se defienden contra los demás, bien mediante la depresión, o por medio de un estado de negativismo que agrava aún mas su debilidad".⁷

⁴ Devries, Raul A. y Devries, Alicia B.P.: "Adolescencia. Desafío para Padres". Pag.19. Editorial Paidós. Buenos Aires 1995.

⁵ Dolto, Françoise: "La Causa de los Adolescentes". Pag. 11 y 12. Editorial Seix Barral. Buenos Aires 1990.

⁶ Dolto, Françoise: Op. Cita pag. 12.

⁷ Dolto, Françoise: Op. Cita pag. 14.

La causa de los fracasos escolares

Las causas de este fracaso son de tres órdenes: sociológico, psicológico y pedagógico.⁸

- Causas sociológicas:

Los análisis estadísticos han demostrado que los niños procedentes de clases sociales inferiores son más susceptibles de sufrir un fracaso escolar. Las condiciones geográficas, sociales, económicas y culturales son algunos de los factores que pueden influir en el éxito escolar de los adolescentes. La pobreza que entraña malas condiciones de vida, desventajas de las clases menos favorecidas para desarrollar las aptitudes intelectuales y el lenguaje; diferencia de los valores de la familia y el entorno con los de la escuela, problemas que se les plantean a las minorías étnicas, lengua diferente de la materna, nivel de la clase social predominante en la región donde se encuentra la escuela.

Por otro lado, la actitud de los padres hacia la escuela y el interés que manifiestan en la educación tienen una importancia fundamental en los motivos que empujan a los chicos a trabajar bien en clase.

- Causas psicológicas:

El sentimiento de seguridad del niño, el grado de estabilidad de su hogar, sus deficiencias físicas y mentales, su propio ritmo, sus motivaciones, los éxitos y fracasos que ha conocido, etc. Estos son algunos de los factores que con frecuencia generan los malos resultados escolares.

Los problemas escolares suelen ser el signo de un profundo malestar de la personalidad del adolescente en dificultades, vinculado a la relación con sus padres. La seguridad afectiva que el niño encuentra en su familia es sin duda una de las mejores garantías contra los riesgos del fracaso escolar.

- Causas pedagógicas:

Otra explicación toma como punto de partida el análisis del funcionamiento del aparato educativo. Así el número y la calificación del personal de enseñanza, la organización de los estudios, programas, edificios y materiales escolares, los procedimientos de examen, las relaciones entre los profesores y los alumnos, y entre la familia y la escuela, pueden influir también en los riesgos del fracaso escolar.

⁸ Dolto, Françoise: Op. Cita pag. 144-145-146.

La familia:

La familia es una organización. Como todas ellas, tiene un principio y una historia; también una prehistoria. La prehistoria está hecha por el encuentro y la atracción de dos personas que decidieron ser más que uno más uno y fundaron una familia.⁹

La familia es el contexto natural para crecer y recibir auxilio, es un grupo que en el curso del tiempo va elaborando pautas de integración recurrentes y predecibles. Esas pautas reflejan las afiliaciones, tensiones y jerarquías importantes y confieren significado a las conductas y las relaciones. Necesita de una estructura viable para desempeñar sus tareas esenciales a saber; apoyar la individuación al tiempo que proporciona un sentimiento de pertenencia, lo cual constituye un mapa territorial.

Cada miembro al interactuar entre si influye sobre la conducta de los otros y viceversa. Y conoce con diferentes niveles de conciencia y de detalle de la geografía de su territorio. Cada uno sabe lo que está permitido y de las fuerzas que se oponen a las conductas atípicas. Minuchin (1984).¹⁰

Como toda organización tiene sus autoridades, división de funciones, actividades por realizar, sus balances, sus buenos y malos momentos, su déficit y su superávit.

La función de los padres en cuanto a autoridades de esta organización está netamente diferenciada de la de los hijos. Ambos tienen la conducción de la familia con una actividad compartida y complementaria.

Los padres serán quienes marcarán el destino de esa organización que es la familia y crearan la cultura familiar, a la que ambos aportarán lo que traen de sus familias de origen. Marcaran pautas, conductas, valores e ideales que serán naturalmente consensuados.

- La función del padre:

La organización familiar espera del padre la conducción, la certeza, la seguridad, el último toque. La familia volverá su mirada hacia él en situaciones de riesgo o crisis. Habrá instancias en que estará solo y como el capitán de un barco frente a la tormenta con todos los elementos para la mejor decisión, será el que asuma la conducción final.

Del padre se esperan señales de que es capaz de cumplir esta función, que está listo y seguro para proteger a todos.

- La función de la madre:

⁹ Raúl A. Devries, Alicia B.P. de Devries. "Adolescencia. Desafío para padres". Pag. 123 y 124. Editorial Paidós. Buenos Aires 1995.

¹⁰ Minuchin, S y Charles Fishman, H: "Técnicas de Terapia Familiar". Pag. 25 y 26. Editorial Paidós. Barcelona 1984.

Es la que convalida la posición del padre, le da valor a través del respeto, al margen de las discrepancias razonables o circunstanciales. La función de la madre tiene, debido a las características culturales y biológicas de la condición femenina, rasgos absolutamente propios. Será en muchos casos el custodio del equilibrio, la tolerancia, la ternura, y el puente entre las expectativas, los deseos o las necesidades de los miembros de la familia, el custodio de los detalles que facilitan la marcha cotidiana de la organización familiar.¹¹

¹¹ Raúl A. Devries, Alicia B.P. de Devries. "Adolescencia. Desafío para padres". Pag. 124. Editorial Paidós. Buenos Aires 1995.

CAPITULO VI

Breve historia de las políticas públicas de infancia

No siempre la infancia ocupó un lugar significativo y trascendente como en nuestro tiempo, donde el abandono, la desidia, el maltrato, la tortura y la muerte son hechos patológicos, fruto de enfrentamientos étnicos, políticos o delitos graves.

Por muchos siglos la infancia fue un hecho marginal y privado, donde abundaron formas brutales de abandono y apropiación del niño como un objeto, muchas veces al servicio de las clases altas.

En un largo proceso recién entre los años 70 y 80 del siglo XX se sanciona la Convención Internacional de los Derechos del Niño. Carlos Eroles(2002).¹

Sistema de atención a niños y adolescentes en la Argentina

1600-1900

Período dominado por la sociedad de beneficencia de la Capital Federal, creada en 1821 por Bernardino Rivadavia. Su origen se remonta los tiempos de la colonia, con la Casa de Expósitos y otras instituciones.

En 1892, surge el Patronato de la Infancia de la Capital Federal, como una institución específica, fruto de la iniciativa de la Intendencia Municipal de la Capital Federal. Ella va a ocuparse de la asistencia directa en internados a los niños, niñas y adolescentes en situación de abandono, compartiendo el espacio con la Sociedad de Beneficencia.

Carlos Eroles(2002) denomina a este periodo como el predominio de lo privado porque se considera que la atención de los débiles dentro de la sociedad le corresponde a las instituciones de beneficencia. A lo sumo el estado realiza una acción de respaldo económico y normativo a los esfuerzos de las instituciones privadas. Ideológicamente el modelo se basa en la concepción moral de la miseria. Es decir que la pobreza responde a un conjunto de características de las personas pobres, que son asimilados a la desviación social (delito). La respuesta es asilar. Es decir la internación – segregación del huérfano, del anciano, del discapacitado. El trato hacia los niños y los jóvenes es disciplinar.

El papel de la beneficencia es considerado un deber del que da (el estado, el donante privado) y no como un derecho del que recibe.

¹ Eroles ,Carlos . Políticas Públicas de Infancia. Cap. I. Editorial Espacio. Bs.As. Argentina 2002

Los recursos aportados por el poder público son circunstanciales, no obedecen a un diagnóstico de la situación sino a un requerimiento de los directivos de las instituciones.

1900 – 1930

En estos treinta años se irá delineando un sistema proteccional donde coexisten lo público y lo privado, que había comenzado con la Comisión Nacional de Hogares y de Asilos, dependiente del ministerio de Relaciones Exteriores y Culto.

Este organismo controla y apoya las iniciativas de congregaciones religiosas e instituciones de bien público, conduce algunos internados legados al estado o de iniciativas vinculadas con el fenómeno en crecimiento de la niñez en situaciones de sobrevivencia y conflicto. Surge así en 1904, el primer *reformatorio*, la Colonia – Hogar Ricardo Gutierrez.

En este tiempo se construyen establecimientos importantes como: el Instituto Alvear de Luján; el Capitán Sarmiento de Mercedes; el Carlos Pellegrini de Pilar, el Asilo Unzué de Mar del Plata, dos Colonias Agrícolas en Campana y en el partido de Maipú, provincia de Buenos Aires; el Garrigós en la Capital Federal. Muchos de ellos pertenecen a la Sociedad de Beneficencia. También se crea por entonces el Instituto Nacional de Aprendices y el Instituto San Martín, destinado este último a atender a menores con dificultades.

Las iniciativas privadas se multiplican y surgen muchos hogares de diversas denominaciones religiosas y de comunidades de residentes extranjeros. Tal el caso del Hogar El Alba, creado por William Morris en 1912. Por ese tiempo también se desarrolla la obra del Ejército de Salvación.

Hacia 1913 el Dr. Luis Agote un medico conservador preocupado por los chicos de la calle y los trabajadores prematuros, concibe un sistema de Patronato Nacional de Menores, presentando un proyecto de ley, que luego de varias reformulaciones será aprobado en 1919.

Su reglamentación pone en marcha tanto el sistema técnico – administrativo y sus estructuras correspondientes en cada provincia. También comienzan a funcionar los primeros juzgados penales con competencia en menores. Surge igualmente la figura del asesor de menores, como representante *promiscuo* del menor en todos los juicios en los que fuere parte.

En 1923 se crea en el ámbito de los tribunales la figura del delegado – inspector honorario, al que se le asignó el rol de jefe de la Sección menores del palacio de Justicia. A esta sección se le asignaba es carácter de *policía de costumbres*.

Hacia el fin de este período y por iniciativa del Dr. Jorge Coll, se desarrolla el sistema proteccional a partir de estudios realizados en el extranjero. Se *importa* un modelo de internado con forma de atención familiar que se pone en práctica en algunos establecimientos que asumen la forma de casas – hogares, a cargo de matrimonios encargados. Este es el sistema de la Colonia – Hogar Ricardo Gutierrez.

Un decreto de 1915 coloca a los institutos de menores dependientes del estado bajo la administración de una Comisión de Superintendencia.

1930 -1945

En 1931 surge el Patronato Nacional de Menores, también por iniciativa del Dr. Coll, reemplazando en sus funciones a la Comisión de Superintendencia. Surge el Instituto Interamericano del Niño y el llamado *modelo argentino* se difunde en toda América Latina. Se crea el Cuerpo de Delegados de Menores en la Justicia Penal de Menores de la Capital Federal. Los institutos alcanzan prestigio internacional.

En esta etapa el sistema tiene tres pivotes:

- La figura prestigiosa y omnímoda de los jueces de menores.
- La Dirección de Menores, organismo técnico – administrativo que supervisa el sistema de institutos dependientes del Estado nacional, fundamentalmente los dedicados a menores varones con problemas de conducta.
- La Sociedad de Beneficencia y el Patronato de la Infancia, responsables del manejo de la mayoría de los institutos asistenciales y de los dedicados a la atención de niñas.

1945 - 1955

La presencia de Ramón Carrillo como ministro de salud, lleva a la universalización de las prestaciones como un derecho de todo el pueblo, en el marco de las políticas de salud, educación y atención de las necesidades sociales básicas, lo que produce un progresivo deterioro del sistema proteccional. El eje pasa por la escuela, la escuela – hogar y el barrio, no por los internados. Decae la Sociedad de Beneficencia que finalmente concluye intervenida y con sus bienes en manos de la Fundación Eva Perón.

En esta etapa se construyen hogares – escuelas en todo el país y avanza la educación técnica. Se pone el acento en la política social global, no en la política proteccional.

El área de menores pasa a integrar las funciones de la Dirección Nacional de Asistencia Social cuya ley de creación 13.341, le asigna en su art. 2 *la asistencia del menor abandonado, huérfano o delincuente, proveyendo a su educación, instrucción y*

formación completa y la de aquellos cuyos padres o representantes legales se encuentran física, económica o legalmente impedido de hacerlo.

Bajo la conducción de Landó el área de menores, comienza a poner énfasis en los aspectos preventivos y en el fortalecimiento de la familia.

Durante este período se dictan las siguientes normas:

- Ley de adopción.
- Incumplimiento de los deberes de asistencia familiar.
- Supresión de discriminación entre hijos legítimos y naturales, adulterinos e incestuosos.
- Ley de aprendizaje y orientación vocacional.

1959 1994

Del Consejo Nacional de Protección al Menor al Consejo Federal del Menor y la Familia. Entre 1955 y 1958, se desarticula la Fundación Eva Perón y una parte de la política social del peronismo. Este período comienza en 1957 y luego se consolida durante el gobierno de Arturo Frondizi. Fue un intento de aggiornar el sistema colocándolo bajo un marco teórico psico-pedagógico, lo educativo cruzaba todo el sistema. Se reformula el régimen interno de los establecimientos. Se habilitan escuelas e todos ellos y en algunos se inicia la experiencia de que los chicos internados compartan la escolaridad con los chicos del barrio.

En 1967, durante el gobierno de Onganía se reformula toda el área, teniendo como eje el desarrollo de la comunidad y nuevamente el tema pasa por la prevención inespecífica. Al poco tiempo el área de menores pasa a ser, primero una dependencia de la Secretaría de Promoción y Asistencia a la Comunidad.

Entre 1973 y 1983, el área menores, va vivir uno de los periodos más difíciles, como consecuencia de la política de la época. Primero con Lopez Rega y más tarde con el proceso militar. Sin embargo se logran avances significativos con la implementación de programas alternativos que tienden paulatinamente a reemplazar las internaciones por formas de sustitución familiar con pequeños hogares, amas externas, familias sustitutas, adopción, o tratamientos en el medio familiar y social.

En 1983 con el advenimiento de la democracia, se crea la Secretaría de Desarrollo Humano y Familia, dentro del Ministerio de Salud y Acción Social, se intenta revertir la estereotipia *minoridad* e introducir vigorosamente la política social, dándole un nuevo impulso democratizador, pluralista y actualizado. Con la nueva denominación se pretendía, introducir otras temáticas como prioritarias: ancianidad, discapacitados,

juventud y mujer, además de apuntar a una necesaria reformulación de la legislación vigente en materia de familia.

La secretaria de Desarrollo Humano y Familia conducida por Enrique de Vedia (1983-1988), Juan Carlos O'Donnell (1988-1989) y ya durante el gobierno de Menem por Horacio Pacheco (1989-1990), lleva a delante un proceso de cambio que no consigue buenos resultados en el manejo de los institutos de seguridad. En cambio se logra un éxito significativo en cuatro aspectos: la reducción de las internaciones; incremento de los programas alternativos; la ubicación del tema como cuestión significativa en la agenda política y social; la implementación de programas para chicos de la calle, a partir del reconocimiento de su realidad existencial. Además se logran avances en materia de políticas sociales hacia la mujer, la juventud y la familia y cambios cualitativos en la legislación (filiación, patria potestad compartida, y nuevo régimen jurídico de matrimonio civil, que incluye entre otras normas el divorcio vincular).

En 1990 se crea el Consejo Nacional del Menor y la Familia con el Dr. José Atilio Álvarez como director, quien logra incrementar el presupuesto del área y los programas alternativos, aunque consolida el sistema tradicional de tratamiento para menores en los institutos de seguridad.

En 1992 se crea el Consejo Federal del Menor y la Familia, cuya consolidación permitiría, por primera vez en nuestro país promover una política nacional en la materia.

Las innovaciones del Dr. Álvarez pusieron en marcha el Programa de Prevención del Abandono, eficaz para el abordaje de la problemática de la madre en conflicto y la maternidad adolescente y un programa contra la mendicidad y la explotación del trabajo de menores.

En el año 1997, renuncia el Dr. Álvarez y es reemplazado por Eva Gatica quien fracasa meses mas tarde y es sustituida por el Asesor de Menores de la Cámara Nacional de Apelaciones en lo civil, Dr. Alejandro Molina quien fracasa en su gestión a los pocos meses. Quien asume en su lugar es el Dr. Jalil, funcionario judicial que se mantendrá hasta el advenimiento del Dr. De la Rúa.

A partir de allí se hace cargo del área María Orsenigo, psicóloga social, quien propicia un cambio de orientación, a partir de un marco teórico de gran coherencia con el espíritu y el contenido de la Convención Internacional de los Derechos del Niño.

Vale destacar que actualmente existe una gran dispersión respecto de las políticas públicas que se ponen en marcha en distintas jurisdicciones provinciales, algunas más aggiornadas, otras con gran precariedad de recursos, los que redundan en un trato inhumano con los menores institucionalizados.

Ha comenzado un proceso sostenido de adecuación de la legislación vigente al nuevo texto constitucional que incluye la normativa a la Convención Internacional de los Derechos del Niño, que ya era ley de la Nación (23.849), mas citada que cumplida.

Patronato de Menores: Ley 10.903 (27/09/1919)

A continuación se citaran aquellos artículos de la presente Ley, que han regido los destinos de la infancia Argentina y la bonaerense en particular por más de 80 años.

- Art. 8. Todo menor confiado espontáneamente por sus padres, tutores o guardadores a un establecimiento de beneficencia privado o público, quedará bajo tutela definitiva del Consejo Nacional del Menor, en jurisdicción Nacional y de la autoridad que se designe en jurisdicción provincial. (Texto ordenado por el Dec. Ley 5286/57).
- Art. 9. Los menores sobre cuya situación se haya dispuesto de acuerdo con los artículos anteriores, quedarán bajo la vigilancia del Consejo Nacional del Menor, o del ministerio Público de Menores, según corresponda, quienes deberán controlar la acción de los respectivos tutores o guardadores e inspeccionaran por lo menos cada mes, los establecimientos privados o públicos respectivos, por medio de sus visitantes, asistentes, inspectores o miembros integrantes, atenderán las reclamaciones de los menores y pondrán en conocimiento del juez lo que juzgue conveniente para mayor beneficio del asistido. (Texto ordenado por el Dec. Ley 5286/57).
- Art. 11. Cuando el juez lo considere conveniente, la resolución podrá limitarse a la privación de la tenencia del menor y en tal caso éste podrá ser entregado al Consejo Nacional del Menor en jurisdicción nacional o a la autoridad que corresponda en la jurisdicción provincial o adoptar alguno de los otros recaudos en vigor. (Texto ordenado por el Dec. Ley 5286/57).
- Art. 12. Los padres privados del ejercicio de la patria potestad o suspendidos en el, o de la tenencia de sus hijos en virtud de esta ley, podrán solicitar que la medida se deje sin efecto, si hubieren transcurrido dos años desde la resolución definitiva y probaren que se hallan en situación de ejercer convenientemente sus obligaciones.
- Art. 15. Los mismos jueces, cuando sobresean provisoria o definitivamente respecto a un menor de 18 años, o cuando lo absuelvan, o cuando resuelvan definitivamente en un proceso en que un menor de 18 años haya sido víctima de un delito, podrán disponer del menor por tiempo indeterminado y hasta los 21

años si se hallare material o moralmente abandonado o en peligro moral, y en la misma forma establecida en el artículo anterior.

- Art. 21. A los efectos de los artículos anteriores se entenderá por abandono material o moral o peligro moral, la incitación de los padres, tutores o guardadores a la ejecución por el menor, de actos perjudiciales a su salud física o moral: la mendicidad o la vagancia por parte del menor, su frecuentación a sitios inmorales o de juego, o con ladrones, o gente viciosa o de mal vivir, o que no habiendo cumplido 18 años de edad, vendan periódicos, publicaciones u objetos de cualquier naturaleza que fueren, en las calles o lugares públicos, o cuando en estos sitios ejerzan oficios lejos de la vigilancia de sus padres, guardadores, o cuando sean ocupados en oficios o empleos perjudiciales a la moral o la salud.

En palabras de Emilio García Méndez(1998), "*el paradigma de la compasión – represión*, cuyo mayor extremo lleva a confundir pobreza y situación de calle con peligro para la sociedad. Esta concepción tiende a considerar el riesgo social en la infancia como una responsabilidad moral de las familias y las estigmatiza".²

Tal como plantea el Patronato de Menores el concepto de protección, podemos inferir que se ha abocado a institucionalizar la pobreza con escasa intervención para modificar las causas y las consecuencias de las situaciones de menores en conflicto, ya sea este social o penal.

La Convención Internacional de los Derechos de Niño

La preocupación universal por los derechos del niño, se remontan a 1924 cuando en la Sociedad de las Naciones se proclama una declaración de los derechos del niño.

Posteriormente en 1948, se refieren al tema cuando la Declaración Universal de los Derechos Humanos. En 1959, las Naciones Unidas proclaman los Derechos del Niño, con una declaración que señala que *el niño, por su falta de madurez física y mental, necesita protección y cuidados especiales, incluso la debida protección legal, tanto antes como después del nacimiento.* (Declaración Universal de los Derechos del Niño)

Desde entonces varias resoluciones y documentos de las Naciones Unidas se dedicaran a este tema.

En 1986 las Naciones Unidas inician un periodo de consultas tendientes a la redacción de una Convención Internacional de los Derechos del Niño, que comprometa a

² García Méndez, Emilio: "Infancia, ley y democracia: una cuestión de justicia", en "Políticas Públicas de Infancia", Carlos Eroles, Editorial Espacio, 2002.

la cooperación internacional en la promoción humana y social de la infancia. En 1989 fue aprobado por la Asamblea General de las Naciones Unidas, un proyecto de convención, previamente consultado a todos los países.

En nuestro país fue ratificado por Ley del Congreso de la Nación (23.849) y en 1994 incorporada a la Constitución Nacional.

Su importancia radica en que al seguir la línea de los instrumentos jurídicos de las Naciones Unidas tienden a lograr la afirmación de derechos de aquellas categorías de personas que por diversas circunstancias afrontan situaciones de vulnerabilidad o riesgo. Forma parte de la doctrina internacional sobre los derechos humanos, en este caso aquellos referidos específicamente a la infancia.

Estructura de la Convención

La Convención cuenta con un preámbulo (declaración de motivos) y 54 artículos. A partir del artículo 46, los textos se refieren a cuestiones de procedimiento respecto de la aplicación legal de la Convención.

La parte primera consta de 41 artículos y en ellas están enunciados los derechos que conforman el contenido principal de la Convención. La segunda parte integrada por cuatro artículos se refiere a la difusión (art. 42), la integración de un Comité de Expertos para el seguimiento del cumplimiento de la convención (art. 43), obligación de los Estados parte de presentar informes anuales (art.44) y la cooperación de los organismos especializados de Naciones Unidas como UNICEF (art. 45).

Enunciados:

Los enunciados que a continuación se citaran han sido seleccionados con el objeto de focalizar la problemática tratada en el presente trabajo.

- Artículo 1º la Convención considera **niño a toda persona menor de dieciocho años de edad**. De conformidad con la reserva argentina, para nuestro país, debe entenderse que niño es toda persona desde el momento de la concepción en el seno materno hasta los dieciocho años de edad.
- Artículo 2º, se establecen dos principios jurídicos: el reconocimiento **del niño como sujeto de derechos** y el principio de universalidad y no discriminación. Es decir que la Convención considera que toda persona menor de dieciocho años es un sujeto de derecho pleno y no un incapaz representado por adultos a los que pertenece la competencia y el deber de cuidarlos.
- Artículo 3º, inciso 1, establece que las decisiones públicas relacionadas con menores de edad, se tomaran atendiendo **“al interés superior del niño”**. Por

una parte implica que debe tenerse en cuenta el contenido de la convención en relación con todas las esferas. Y en segundo lugar, que ante el vacío normativo o situaciones de duda o conflicto, debe atenderse ineludiblemente a un elemento de referencia: *el interés superior del niño*. Podría decirse que este enunciado introduce los parámetros que habrán de limitar el libre arbitrio del juez, tendiendo a establecer el *interés superior*, a partir de criterios más objetivos relacionados con los derechos del niño. Orienta sus decisiones en función de "las necesidades del niño en cada momento de su vida y de su historia"³

En el segundo inciso plantea el compromiso insoslayable del estado que con el bienestar de la infancia, que tiene el deber de atender con medidas adecuadas y eficaces de política social. Como así también de la sociedad, incluidos los padres, tutores u otras personas responsables, *de asegurar al niño la protección y el cuidado necesarios para su bienestar*.

- Artículo 9º, **derecho del niño a no ser separado de sus padres**, salvo que ello sea necesario en términos del *interés superior del niño*. Este artículo enuncia el derecho del niño a mantener relaciones directas y contacto en forma regular, con ambos padres; también en situaciones extremas el estado debe proporcionar información básica, acerca del paradero de los ausentes.
- Artículo 10º, **derecho a expresar su opinión libremente y ser escuchado** considerando su edad y madurez en procedimientos judiciales o administrativos que afecten al niño.
- Artículo 18º, **derecho a la crianza como interés superior del niño**, lo que requiere la asistencia apropiada a los padres, mediante la creación de instituciones, instalaciones y servicios, atendiendo particularmente la situación de los padres que trabajan.

Artículo 20, **derecho a la protección y asistencia especiales del Estado para los niños privados de un medio familiar**. Establece este el derecho a la protección del estado y enuncia que incluye diversos programas o modalidades de sustitución familiar como la adopción, la colocación, la kafala. Establece la necesidad de cuidar en todo lo posible la continuidad y el respeto por el origen étnico, religioso, cultural y lingüístico.

- Artículo 27, **derecho al nivel de vida adecuado para su desarrollo**. Considerado como una responsabilidad compartida de los padres (deber de

³ Grossman, Cecilia "Los Derechos del Niño en la Familia", 1998 en Políticas públicas de infancia, Carlos Eroles, Editorial Espacio. Buenos Aires 2002.

crianza) y el estado (asistencia y programas de apoyo a la familia, particularmente en materia de nutrición, vestuario y vivienda) naturalmente este artículo guarda relación directa con la situación de pobreza y el derecho al desarrollo humano en plenitud.

Nueva Ley del Niño de la Provincia de Buenos Aires

Ley 13.298 de la promoción y protección integral de los derechos del niño y decretos reglamentarios.

Dentro de las principales definiciones para la reorientación de la política de infancia, es de destacar:

1- Apoyo a las funciones de las familias.

“Siguiendo el espíritu y los principios de la Convención sobre los Derechos del Niño, la ley dispone que el *objetivo principal de la política de infancia debe ser la crianza y desarrollo de los niños dentro de su familia y solo en última instancia, como medida de protección, de carácter excepcional y provisional la permanencia temporal en entidades de atención social*”.⁴

“Este objetivo señala el marco en el cual se deberán desarrollar los mayores esfuerzos por parte del Estado y la sociedad civil. No es posible mejorar la vida de los niños sin ayudar a los adultos a desarrollar y afianzar su función educativa. La familia tanto nuclear como extensa debe ser entendida como recurso, no como portadora de problemas y por ende apoyarla a cumplir sus funciones de crianza y protección y con ello hacer posible el derecho de los niños a crecer en su familia apoyado dentro de ella. En ese sentido, será necesario promover y fortalecer alianzas con las familias, procurando trabajar desde las potencialidades que ellas tienen, alentando a que asuman sus responsabilidades y tomen sus propias decisiones en el marco del respeto y la protección de sus miembros”.⁵

“El avance en esta perspectiva nos obliga a tener presente las importantes transformaciones acontecidas durante las últimas décadas en la dinámica y estructura de las familias así como el deterioro de muchas de sus capacidades producto de la pobreza, de manera que la adecuación de los programas e intervenciones puedan asumir esa

⁴ Nueva Ley del Niño de la Provincia de Buenos Aires, Pag, 18. 2005

⁵ IDEM.

complejidad a la hora de fortalecer las funciones de las familias en la crianza y protección a los niños".⁶

2-Una nueva institucionalidad.

"La Convención de los Derechos del Niño supone una serie de obligaciones que implican un replanteo profundo en las relaciones del Estados con los niños. **La Ley de Promoción y Protección Integral de los Derechos de los Niños** y el Decreto Reglamentario reflejan esa transformación a partir de la creación de una institucionalidad descentralizada y la promoción de la participación social.

Las disposiciones contenidas en estos instrumentos prevén la protección de los niños por parte del Estado a partir del establecimiento de nuevas instituciones, programas, acciones y prácticas que permitan su inclusión en las políticas públicas universales y en su ámbito familiar y comunitario, revirtiendo la tendencia seguida por el modelo tutelar de segregación de los niños en sistemas especiales. Con ello establece un giro en las relaciones del Estado con los niños que, en términos generales, se puede resumir en el abandono de intervenciones estatales especializadas, canalizadas a través de programas, estructuras organizacionales y prácticas administrativas centralizadas en el ejecutivo provincial e implementadas en forma aislada de la red de relaciones familiares, sociales, barriales e institucionales en donde las niñas, niños y/o adolescentes viven su cotidianeidad.

A diferencia del modelo de organización aún vigente, resultado de la Ley de Patronato del Estado, la nueva forma de entender y actuar respecto a la infancia y la adolescencia supone otro tipo de modelos de organización y gestión. Reclama intervenciones con capacidad de integrar acciones sociales que colaboren en la inclusión de los niños y adolescentes en su grupo familiar, en la escuela, en los servicios de salud y en el barrio".⁷

Servicio de apoyo a las familias.

- "Barrios amigables para el crecimiento, desarrollo y protección de los niños: las experiencias de vida cotidiana en los barrios son importantes en la construcción de la subjetividad en los niños y la inseguridad, en sus distintas expresiones, los afecta en forma creciente, contrarrestando, muchas veces, los esfuerzos hechos

⁶ Nueva Ley del Niño de la Provincia de Buenos Aires, 2005. Capítulo IV, Pág. 18 y 19.

⁷ IDEM

por padres y maestros. Ellos pasan muchas horas en las veredas de los barrios, jugando o simplemente estando, por lo que resulta de extrema importancia promover el involucramiento de toda la comunidad en su cuidado y protección. Esto implica, tanto iniciativas orientadas al mejoramiento físico del barrio, como aquellas que promuevan ámbitos cotidianos que propician el desarrollo y protección de los niños tales como promoción de la opinión de los niños, el buen trato, las relaciones sociales, de reciprocidad entre pares generacionales y la convivencia entre instituciones y vecinos”.⁸

- Iniciativas de acogimiento familiar: privilegiando a la familia extensa, en caso de que sea necesaria una medida de protección, proporcionando a los niños un núcleo de convivencia familiar, en sustitución o como complemento del propio, en forma temporal, para su reinserción en la familia de origen”.⁹

Dentro de esta ley merece ser destacada para este trabajo los aspectos que a continuación se detallan:

Titulo I:

Principios Generales

Capitulo único

Objeto y finalidad

- Artículo 3º: La política respecto de todos los niños tendrá como objetivo principal su contención en el núcleo familiar, a través de la implementación de planes y programas de prevención, asistencia e inserción social.
- Artículo 9º: La ausencia o carencia de recursos materiales del padre, madre, tutor o guardador, sea circunstancial, transitoria o permanente, no constituye causa para la exclusión del niño de su grupo familiar, o su institucionalización.

Titulo II:

Capitulo II

De los órganos administrativos

- Artículo 18º: En cada municipio la Autoridad de Aplicación debe establecer órganos desconcentrados denominados Servicios Locales de Protección de Derechos. Serán unidades técnico operativas con una o más sedes, desempeñando las funciones de facilitar que el niño que tenga amenazados o violados sus derechos, pueda acceder a los programas y planes disponibles en su comunidad. En los casos en que la problemática presentada admita una solución

⁸ Nueva Ley del Niño de la Provincia de Buenos Aires, 2005. Capitulo IV, Pag. 31 y 32.

⁹ IDEM

rápida, y que se pueda efectivizar con recursos propios, la ayuda se podrá efectuar en forma directa.

Les corresponderá a estos servicios buscar la alternativa que evite la separación del niño de su familia o de las personas encargadas de su cuidado personal, aportando directamente las soluciones apropiadas para superar la situación que amenaza con provocar la separación.

Capítulo IV

Medidas de protección integral de derechos

- Artículo 34º: Se aplicaran prioritariamente aquellas medidas de protección de derechos que tengan por finalidad la preservación y fortalecimiento de los vínculos familiares con relación a todos los niños. Cuando la amenaza o violación de derechos sea consecuencia de necesidades básicas insatisfechas, carencias o dificultades materiales, laborales o de vivienda, las medidas de protección son programas dirigidos a brindar ayuda y apoyo, incluso económico, con miras al mantenimiento y fortalecimiento de los vínculos familiares.
- Artículo 35º: Comprobada la amenaza o violación de derechos podrán adoptarse, entre otras, las siguientes medidas:
 - a) Apoyo para que los niños permanezcan conviviendo con su grupo familiar.
 - b) Solicitud de becas de estudio o para guardería y/o inclusión en programas de alfabetización o apoyo escolar.
 - c) Asistencia integral a la embarazada.
 - d) Inclusión del niño y la familia en programas de asistencia familiar.
 - e) Cuidado del niño en el propio hogar, orientando y apoyando a los padres, representantes o responsables en el cumplimiento de sus obligaciones, conjuntamente con el seguimiento temporal de la familia y del niño a través de un programa.
 - f) **Tratamiento médico, psicológico o psiquiátrico del niño o de alguno de sus padres, responsables o representantes.**

PARTE II

CAPITULO I

El Hogar Juvenil de APAND

1- Aspectos descriptivos organizativos:

Institución:

- A.P.A.N.D "Asociación Pro Ayuda a la Niñez Desamparada"

Localización:

- Se encuentra ubicada en Ruta 2 y Beruti, en la ciudad de Mar del Plata, provincia de Buenos Aires. Teléfonos: 0223- 477-5205 – 477-5878.

Días y horarios de atención:

- Lunes a viernes de 9 a 15 hs.

Área de influencia:

- Comprende el Partido de General Pueyrredón, Balcarce, Tandil, Necochea, excepcionalmente pueden albergar a menores de otros puntos de la provincia de Buenos Aires, dado el convenio que mantiene con el Consejo Provincial del Menor y la Familia.

Población asistida:

- El Hogar Scarpati, alberga niños de 4 a 12 años y los Hogares Juveniles de 12 a 21 años. La admisión de los niños se debe a una intervención directa del Tribunal de Menores cuando este considera oportuno separar al menor de la familia o cuando se encontrara este en situación de abandono. También ingresan niños del Hogar Scarpati por haberse cumplido el límite de edad aceptado por la institución. Los niños ingresan por causas sociales únicamente.

Dependencia:

- Es una asociación civil sin fines de lucro, dirigida por empleados de Casino de la ciudad de Mar del Plata, dependientes de Lotería Nacional.

Personería jurídica: 6347

Obtención de recursos:

- Aportes de Lotería Nacional y Casinos y rifas.

Organigrama de la institución:

Comisión Directiva de APAND.

- Integrada por empleados de Casino.

Hogares Juveniles (dependencia)

- Dirección. Licenciada en Trabajo Social.

Equipo técnico:

- Psicólogo.
- Trabajadora social.
- Psicopedagoga.
- Médico.
- Secretaria.

Personal a cargo:

- Tíos de semana: un matrimonio y dos señoras.¹
- Tíos de fin de semana: una señora para cada hogar.
- Personal de maestranza.

Misiones y funciones de la institución:

- Área preventiva: responsable de trabajos por y con la comunidad en general para contribuir a la formación y recreación de la misma y de los menores tutelados. Con dependencias como la Escuela de Deportes, Escuela de Líderes, Escuela Taller de Formación Profesional Malvinas Argentinas, Colonia Infantil Parque Peña. Además funcionan como medio de socialización para los niños institucionalizados
- Área asistencial: hace referencia a la internación del menor. En un primer momento se funda el Hogar Scarpati (actualmente es dependencia municipal), alberga chicos de 4 a 12 años. Luego de la experiencia recogida y ante la creciente demanda social se crean los "Hogares Juveniles", a través del convenio con el Consejo Provincial del Menor, alberga chicos de 12 a 21 años.

Objetivo general:

- El objetivo general de los hogares se mantienen desde su creación. *Ofrecer lo necesario para un desarrollo biológico, psicológico y social armónico en un medio que sea lo mas similar posible a una familia en donde su funcionamiento gire fundamentalmente alrededor del amor.*

Objetivo específico:

- La institución pretende transmitir y abocarse a un mayor acercamiento y atención a cada caso, socialización del joven, escolarización, independencia económica, que puedan desarrollar su proyecto de vida con el fin último del egreso de la institución

¹ Término familiar que se utiliza para denominar a los adultos responsables del cuidado de los niños en cada hogar.

y/o la reinserción familiar, ello a través de la incorporación de pautas morales y sociales.

Reseña histórica:

- La institución fue creada en 1959 por Francisco Scarpatti, quien cumplía el papel de Presidente de la Comisión Directiva integrada además por otros empleados de casino que lo acompañaron en su labor.

Circunscribiendo su labor a la niñez desamparada, delimitó su accionar en dos niveles: preventivo y asistencial

El hogar Francia, comienza a funcionar en 1982 y el Hogar Berutti en 1985; en 1997 se funda el " Hogar la Ilusión", para chicas de 12 a 21 años becado por Nación.

Descripción de los hogares:

- Los hogares cuentan con edificación propia, con buen estado de conservación en cuanto a higiene y aspectos materiales. El grado de adecuación a la función es igualmente bueno, dado que la distribución espacial y la capacidad es coherente con la cantidad de los usuarios y personal que en ellas habitan. Cada hogar tiene capacidad para diez plazas, más el personal a cargo. Los tíos cuentan con habitación propia, tanto los de semana como los de fin de semana. Actualmente en cada hogar hay diez chicos.

2- Servicio social:

Localización del servicio:

- En las instalaciones de A.P.A.N.D, edificio central, planta baja, funciona en la dirección de los Hogares Juveniles.

Funciones del servicio social:

- Acompañamiento del menor, en un proyecto propio y/ o familiar. Intervención con la familia del menor.

Objetivos:

- Lograr la autonomía del menor, para que al momento de egresar tenga los elementos necesarios para su realización.

Actividades:

- Entrevistas familiares, informes socio ambiental, reuniones con el equipo técnico.

Responsable:

- Licenciada en trabajo social, directora del Hogar Juvenil, coordinadora responsable tanto del equipo técnico como del cuidado e integridad de los menores que viven en el hogar. Nexa entre el Tribunal de Menores y la Comisión Directiva.

Cuadro hipotético problemático que atiende el servicio:

- A través de la lectura de las historias de vida de los adolescentes institucionalizados; se observa que el trabajador social, para cumplir con su objetivo de acompañamiento y contención de los mismos, debe intervenir con familias abandonadas, progenitores alcohólicos, madres con problemas de salud mental, violencia familiar, desocupación, padres ausentes, educación deficiente, analfabetismo, etc.

Instrumento de registro en los legajos personales:

- Informes sociales-
- Informes psicológicos-
- Informes socio ambientales
- Informes sanitarios-
- Informes fonoaudiológicos-
- Informes terapeuta ocupacional-
- Informes fisiatría-
- Informes pedagógicos-
- Actualización de la causa, del Tribunal de Menores.

Nivel de intervención:

- Individual, familiar y grupal.

Programas y proyectos:

Únicamente el proyecto institucional.

CAPITULO II

Experiencia metodológica de trabajo.

Características:

La realización de la práctica de pre – grado, de la carrera de Licenciatura en Servicio Social, en el Hogar juvenil de APAND y la oportunidad de extender la misma por el término de dos años me han enriquecido a partir de la posibilidad de profundizar el conocimiento de la compleja problemática de la población infanto juvenil que aborda dicha institución.

El presente trabajo constituye una investigación exploratorio – descriptiva sobre la evolución de vida de los adolescentes internados con causas sociales en el Hogar Juvenil de APAND, cuyas madres presentan algún tipo de patología psiquiátrica, las estrategias institucionales, profesionales y las consecuencias que produce sobre este binomio madre hijo en situación de vulnerabilidad.

La participación tanto en la vida cotidiana de los adolescentes, como del trabajo con el equipo técnico; el contacto permanente con los actores involucrados ha facilitado el desarrollo de la presente investigación. Focalizándome particularmente sobre la problemática antes mencionada.

Unidad de análisis:

Adolescentes internados en el Hogar Juvenil de APAND, con madres portadoras de padecimiento psíquico.

Criterios de inclusión:

En cuanto a los criterios de inclusión se seleccionó a aquellos adolescentes de ambos sexos residentes en el Hogar Juvenil de APAND durante el año 2005, con madres que están señaladas institucionalmente como portadoras de patologías psiquiátricas. De un total de 16 casos detectados se efectuó la investigación sólo con 7 de los mismos, dado que el resto egresó durante este período y muchos de ellos regresaron a sus lugares de origen fuera de la ciudad de Mar del Plata.

Para el presente trabajo sólo se entrevistaron a dos jóvenes mayores de edad y a una de ellas, en compañía de su madre. De un total de 6 madres se tomó contacto con 3 de ellas a quienes se pudo entrevistar.

Técnicas de recolección de datos:

Entendiendo la metodología como el medio para lograr un fin, es que en el marco de la presente investigación se han adoptado para alcanzarlo, las siguientes herramientas de análisis:

- Observación documental de historias de vida y legajos de los adolescentes internados en la institución.
- Entrevistas abiertas y en profundidad a los adolescentes y sus madres.
- Entrevistas semi estructuradas a los profesionales que han intervenido en la situación de ambos (psicólogos, trabajadores sociales, medico y cuidadores).

Observación documental:

Hay situaciones en que una serie de datos no son directamente observables (informes sociales de diferentes instituciones, juzgados, hogares de admisión, hospitales, escuelas, lo que constituye la historia de vida de una persona para este caso en particular), razón por la cual es necesario recurrir al análisis de los datos documentales.

"La utilización de estas fuentes debe acompañarse de una verificación crítica de la elaboración de estos datos y de la confrontación de los datos de diversos orígenes sobre el mismo objeto".¹

Entrevista abierta y en profundidad:

Las entrevistas cualitativas han sido descriptas como no directivas, no estructuradas, no estandarizadas y abiertas. "Por entrevistas cualitativas en profundidad entendemos reiterados encuentros cara a cara entre el investigador y los informantes, encuentros estos dirigidos hacia la comprensión de las perspectivas que tienen los informantes respecto de sus vidas, experiencias o situaciones, tal como las expresan con sus propias palabras".²

Dentro de los tipos de entrevistas en profundidad encontramos la *historia de vida*, que le permite al entrevistador "aprehender las experiencias destacadas de la vida de una persona y las definiciones que esa persona aplica a tales experiencias".³

¹ De Robertis, Cristina; Pascal Henri: " La intervención colectiva en trabajo social", Pag. 64. Edit. El Ateneo. Buenos Aires 1994.

² Taylor S. J. y Bogdan R.: Introducción a los métodos cualitativos de investigación. Pag. 101. Edit. Paidós . Bs. As. 1998.

³ Idem.

Entrevista semi estructurada:

“Se utiliza cuando las respuestas a las preguntas del entrevistador son numerosas e imprevisibles. Cuando el objetivo es acumular el máximo de información sobre el tema de la encuesta.”⁴

Se elabora una guía que contiene todas las preguntas que necesariamente se deberá realizar para abordar la situación problema. Estas preguntas se formulan a todas las personas en forma idéntica para asegurar que los resultados sean comparables.

⁴ De Robertis, Cristina; Pascal Henri: “ La intervención colectiva en trabajo social”, Pag. 68. Edit. El Ateneo. Buenos Aires 1994.

CAPITULO III

El estudio de los casos

Características familiares: Familias con carencias socioeconómicas y figuras parentales débiles.

Caso	Sexo	Edad actual	Escolaridad	Fecha de internación	Cuidador al momento de la internación	Situación actual
1 P	F	15	Polimodal	12/03/96	Madre	Internada
2 R	F	19	Polimodal completo	12/03/96	Madre	Vive con su madre
3 M	F	20	Polimodal completo	26/06/95	Vecina	Cuadrado de Amof
4 J	M	19	3º ciclo de adultos	09/09/93	Padre	Internado
5 C	M	15	EGB	17/12/03	Abuela materna	Internado
6 G	M	18	Polimodal	10/03/94	Abuelos materno	Internado
7 V	M	15	Polimodal	12/02/96	Madre	Internado

Cuadro 1. Síntesis de la situación de los adolescentes estudiados.

Madre	Edad	Estado civil	Nivel de instrucción	Ocupación	Nº de hijos	Diagnóstico	Si estaba internada al momento de internación de sus hijos
1 S	30	soltera	Analfabeta	Empleada doméstica	6	Psicosis	No
2 S	30	Soltera	Analfabeta	Empleada doméstica	6	Psicosis	No
3 L	Falle	Se desconoce	Se desconoce	Ama de casa	3	Se desconoce	Si
4 M		Se desconoce	Se desconoce	Ama de casa	9	Psicosis	No
5 G	32	Soltera	Primario	Empleada doméstica	7	Depresión	No
6 A		Soltera	Analfabeta	Ama de casa	3	Retardo mental	No
7 P	25	soltera	Analfabeta	Ama de casa	6	Presicotica	No

Cuadro 2. Síntesis de la situación de las madres estudiadas.

Caso 1- P

a) Momento de internación:

El grupo familiar se encontraba expuesto a múltiples factores de riesgo, producto de la problemática económica y psicosocial.

P contaba con 6 años al momento de ser institucionalizada y ha permanecido en esa situación por 9 años.

b) Evolución del niño institucionalizado:

En cuanto a la salud, presentaba pautas evolutivas por debajo de la edad cronológica, falta de estimulación y tendencia al aislamiento. Provocando la prolongada internación un consecuente deterioro psicoemocional. La niña recibió tratamiento psicoterapéutico individual y grupal.

Respecto de su educación, en general toda su escolaridad ha estado signada por la falta de interés en su escolaridad y la abulia. Ha presentado dificultades en la atención y concentración; lenta en el aprendizaje y para realizar la tarea. Pero estas dificultades no le impidieron intelectualmente lograr los contenidos para terminar con la escolaridad general básica.

En lo que hace a su relación intrainstitucional no ha presentado dificultades de adaptación con pares y adultos. Si algunos episodios problemáticos, que se sucedieron con mayor frecuencia cuando su mamá faltaba a las visitas sin previo aviso.

Siempre tuvo un fuerte lazo afectivo con su madre que se sostuvo en el tiempo durante la internación, salvo episodios de ausencias vinculados a la salud de ésta. También mantuvo una buena relación con sus hermanos.

c) Características de la problemática materna:

Situación socio económica al momento de internación de sus hijos:

La señora vivía en una casilla rural fuera de la ciudad y trabajaba como empleada doméstica en la zona norte de Mar del Plata. Lo que percibía no le alcanzaba para cubrir los gastos de transporte y las necesidades básicas de ella y sus hijos. Su vivienda se encontraba muy alejada de la escuela, el centro de salud del barrio y el centro recreativo. Sus hijos quedaban solos y expuestos a altos factores de riesgo mientras ella trabajaba.

Por las evaluaciones realizadas por el perito médico psiquiatra y de la psicóloga del Centro de Promoción Social dependiente del Hospital Interzonal General de Agudos, la señora fue diagnosticada como psicótica.

La señora S recibió tratamiento de rehabilitación e inserción social en el Centro de promoción Social, de parte del equipo Interdisciplinario compuesto por psicólogos,

medico psiquiatra, terapeuta ocupacional y trabajador social. Esta institución también la albergo en los momentos más difíciles de su enfermedad.

Dado la patología de la Sra. S, su incapacidad para cuidar de si misma, su inestabilidad domiciliaria y no contando con familiares que pudieran ampararla, se la declaro insana nombrándosele para tal efecto un curador oficial.

d) Instituciones que intervinieron en las necesidades de cuidado de la madre:

- Centro de Atención Barrial 9 de Julio.
- Centro de Atención Primaria de la Salud de APAND.
- Escuela N° 16.
- Vindur, terrenos fiscales para la ubicación de la casilla rural.
- Casa del Niño Grillito; apoyo psicológico.
- Acción Social de la Municipalidad, otorga la casilla rural.
- Madrina de su hijo C, quien asume la responsabilidad de su cuidado.
- Centro de Atención Barrial de Batán.
- Plan de Lactantes.
- Centro de Estimulación Temprana.
- Comedor Eva Perón.
- Servicio Social Centro Recreativo Asistencial del Barrio Batán.
- Hogar F. Scarpati.
- Centro de Salud Barrio Camet.
- Hogar Juvenil de APAND

Caso 2- R

a) Momento de internación:

El grupo familiar se encontraba expuesto a múltiples factores de riesgo, producto de la problemática económica y psicosocial.

R contaba con 11 años al momento de ser institucionalizada y ha permanecido en esa situación por 8 años.

b) Evolución del niño institucionalizado:

En cuanto a su estado de salud presentaba pautas evolutivas acorde a su edad y en el área sanitaria sin problemas. La prolongada internación provocó un consecuente deterioro psicoemocional, para lo cual la niña recibió tratamiento psicoterapéutico individual y grupal.

Respecto de su educación no presentó dificultades de aprendizaje ni con su escolaridad, finalizando el Polimodal en el año 2003.

En lo que hace a su relación intrainstitucional no ha presentado dificultades de adaptación con pares y adultos. Si algunos episodios problemáticos, que se sucedieron con mayor frecuencia cuando su mamá faltaba a las visitas sin previo aviso.

Siempre tuvo un fuerte lazo afectivo con su madre que se sostuvo en el tiempo durante la internación, salvo episodios de ausencias vinculados a la salud de ésta, que la sumían en una gran angustia. Al entrar a la adolescencia atravesó una etapa de cierto rechazo y vergüenza hacia su madre, que fue superada con la adecuada intervención del psicólogo y la trabajadora social. También mantuvo una buena relación con sus hermanos.

c) Características de la problemática materna:

Situación socio económica al momento de internación de sus hijos:

La señora vivía en una casilla rural fuera de la ciudad y trabajaba como empleada doméstica en la zona norte de Mar del Plata. Lo que percibía no le alcanzaba para cubrir los gastos de transporte y las necesidades básicas de ella y sus hijos. Su vivienda se encontraba muy alejada de la escuela, el centro de salud del barrio y el centro recreativo. Sus hijos quedaban solos y expuestos a altos factores de riesgo mientras ella trabajaba.

Por las evaluaciones realizadas por el perito médico psiquiatra y de la psicóloga del Centro de Promoción Social dependiente del Hospital Interzonal General de Agudos, la señora fue diagnosticada como psicótica.

La señora S recibió tratamiento de rehabilitación e inserción social en el Centro de Promoción Social, de parte del equipo Interdisciplinario compuesto por psicólogos, médico psiquiatra, terapeuta ocupacional y trabajador social. Esta institución también la alberga en los momentos más difíciles de su enfermedad.

Dado la patología de la Sra. S, su incapacidad para cuidar de si misma, su inestabilidad domiciliaria y no contando con familiares que pudieran ampararla, se la declaro insana nombrándosele para tal efecto un curador oficial.

d) Instituciones que intervinieron en las necesidades de cuidado de la madre:

- Centro de Atención Barrial 9 de Julio.
- Centro de Atención Primaria de la Salud de APAND.
- Escuela N° 16.
- Vindur, terrenos fiscales para la ubicación de la casilla rural.
- Casa del Niño Grillito; apoyo psicológico.
- Acción Social de la Municipalidad, otorga la casilla rural.
- Madrina de su hijo C, quien asume la responsabilidad de su cuidado.
- Centro de Atención Barrial de Batán.
- Plan de Lactantes.
- Centro de Estimulación Temprana.
- Comedor Eva Perón.
- Servicio Social Centro Recreativo Asistencial del Barrio Batán.
- Hogar F. Scarpati.
- Centro de Salud Barrio Camet.

Caso 3- M

a) Momento de internación:

La mamá de M llevaba un largo periodo de internación, su padre se desempeñaba en el rubro de la pesca permaniendo embarcado muchos días, razón por la cual sus hijos quedaban al cuidado de una vecina, bajo cuya responsabilidad la niña fue violada y maltratada.

M contaba con 11 años al momento de ser institucionalizada y ha permanecido en esa situación por 10 años.

b) Evolución del niño institucionalizado:

En cuanto a su salud no presentaba problemas en el área sanitaria. Si denotó escasos recursos de autovalimiento, dificultades de aprendizaje y en el habla. La niña recibió tratamiento psicológico individual como así también tratamiento fonoaudiológico. M egreso en el año 2005 a un hogar maternal por encontrarse embarazada.

Respecto a su educación, durante el ciclo EGB su mayor dificultad fueron las matemáticas. Al ingresar al ciclo Polimodal necesito intelectualmente constante estimulación y apoyo escolar. Presentando dificultades para comprender las consignas y los temas explicados por los docentes. Pero la constancia fue su mejor aliada para terminar sus estudios en el año 2004. En el área deportiva ha integrado el equipo de básquet de la institución.

En cuanto a su relación intrainstitucional, no tuvo problemas de adaptación y relación con pares y adultos. En el Hogar Juvenil se suceden algunos episodios problemáticos con la puesta de límites, rebeldía y falta de colaboración en el hogar, llegando a fugarse en un momento.

Afectivamente pudo mantener un fuerte vínculo con su madre, a pesar de la interferencia provocada por su concubino, quien abuso de la menor. Cuando esta fallece, la niña queda prácticamente sola ya que el contacto con sus hermanos es muy escaso y su padre continúa como figura ausente e indiferente.

c) Características de la problemática materna:

Situación socio económica al momento de internación de sus hijos:

La Sra. A vivía en condiciones muy precarias, mantenida con la jubilación de su concubino. La fragilidad de su salud la llevo a permanecer internada en el Hospital Interzonal General de Agudos en muchas oportunidades. Allí recibía tratamiento y medicación para su padecimiento sicótico.

La señora siempre mantuvo el mismo domicilio, desconociéndose si alguna vez se le inicio algún juicio de insania.

d) Instituciones que intervinieron en las necesidades de cuidado de la madre:

- Servicio social del Hospital Interzonal General de Agudos.
- Centro Recreativo Asistencial Bambi.
- Equipo Técnico del Hogar Scarpati.
- Equipo técnico Hogar Juvenil de APAND.

Caso 4- J

a) Momento de internación:

Su madre llevaba un año aproximadamente en la ciudad de Bahía Blanca al cuidado de sus padres por su problema de salud. Su padre forma una nueva pareja, razón por la cual institucionaliza a todos sus hijos completando así el abandono iniciado por la mamá.

J contaba con 6 años al momento de ser institucionalizado y ha permanecido en esa situación por 12 años.

b) Evolución del niño institucionalizado:

En cuanto a su salud sus pautas evolutivas se encontraban muy por debajo de la edad cronológica por falta de estimulación. Durante su internación en el Hogar Scarpati su salud psíquica sufrió grandes crisis hasta un psicodiagnóstico erróneo que lo mantuvo medicado con psicofármacos inadecuadamente por mucho tiempo.

Al ingresar al Hogar Juvenil, se constata que el niño padece un bloqueo emocional para lo cual se le retira gradualmente la medicación y se lo deriva a tratamiento psicoterapéutico individual y grupal y tratamiento de terapia ocupacional.

Respecto de su educación, la falta de estimulación oportuna y adecuada, la carencia de dispositivos básicos para aprender como el aprestamiento entre otros, y su dificultad en el habla, demoraron el proceso de aprendizaje de la lecto escritura y el cálculo.

En la escuela Pierre Marie tiene un buen desenvolvimiento, con una lenta evolución, pero superado su problema de salud logra alcanzar los objetivos esperados, necesitando estimulación constante.

Durante el año 2005 se encontraba integrado cursando el 3º ciclo de adultos en el Instituto Maria Auxiliadora. Ha concurrido a taller de dibujo, escuela de básquet y fútbol de la institución.

En lo referente a las relaciones intrainstitucionales, nunca pudo adaptarse al Hogar Scarpati, allí tuvo dificultades de integración con pares y aceptación de límites por parte de los adultos. Por momentos participo de algunas actividades grupales y otros tuvo serios inconvenientes de convivencia que derivaron en su traslado a diferentes instituciones hasta ingresar en el Hogar Juvenil.

Allí se encontró más contenido por los tíos cuidadores, adaptándose al nuevo hogar e integrándose al grupo de pares rápidamente.

Mantuvo contacto permanente con sus hermanos internados en la misma institución. Su padre los abandonó definitivamente. Su madre mantiene una presencia

inestable por su enfermedad y los abuelos maternos no visitan a sus nietos en la institución.

c) Características de la problemática materna:

Situación socio económica al momento de internación de sus hijos:

La señora M, llevaba un año viviendo en Bahía Blanca al cuidado de sus padres, diagnosticada presuntamente de sicótico.

Según dichos de su madre, la señora fue medicada y controlada por médico psiquiatra en la ciudad de Bahía Blanca. Se desconoce si la señora estuvo internada en algún hospital neuro psiquiátrico. Se desconoce si ha iniciado juicio de insania.

Se ha podido constatar la rotación permanente de domicilio.

d) Instituciones que intervinieron en las necesidades de cuidado de la madre:

- Hogar de Nazareth dependiente de la Parroquia Don Bosco.

Caso 5- C

a) Momento de internación:

La señora G en una de sus crisis depresivas abandona a sus hijos, en búsqueda de trabajo, con la intención de involucrar al progenitor en el cuidado de los mismos; desencadenándose así el desmembramiento familiar

C contaba con 12 años al momento de ser institucionalizado y ha permanecido en esa situación por 2 años.

b) Evolución del niño institucionalizado:

En cuanto a su salud no presentaba problemas sanitarios contando con un nivel madurativo acorde a su edad.

En lo referente a su educación no presento problemas de aprendizaje ni de adaptación. Concurrió a la escuela de básquet y fútbol de la institución.

Respecto de sus relaciones intrainstitucionales no tuvo problemas de adaptación e integración con pares y adultos.

Respecto de su relación familiar, conservó un fuerte vínculo afectivo con su madre, reforzado por las frecuentes visitas de esta al hogar; y con sus hermanos a partir de los viajes que el niño realizaba para verlos, a su ciudad natal.

c) Características de la problemática materna:

Situación socioeconómica al momento de internación de sus hijos:

A partir del fallecimiento de uno de sus hijos en un accidente de tránsito en el año 1999, la Sra. G se sume en una profunda depresión intentando quitarse la vida en varias oportunidades. Esta situación agudizó aun más, la vulnerabilidad familiar por no contar con la presencia de un padre que ejerza su responsabilidad como tal.

En cuanto a su depresión la señora realizó tratamiento psicológico y psiquiátrico, con medicación en forma discontinua en el Hospital Municipal de Vidal. Se desconoce si fue internada en dicho hospital en alguna oportunidad.

Durante los periodos críticos de su enfermedad y agravado por sus carencias de contención familiar la señora ha rotado su domicilio con mucha frecuencia.

d) Instituciones que intervinieron en las necesidades de cuidado de la madre:

- Escuela Provincial Nº 22, de Coronel Vidal.
- Servicio Social del Hospital Municipal de Coronel Vidal.
- Servicio Social de la Secretaría de Salud y Previsión Social de la Municipalidad de Mar Chiquita.
- Hogar de Admisión y Evaluación Dr. Arenaza.
- Hogar Juvenil de APAND.

Caso 6 - G

a) Momento de internación:

Familia con dificultades económicas y psicosociales, alcoholismo y violencia familiar. En este entorno de alto riesgo y vulnerabilidad vivían la Sra. A y sus hijos.

G contaba con 6 años al momento de ser institucionalizado y ha permanecido en esa situación por 11 años.

b) Evolución del niño institucionalizado:

En relación a la salud, durante los primeros meses de internación, G sufrió enfermedades propias de la infancia. Lo que más le afectó fue su retardo en la adquisición de pautas madurativas por falta de estimulación. Deterioro psicoemocional por internación prolongada y frustrados intentos de adopción. El niño ha recibido tratamiento médico adecuado y contención psicológica individual.

En cuanto a su educación, ingresó al 1º año sin escolaridad previa, respondiendo parcialmente a las pautas requeridas. Se reforzó con la docente el apoyo permanentemente durante el proceso de aprendizaje para superar sus dificultades de hipoestimulación, respetando los tiempos del niño.

Su aprendizaje fue lento con dificultades unas veces por su dispersión otras por su estado hiperquinético, lo que disminuía su rendimiento escolar. Su inestabilidad emocional le dificultaba alcanzar los contenidos pedagógicos.

En el ámbito intrainstitucional no presentó problemas de adaptación y relación con pares y adultos, era sociable y afectuoso. Participaba en actividades grupales.

Protagonizó algunos episodios problemáticos como consecuencia de su dificultad con la puesta de límites con pares y adultos

Respecto de su familia, mantuvo un fuerte vínculo afectivo con su madre, quien lo visitaba con la frecuencia que sus posibilidades se lo permitían.

También mantuvo buena relación con sus tíos maternos pero inestables como consecuencia de las dificultades con la puesta de límites. Esta fue la mayor dificultad que G presentó en cada uno de los intentos fallidos de egresar con una familia. Abuelos maternos ausentes.

c) Características de la problemática materna:

Situación socioeconómica al momento de internación de sus hijos:

La Sra. A, nunca recibió tratamiento por su problema psiquiátrico. Padres alcohólicos que protagonizaban hechos violentos. Una vecina denunció que A era abusada desde niña por su padre y sus amigos en estado de ebriedad. La obligaron a ejercer la prostitución y a mendigar durante la noche.

La señora fue diagnosticada de retardo mental de grado imbecílico, por el perito psiquiatra del Ministerio Pupilar. Dada su patología y su incapacidad para cuidar de si misma se la declaró insana y le fue asignado un curador oficial.

Se desconoce si la señora A permaneció internada por su patología en alguna institución de salud.

d) Instituciones que intervinieron en las necesidades de cuidado de la madre:

- Sala de atención barrial:
- Curaduría oficial.

Caso 7 - V

a) Momento de internación:

Familia con problemas socioeconómicos, ambientales e incapacidad materna para cuidar de si y de sus hijos, quienes se encontraban expuestos a altos factores de riesgo.

V contaba con 5 años al momento de ser institucionalizado y ha permanecido en esa situación por 9 años.

b) Evolución del niño institucionalizado:

En cuanto a su salud no presento problemas en el área sanitaria, con un nivel madurativo superior a lo esperable para su edad. No presentaba trastornos de conducta pero si una personalidad muy estructurada. Oportunamente recibió tratamiento psicológico individual y grupal.

Con respecto a su educación, no fue escolarizado hasta los 5 años cuando ingresó al Jardín de Infantes no presentando problemas de adaptación. Intelectualmente respondió a los contenidos de la etapa. Inicia el 1º grado con un aprendizaje lento, pero el entusiasmo y la dedicación puesta por el niño lo llevaron a promover el año sin dificultad. Dio muestras de habilidad para resolver situaciones problemáticas y operaciones numéricas. Realizó actividad deportiva y asistió a escuela de fútbol, deporte en el cual puso grandes expectativas. Durante el año 2005 cursó el EGB en el Instituto Quilmes, con ayuda de una beca.

En lo referente a las relaciones intrainstitucionales no tuvo dificultades para adaptarse ni integrarse con pares y adultos. Presento algunos problemas de relación con pares, coincidentemente con el distanciamiento familiar.

Mantuvo un buen vínculo afectivo con su familia hasta que se enteró que el Sr. E no era su padre; desde entonces ha comenzado un paulatino distanciamiento con la misma.

c) Características de la problemática materna:

Situación socioeconómica al momento de internación de sus hijos:

Problemas económicos y psicosociales que no le permitían cubrir las necesidades básicas del grupo familiar. La vivienda se encontraba en condiciones inhabitables. Los niños se encontraban expuestos a altos factores de riesgo por la negligencia de sus padres y escasos recursos intelectuales de la Sra. C.

La señora fue diagnosticada como presicótica, según informe psicológico del Tribunal de Menores. Recibió tratamiento psicológico esporádico no pudiendo sostenerlo en el tiempo. Estuvo internada en varias oportunidades por sus cuadros de "coma diabético".

d) Instituciones que intervinieron en las necesidades de cuidado de la madre:

- Acción social de la Municipalidad de Gral. Pueyrredón.
- Servicio social del Hogar Scarpati.
- Centro de Salud Barrial de la zona.
- Hospital Interzonal Materno Infantil.
- Hospital Interzonal General de Agudos.

Abordaje institucional desde la intervención del Trabajador Social.

- Informe Socio-ambiental.
- Gestión de materiales de construcción para mejora habitacional de las madres.
- Seguimiento y apoyo externo a las madres en cuanto a su organización de la vida cotidiana; por ello se trabaja la posibilidad de proyectar junto a las señoras, objetivos vitales a corto plazo.
- Entrevistas con los niños y su madre, con el objetivo de que los menores puedan demandar a su madre la necesidad de estar junto a ella, lo cual puede generar que la señora se movilice hacia la ejecución de acciones en pos de su egreso.
- Entrevistas de apoyo a fin de colaborar en la clarificación de los aspectos emocionales que interfieren en el deterioro intelectual de la mamá. Seguimiento.
- Informar al Tribunal de Menores, sobre las actividades desarrolladas por los niños y la evolución de la relación con sus madres.
- Entrevista y evalúa a todas aquellas personas que se acercan a los niños con el objetivo de visitarlas, egresarlas ya sea con fines recreativos o permanente.
- Sugiere e informa al Tribunal de Menores sobre las acciones favorables y más convenientes para los niños.
- Reuniones permanentes con el Trabajador Social del Centro de Promoción Social con el fin de coordinar las visitas de las niñas a su madre.
- Coordinación permanente de acciones con el servicio social del Centro de Salud Barrial para estabilizar la variable habitacional de la señora S.
- Señalamientos, control y seguimiento sobre: Situación sanitaria; continuidad laboral y mejoramiento habitacional en la vivienda apuntando a que dicha residencia sea fija. Reflexionando sobre la posibilidad de que de no ser así pierda la casilla y también sobre la concreción de acciones en vista al futuro personal y de sus hijos.
- Acompañamiento durante toda la evaluación psiquiátrica y psicológica, aportando datos de su historia familiar.
- Contacto con el Servicio Social del HIGA para seguimiento de salud.
- Acompaña a la niña de visita a su madre internada en el hospital, informando y clarificando cual es el estado de salud de de la misma, anticipándola de la situación.
- Señalamientos sobre las dificultades de la señora A para cortar relaciones perjudiciales para con ellos y en especial la vulnerabilidad acentuada de M.
- Ante la manifestación de M de haber sido abusada, informa de inmediato al Tribunal de Menores, atento la preservación psíquica y física de la niña. Sugiere

la suspensión en primera instancia momentáneamente de las salidas a su hogar los fines de semana.

- Trabajo con el progenitor de los menores internados para mantener y fortalecer el vínculo con sus hijos.
- Clarificación con los menores acerca de su situación en cuanto a la relación y expectativas con su padre. Fortalecimiento del vínculo familiar de los menores.
- Sugiere al Tribunal de Menores que cite al progenitor de manera de inducirlo a que visite a sus hijos, ya que no cumple con las citaciones que se le realizan desde la institución.
- Sugiere al Tribunal de Menores, respecto del progenitor de los niños, arbitrar los medios para la iniciación de la privación de la Patria Potestad por abandono de sus hijos y el poder retirar el salario que cobra por ellos, a quien no atiende ni material ni afectivamente.
- Evalúa cuando los menores necesitan relacionarse con el afuera, para lo cual implementa salidas especiales con fines educativos y recreativos, para fortalecer su autonomía.
- Durante las visitas domiciliarias trabaja con la madre el fortalecimiento del vínculo madre e hijo como así también la importancia de su presencia en la vida de su hijo. Le informa el estado actual de salud de J y la buena adaptación e integración del niño a la institución.
- Trabaja con el niño en la clarificación de los sentimientos de J hacia su madre, por la gran confusión que padece.
- Se deriva a la Sra. C a tratamiento psicológico en el Centro de Salud Barrial.
- Se trabaja la continuidad del vínculo con sus hijos internados a través de las visitas de fin de semana que no realiza con la debida frecuencia.
- Se trabajan con la familia las variables: higiene, vivienda y laboral
- Sugiere al Tribunal la internación de los niños a cargo de la pareja, en forma urgente por encontrarse expuestos a altos factores riesgo, y continuar con la internación de los otros niños.
- Contiene y aclara al menor sobre la confusión respecto del motivo de internación y de la no modificación de la situación por parte de su progenitora.
- Gestión de Planes Sociales: Bolsón alimentario por parte de la Municipalidad. Plan vida.
- Solicitud de ligadura de trompas para la Sra. PC, tramitado desde el HIEMI,

CAPITULO IV

La perspectiva de los profesionales del Hogar Juvenil

Abordaje profesional desde cada uno de sus roles:

Trabajadora social: "Nosotros trabajamos en equipo, con el psicólogo, quien abordaba mas que nada la parte psicológica del chico y en realidad lo que intentábamos siempre y desde el lugar de trabajadora social, era producir ese acercamiento con la mamá, que haya una aceptación de esta problemática, de poder explicar entre los dos profesionales, de que se trataba esto, porque se produce el abandono, porque generalmente el chico lo que sufre es el abandono de esa mamá y no alcanzan a comprender por qué. Y esa mamá tiene una problemática que le dificulta sostenerse a ella misma y a sus propios hijos. Entonces uno tenía como un argumento que sustentaba el abandono. Pero era difícil la aceptación porque no se entiende la enfermedad mental, y menos un chico que ha pasado por estas situaciones, lo entiende menos. Entonces aparece la vergüenza, la no aceptación, aparece el querer no verlo, el querer desvincularse.

Hasta que van creciendo; me parece que de acuerdo a la edad del chico se dan situaciones distintas. Cuando es chico aparece como una aceptación; cuando atraviesan la etapa de la adolescencia aparece más el rechazo y cuando van creciendo empiezan a comprender más determinadas situaciones, es como que aparece también el acercamiento".

Psicólogo: " Se trabaja con estos chicos para que puedan asumir su realidad, comprender su problemática familiar y construir su propia identidad.

Se ha fortalecido el vínculo con sus madres propiciando encuentros y visitas tanto domiciliarias como en el hogar".

Psicopedagoga: "Depende de cada chico en particular, por ejemplo en los varones hay que trabajar para que valoren la relación con su madre o con su familia, que tengan un mayor acercamiento y mayor participación. Se observa en ellos un sentimiento de enojo y en algunos casos tratan de evitar el contacto con la madre".

Médico: "Me ocupo de la salud de todos los chicos internados en el Hogar Juvenil de APAND, y en el aspecto estrictamente médico, el abordaje es con todos igual, no hay diferencias entre uno y otro. Porque la diferencia la marcaría el chico y su deficiencia en particular. Si como médico insisto sobre pautas de vida, auto cuidado y educación sexual.

En definitiva estos chicos están en APAND, por una carencia de contención familiar independientemente de cual sea la causa”.

Los niños con esta problemática, no han requerido un abordaje específico.

Trabajadora social: *“ Mi experiencia me dice que con chicos hay que trabajar de una manera personal, que no hay un abordaje común, que no hay un abordaje único que se pueda repetir en cada chico.*

Cada chico es único, entonces el abordaje es individual y no se puede tener un esquema de abordaje, un patrón de abordaje para con el chico, yo no lo tengo. Creo que cada persona, cada abordaje en cada situación es única e individual porque aparecen cosas que no aparecen en el otro y el individuo que tenés enfrente y las respuestas que vos tenés y el vínculo que vos armas con el otro son distintos, entonces el abordaje de intervención es diferente y es individual.

Uno puede utilizar técnicas específicas en diferentes casos. Pero generalmente en estos chicos estas cuestiones son adicionales, el abandono se da por maltrato, por el abuso, porque la mamá es una enferma mental pero la causa más importante es como trabajar el abandono. Pero después uno tiene líneas de trabajo, que va utilizando, pero yo nunca lo trabajé como una problemática diferente al resto, para mí todos son diferentes y ese es un abordaje que se hace con esa problemática.

Trabajamos con la familia para que la madre haga un tratamiento para ver como lo contiene, para ver como el pibe puede hacer un tratamiento afuera”.

Psicólogo: *“ No demandan un tratamiento especial, pero cada chico tiene sus propios tiempos para internalizar esta realidad y poder aceptar la enfermedad mental de la madre. En general a los varones les cuesta más que a las mujeres. Estos tienden a avergonzarse de sus madres, ante sus pares cuando las mismas los visitan en el hogar*

En aquellos casos que no exista una familia o adulto responsable que pueda hacerse cargo de ellos, se pone mayor énfasis en la elaboración de un proyecto autónomo, ya que al cumplir la mayoría de edad tendrán que egresar de la institución y valerse por sus propios medios. Cuando el único referente familiar es la madre con padecimiento psíquico, el proyecto debe contemplar la posibilidad de que el joven se haga cargo de su madre en la medida de sus posibilidades”.

Psicopedagoga: *“ Se observa que hay un trato diferente, una comprensión diferente de la problemática entre los varones y las mujeres. Ej. P y R, se han volcado a proteger y acompañar a su madre. si bien R pasó también por un momento de no aceptación de la*

situación de su mamá, y le daba vergüenza que la visitara en el hogar, se ponía mal delante del grupo. Esto se fue trabajando con ella y comenzó a ver la situación desde otro lugar”.

Médico: “ No desde el abordaje médico”.

Los profesionales en general, conocen en profundidad la problemática materna.

Trabajadora social: “ En el caso de M, la mamá estaba compensada pero cuando tenía desbordes la internaban. Era una mujer muy limitada; muy afectiva pero muy limitada, era una mujer que no podía con ella y tampoco podía con M. pero en el caso de M, ella no se avergonzaba de su mamá por sus características personales, ya que era muy servicial. La niña tenía muchos problemas con la pareja de su mamá, pero era muy difícil trabajar un vínculo con M y su mamá, por las limitaciones de la señora, solo desde el lado de M, porque a ella le costaba no hacerse cargo de lo que no tenía que hacerse cargo. M quería hacerse cargo de las cosas de su mamá; ella no podía con ella, pero quería ir a cuidar a su mamá, cosas que no podía hacer; primero porque no podía asumir ese rol, era difícil poner ese límite. Era imposible como un vínculo sano, era un vínculo con las características de las personalidades. Era muy complicado allí trabajar un vínculo, pero mientras la mamá vivió tratamos de que lo tuvieran.

En el caso de R, recuerdo que el día que la madre la visitó en el hogar, R estaba en el parque y entro corriendo y se metió debajo de la cama porque se avergonzaba de ella. La madre estaba muy deteriorada, no podía con ella, tenía una dificultad en la mano, todo eso a R la avergonzaba frente al resto; recuerdo que la tía del hogar preparó el té y la mamá comía mal y R se avergonzaba desde la no aceptación porque tampoco sabía de esta limitación.

Recién cuando la mamá ingresa al Centro de Promoción Social, empieza a recuperarse, a compensarse, cambiar de actitud y hacerse cargo un poco de ella, ahí se modifica el vínculo de R con su mamá.

Cuando R decide egresar o se va del hogar, lo hace con su mamá. En realidad siempre se trabajó con la niña esto de que algún día iba a egresar con su mamá, esto era un deseo de R, no lo hizo como un manotón de ahogado, R tenía este deseo y no lo podía llevar a cabo. Nosotros creíamos que R iba a terminar egresando con su novio, casada, pero R quiso cumplir este deseo de ir a vivir con su mamá y tener una casa de ellas, esa era su ambición y siempre se vino trabajando en esto, no se aceleró este egreso porque R tenía cosas que quería cumplir como terminar la escuela, cosa que le iba a resultar muy difícil económicamente estando en su casa, entonces como para darle

esa posibilidad de terminar sus estudios, en realidad en esa época ella fantaseaba con ser maestra jardinera, que después no lo pudo hacer por otras circunstancias, pero se trató de que tuviera una herramienta más para salir a la calle.

Con respecto al egreso de R; me parece que las cosas no son casuales, cuando los chicos están mucho tiempo en el hogar y arman los vínculos tan fuertes y es lo único que tienen, se boicotean el egreso; de algún modo no quieren egresar y lo boicotean porque es el único referente y les da terror el afuera, entonces acá tampoco tienen nada pero si tienen algo de donde se pueden agarrar. Cuando ellos se visualizan afuera solos en el mundo les da terror, entonces ellos boicotean todas las cosas buenas que les pasan para no irse y también algo de eso le pasaba a R, porque ella siempre tuvo el apoyo de sus suegros y de su novio como para tomar una decisión de egresar y nunca se animaba; este desenlace que la hizo ir, me parece que la ayudo a R a tomar esta decisión.

Cuando R egreso del Polimodal y le hicieron la fiesta en el Sheraton, su mamá hizo todo lo posible, desde sus limitaciones para acompañar a su hija y ambas estaban felices. Siempre las acompaño, fue una mamá presente, salvo en aquellos momentos que estaba totalmente mal, en estado crítico”.

Psicólogo: *“En su mayoría las madres con padecimiento psiquico, no han abandonado a sus hijos, mantienen su presencia como pueden. Se ha tomado contacto con ellas durante las visitas domiciliarias, visitas al hogar. Se les ha brindado contención y procurado algún tipo de ayuda”.*

Psicopedagoga: *“Con la mamá de G,C, Py R, por lo general en forma casual, porque asistían a la institución para alguna entrevista con la trabajadora social, en algunas ocasiones me ha tocado atenderlas y les brindaba información sobre la escolaridad y la conducta de sus hijos en el hogar.*

La mamá de G, en una oportunidad marco bien las pautas y los progresos que quería para su hijo en la vida, como por ejemplo: que tuviera su propia familia, que trabaje, estudie y que no se junte con chicos que lo lleven por mal camino. Muy similar ha sido la madre de P y R”.

Médico: *“Si, con la mamá de C, porque me ha consultado sobre algunos problemas de salud de su hijo y he tenido que darle algunas pautas de crianza, ya que observo que esta señora no tiene capacidad para ejercer la maternidad plena, ya sea porque no tiene experiencia adquirida con su propia madre o porque se encuentra desbordada por la situación. Entonces aprovecho estas oportunidades para guiarla, para que ella pueda*

ejercer su maternaje de alguna forma, ya sea para sacarle un turno a su hijo en el hospital, acompañarlo a la consulta, conversar con el chico sobre la iniciación sexual ahora que tiene una novia; lo que se trata es de que asuma responsabilidades para con su hijo.

Ella me manifestó que se siente desvalorizada por haber abandonado a sus hijos y que a veces sus hijos y C en particular no le dan la importancia de madre que ella debiera tener; razón por la cual creo que ella tiene que ejercer ese rol desde hechos concretos, y no como un par adolescente mas, como lo ha tomado, ya que así no es un referente adulto y en rol de madre.

Con respecto a la mamá de P y R, tome contacto con ella en algunas ocasiones muy brevemente dado que por su problemática es una mujer ensimismada con muchas dificultades para relacionarse o comunicarse con otros adultos.

A la mamá de G la vi en una sola oportunidad, en la institución cuando acudió a una entrevista con la trabajadora social”.

Son escasas las instituciones públicas que se ocupan de la salud mental en la ciudad de Mar del Plata.

Trabajadora social: *“En el caso de la mamá de R hicimos seguimiento con el psicólogo del CPS. También con la mamá de M trabajamos mucho con el Servicio de Salud Mental de la Municipalidad de General Pueyrredón, pero no lo podía sostener por sus limitaciones ya que también tenía dificultades para caminar y había que trasladarla, era todo muy difícil y no pudo sostener un tratamiento.*

En general no hemos trabajado con otras instituciones, solo en forma personalizada con el CPS, que es el lugar donde se pudo trabajar mejor”.

Psicólogo: *“Sólo una vez con la Trabajadora Social del Centro de Promoción Social, por una mamá que recibía tratamiento y asistencia”.*

Psicopedagoga: *“En una oportunidad nos visito una trabajadora social del Centro de Promoción Social, Institución donde estaba alojada la mamá de P y R”.*

Médico: *“Desconozco que en la ciudad haya alguna institución que se dedique específicamente a estos casos. Años anteriores algunas madres con cuadros de salud mental concurrían al Servicio de Salud Mental de la Municipalidad, pero no bajo una institución determinada que realizara un seguimiento.*

Nunca tomé contacto con ninguna institución que cuidara o ayudara a estas madres”.

Perspectivas de las “tías” cuidadoras de los hogares

La conducta de los niños con madres portadoras de padecimiento psíquico, difiere de los demás niños del hogar, según refieren sus cuidadoras.

Sra. E: *“En el caso de J y su hermana, creo que tienen los rasgos idénticos a la patología de su mamá, ellos suelen ser agresivos y explotar, pueden decir cualquier cosa en ese momento y luego ya no hay vuelta atrás”.*

Sra. M: *“Por lo general no se comportan como los demás chicos, por ejemplo G, es muy cariñoso, muy bueno, pero repentinamente tiene reacciones muy raras, como salivar, tirar semen contra la pared o sobre la cama de los otros chicos.*

J solía encerrarse en el baño, ha tenido por momentos la tendencia a aislarse y otras de locura, una vez llegó a pegarnos a mi esposo y a mi; estaba totalmente trastornado porque no quería que nosotros le guardáramos sus ahorros, que tenemos hacerlo por reglamento interno de la institución. Este tipo de conductas solo las observe en ellos.

V es un chiquito divino, ese nene nunca demostró nada anormal, lo único que tiene es como que no quiere entregarse. Es un chico que queremos mucho, pero cuando te arrimas demasiado, es como que salta, que llega hasta acá, pone límites, pero a su vez le gusta estar conmigo y salir conmigo”.

Los niños no presentan problemas de convivencia con sus pares dentro del hogar.

Sra. E: *“La relación es normal, como cualquier otro chico no hay diferencias, algunos establecen una relación más amistosa con algún compañero y discuten más con otros, pero nada fuera de la conducta normal de un adolescente.*

Sra. M: *“Normal, no tienen problemas ni se relacionan diferentes a los demás”.*

Según refieren las cuidadoras han tenido en general, una buena relación con los niños.

Sra. E: *“Los chicos con este tipo de problemas tienden a apegarse más a mi, en algunos casos, me llaman “mamá”.*

"M ha sido más reservada, ella busca desesperadamente un referente materno o paterno permanentemente, alguien que la proteja. Aunque ha egresado continúa frecuentando tanto el hogar maternal como aquí, no se despega más.

En cambio R, egresó no porque ella quiso, pero se hizo cargo de su vida y de su mamá instantáneamente. Ella sigue muy apegada a mi, hay como un cambio de roles, continúa visitándome aquí o en mi casa con una gran necesidad de hablar, de tener una madre que le cubra sus necesidades. Seguramente su mamá no puede darle una devolución sobre las cosas que ella le cuenta o darle las respuestas que R necesita. Fui la primera en saber que estaba embarazada; me cuenta sus proyectos de formar una familia con su novio y su bebe y también la preocupación por su mamá ya que no vivirá mas con ella cuando se case.

Pero no hay un patrón un modo de tratarlas igual que la otra y que pueda funcionar, todas son diferentes.

Otras chicas que no podían hacerse cargo de su vida, solas, han formado una familia y egresaron bien.

De alguna manera, en algunos casos les cubrí la necesidad de una mamá".

Sra. M: *"Para mi todos los chicos son iguales en el trato. Yo me entregaba más a ellos sin que se dieran cuenta. Pero siempre hay alguno que querés más porque es diferente, porque es más bueno, en realidad son todos diferentes. Para mi eran todos iguales hasta que entro G y X allí se descompuso toda la casa, entonces esos chiquitos nos volvieron locos. Por los demás hemos tenido una muy buena relación. Pero a G y X últimamente les hablaba lo necesario y dejaba que hicieran cualquier cosa, no en la casita, la casita la hice respetar siempre".*

En general los niños reciben con alegría la visita de sus madres repercutiendo las mismas favorablemente en ellos.

Sra. E: *"En el caso de M, su mamá ya había fallecido cuando llegue al hogar, R cuando era mas chica no la quería a su mamá, pero a medida que fue creciendo fue comprendiendo la situación y aceptando que tenía que ocuparse de su mamá porque ella sola no podía y fue así como fue cambiando y recibía con mucha alegría la visita de su mamá".*

"P a su modo también, ella se sienta junto a su mamá, le ofrece mate y permanece a su lado a veces sin hablar ninguna de las dos por largo tiempo, pero se queda allí, como protegiéndola. Quizás todavía le da un poco de vergüenza ante sus pares, tal vez aún no ha asumido la discapacidad de su mamá. Pero lo concreto es que

ambas hermanas adoptaron un rol protector con respecto a su mamá, es como que son las mamás de su mamá, se invirtieron los roles”.

Sra. M: *2 “La mamá de V lo visita de vez en cuando, le trae unas golosinas otras veces ropa interior. Pero V sufre mucho por su hermana, ella es su mayor drama por su adicción, un día llegó a decirme “no se si mi hermana tiene cura”.*

A C también lo visita su mamá y además el tiene permiso para egresar con ella los fines de semana.

J, no recibe nunca la visita de su madre, yo le digo que la llame, pero el no quiere, dice “que si no la ve mejor”, el no demuestra nada. Una vez vino la madre a visitarlo y me increpó diciendo “que yo no dejaba que su hijo la llamara por teléfono” y J le aclaró que “era él quien no quería hablar con ella”. J busca el acercamiento a su hermano X.

G es visitado por su mamá siempre que tiene dinero para el pasaje; la señora es muy cariñosa con el, y el con su mamá. En general los chicos no tienen problema con la visita de sus madres, pero a veces depende de la presencia, el aspecto con el que se presentan; si vienen limpias y presentables ellos están más contentos. Ahora si vienen sucias o muy desarregladas como el caso de G; a el lo mortifica bastante, la vergüenza lo carcome, o cuando empieza a hablar raro, el enseguida se la lleva; “vení mami te acompaño hasta la esquina”, pero después se le pasa.

El resto no ha manifestado ninguna conducta extraña o diferente ante la ausencia de sus madres, ellos charlan, juegan, van y vienen y cuando las mamás los visitan se ponen muy contentos”.

Según manifiestan las cuidadoras solo han mantenido contacto con las madres durante las visitas al hogar.

Sra. E: *” Sólo he tomado contacto con la mamá de P y R cuando esta visitaba a las hijas, pero no he mantenido una conversación con ella ya que no habla mucho, es casi inexpresiva”.*

Sra. M: *“Si, yo soy de hablar mucho con las madres cuando vienen de visita, porque yo me manejo por lo que ellas dicen para acompañar a los chicos, me da una ayuda para comprenderlos.*

La mamá de V hablaba mucho y me contaba el problema de su hija mayor, que “no tenía trabajo, que cirujeaba para luego venderlo”.

Con la mamá de G es más difícil hablar porque no se le entiende bien, pero siempre tuvimos buen trato. Una vez vino con que “su hijo había llevado un paquete de cigarrillos, pero que a ella le parecía que no eran normales y le parecía que era droga” y

estaba muy triste y lloraba; yo trataba de calmarla diciéndole que no creía que fuera droga pero ella insistía en que "tenía olor muy feo". Entonces la lleve a la dirección del Hogar para hablar del tema con la Directora. Yo trate de tranquilizarla diciéndole que yo siempre reviso los placares de los chicos y nunca encontré droga".

Perspectivas de los actores involucrados

Entrevistas a los adolescentes y a las madres:

Caso 2: R : la entrevista se realiza a madre e hija, juntas.

Madre: realiza un balance positivo respecto de la respuesta institucional reflejada en la ayuda brindada a lo largo de la historia de internación de sus hijos. No registra ningún aspecto discriminatorio referente a su padecimiento psíquico.

Hija: Las únicas diferencias que percibió respecto de la institución fueron de reconocimiento hacia su comportamiento y rendimiento dentro del Hogar como así también la repercusión negativa en sus pares generando profundas incompatibilidades en la convivencia.

En la actualidad, con una mirada retrospectiva de su vida puede hacer un balance positivo por los objetivos alcanzados. Afirma haberse fortalecido por sus vivencias.

Recuerda el momento de internación como una acción impuesta por el Tribunal y no como una iniciativa de su madre ante la imposibilidad de cuidarlos. Refiere como un momento traumático la declaración de la enfermedad de ésta, por sus largos períodos de ausencia.

Relación vincular: Le reprocha a su madre en la actualidad, la falta de colaboración económica ya que esta se niega a trabajar. Por otra parte la señora se siente hostigada por su hija.

Si bien la joven mantiene un razonamiento lógico y coherente, por momentos pierde de vista la patología de su madre o la desconoce en profundidad por falta de la debida información o por negación de la misma, poniendo toda su expectativa en que la contención psicológica le aporte soluciones.

Por otra parte R se debate entre su necesidad de formar su propia familia ante la llegada inminente de su hijo y el deseo de no abandonar a su madre, hecho que se

evidencia por su gran preocupación que pone de manifiesto en reiteradas oportunidades a lo largo de la entrevista.

También se ha observado en la presente entrevista por parte de R, una autovaloración desde el "yo". Por otra parte se la observa desbordada cuando manifiesta *"a veces tengo que ocupar el rol de madre; con todo no puedo; no puedo ocuparme de todo; ella nunca valora"*.

Se observa un fuerte vínculo afectivo.

Caso 3: M

La joven realiza un balance positivo respecto de la respuesta institucional reflejada en los cuidados que tuvieron para con ella durante su internación, no registrando ningún aspecto discriminatorio referente al padecimiento psíquico de su madre.

De hecho la joven parece no haberse percatado por entonces de la enfermedad mental de su madre. Los recuerdos de su infancia durante la internación, hoy aparecen confusos. A través de sus expresiones se puede inferir que M ha mantenido con su madre un fuerte vínculo afectivo.

Caso 5: C

Madre: La señora realiza un balance positivo respecto de la respuesta institucional reflejada en la ayuda tanto material como afectiva brindada permanentemente desde la internación de su hijo, siendo el psicólogo su referente más importante, y en quien deposita toda su confianza.

No registra ningún aspecto discriminatorio referente a su padecimiento psíquico.

Relación vincular: Se observa un rol materno lábil, delegando la responsabilidad de cuidado y disciplina en la institución, y un importante grado de dependencia de esta, para la toma de decisiones. Poca iniciativa para comunicarse con su hijo.

Prioriza el bienestar de C por sobre la unidad familiar. Dificultad a la hora de poner límites a sus hijos.

Mantiene un vínculo afectivo fuerte y una buena relación con su hijo C.

Caso 6: G

Madre: Balance positivo respecto de la respuesta institucional reflejada en su conformidad por el buen trato recibido en ocasión de visitas a su hijo.

No registra ningún aspecto discriminatorio referente a su padecimiento psíquico.

Relación vincular: A lo largo de la entrevista reitera su preocupación y temor por el deseo de su hijo de vivir con su abuelo, dado que ella visualiza como muy peligrosa esa posibilidad, por el alcoholismo de su padre.

Mantiene una fuerte relación afectiva con su hijo.

CAPITULO V

Conclusiones Y Propuestas

La familia como célula básica del tejido social se retroalimenta de la misma, adquiriendo a lo largo de su ciclo vital: su historia, pautas culturales, normativas, de valores. En resumen, adquiere y reproduce una identidad social, un estilo de ciudadanía. Al introducirnos en el término de ciudadanía vale la pena analizar el alcance de este concepto. El ciudadano tiene obligaciones y derechos para convivir en sociedad, al amparo de un estado nación.

El Estado Argentino, contradictoriamente, desampara, excluye, fractura, deteriora la calidad de vida y vulnera al extremo, a una buena parte de esa ciudadanía en beneficio de unos pocos "grandes intereses".

En este contexto emerge el niño, el adolescente, el porta voz de la sociedad; vulnerado en sus derechos, alimento, abrigo, salud, educación, familia, etc. Para el niño y su familia que viven en una "*zona de vulnerabilidad, en una inestabilidad permanente*" Castel(1991), el estado tiene previsto una institución que cubra sus necesidades esenciales.

En los adolescentes institucionalizados en el Hogar Juvenil de APAND estudiados, hemos observado que han sido cubiertas, han accedido a una "mejor calidad de vida".

Han accedido al cuidado de la salud mediante controles sanitarios, vacunas, medicamentos, tratamientos odontológicos y fonoaudiológicos y también la adquisición de hábitos saludables.

Recibieron tratamientos psicológicos y psiquiátricos acorde a la necesidad particular de cada niño.

Respecto de la educación, cada uno pudo cumplir dentro de sus capacidades intelectuales, con la escolaridad general básica y otros también el polimodal.

La institución mediante sus profesionales trabajó con todos los niños por igual para promover, alimentar y fortalecer el vínculo con sus familias de origen. Y elaborar con ellos con miras a su egreso, un proyecto familiar o individual.

La contención que la institución les brindó no discrimino a los niños por las causas que derivaron en su internación. Recibieron los mismos beneficios respetando la singularidad de cada caso en particular y en cada intervención.

¿Subjetivamente como han vivido esta experiencia los actores involucrados?

Los niños han manifestado su angustia, su tristeza, su soledad, su incertidumbre y su desazón durante su internación mediante conductas y síntomas. Ellos se expresaron

desde las dificultades de aprendizaje, y desde la agresividad para con sus pares, y cuestionando a los adultos, los límites impuestos.

A pesar de los periodos de ausencia materna, de rebeldía adolescente, de vergüenza, en su mayoría, los jóvenes han mantenido a lo largo del tiempo un fuerte vínculo afectivo con sus madres. Vínculo que cada una de ellas sostuvo dentro de las posibilidades que su capacidad le permitió, y ninguna abandonó a sus hijos.

De lo recabado en las entrevistas realizadas a las jóvenes y a las madres; ambas adolescentes expresan que han podido realizar un balance positivo de su estadía en la institución, sin dejar de reconocer momentos de angustia y de necesidad de la presencia de sus madres.

Por su parte las mamás manifiestan haber encontrado apoyo y contención en el equipo profesional del Hogar Juvenil, hecho que ponen de relieve expresando su reconocimiento a la labor institucional en la educación de sus hijos.

De los casos estudiados, todas las madres han tenido una historia personal común de violencia familiar, violación, maltrato, carencias afectivas y materiales ausencia de registros afectivos durante su infancia, ausencia de contención familiar.

Al momento que se vieron obligadas a internar a sus hijos en una institución, el factor común era:

- Pobreza extrema.
- Familia numerosa (entre 3 y 9 hijos).
- Ausencia de pareja.
- Falta de contención familiar.
- Carencias afectivas.
- Algún padecimiento psíquico del cual no todas cuentan con un diagnóstico fidedigno y tratamiento adecuado.
- En el transcurso de la institucionalización de los niños; ninguna de ellas dejó de visitar a sus hijos en la medida que sus posibilidades se lo permitieron.
- En su mayoría han recibido tratamiento en forma esporádica en el hospital público o en salas de salud barrial, sin mayores resultados.
- Muchos de estos tratamientos fueron promovidos y acompañados por la trabajadora social y el psicólogo del Hogar Juvenil en pos de mejorar la relación con sus hijos internados y que estas madres una vez compensadas pudieran contenerlos.
- Sólo dos casos cuentan con la representación y seguimiento de las profesionales de la Curaduría Oficial.

Como se señalara el cuidado y el tratamiento de los enfermos mentales de las clases carenciadas, dista mucho de ser el ideal, y en particular es más deficiente aun en el caso de las mujeres pobres. No reciben una atención integral y no se tiene en cuenta cuestiones básicas como la planificación familiar como medida de prevención y promoción de la salud. Se observa además que la intervención judicial es sólo para tutelar institucionalmente a los niños, descuidando a la madre enferma y la unidad familiar.

La intervención profesional con cada adolescente, es una en particular, cada niño es único e irrepetible y cada uno vive su situación de una manera singular y para ello necesita una respuesta y un tratamiento diferente. En el caso de los adolescentes con madres portadoras de padecimiento psíquico, en un primer momento, se pone mayor énfasis en la comprensión por parte del niño, de las causas que determinaron su internación. En la comprensión de la problemática de una madre incapaz de cuidar de si misma y de su hijo. La comprensión de esta problemática es fundamental para elaborar el sentimiento de abandono que embarga a los niños cuando llegan a la institución.

Tal y como manifestara la trabajadora social, *"es muy difícil para un chico comprender la enfermedad mental y que su madre no responde a los cánones normales que se espera de una mamá"*.

La aceptación de la problemática materna demanda tiempo y requiere el acompañamiento del adolescente durante este proceso, que también entrafía su propio crecimiento.

En las intervenciones profesionales se observó que quien abordó la problemática integrando a la madre y el hijo, fue la trabajadora social en primer lugar y luego el psicólogo de la institución. Muchas son las instituciones que intervinieron a lo largo de la vida de estas madres, lo hicieron en forma aislada, no se observó una intervención que implique madre, hijo y familia.

Considerando esta situación paradójica que se produce entre la protección de las necesidades materiales del niño y sus necesidades afectivas, de identidad familiar y cultural que también implican su propia historia. Y que el ser persona se construye con los otros, con las identificaciones referenciales más significativas y tempranas, en familia, en sociedad como una unidad bio psicosocial; ¿cómo integrar esta unidad escindida a tan temprana edad?

Las enfermedades mentales graves no solo obstaculizan la capacidad del individuo para el trabajo y el amor sino también impiden a su familia vivir normalmente. Es de vital importancia la promoción y protección de la salud mental, como así también el diagnóstico y adecuado tratamiento para que la persona tenga una calidad de vida lo más elevada posible, integrada a su familia y sus afectos.

Pudiendo ejercer "los derechos iguales e inalienables de los miembros de la familia humana" en términos de la Declaración Universal de los Derechos Humanos de las Naciones Unidas (1948)

A modo de prevención y promoción de la salud se considera de vital importancia el abordaje interdisciplinario para una planificación familiar temprana, en aquellas mujeres pobres que por su patología psíquica se encuentren incapacitadas de cuidar de si mismas y de sus hijos.

Se cree imprescindible el abordaje de esta compleja realidad, de este micro cosmos que es la familia, como un sistema donde cada parte hace al todo.

Razón por la cual se considera prudente minimizar y evitar la separación de los niños de sus hogares por falta de una intervención integral adecuada con los mismos. La tutela de un niño no se puede agotar en una mera institucionalización que aumenta aun más su vulnerabilidad.

Teniendo en cuenta que el estado aporta una beca por cada menor institucionalizado; si esa suma se destinara a la familia, con el acompañamiento y seguimiento adecuado, el niño podría permanecer en el seno de la misma.

El 1° de diciembre de 2007, entra en vigencia la nueva Ley del Niño de la Provincia de Buenos Aires, Ley 13.298 de la Promoción y Protección Integral de los Derechos del Niño. Es de esperar que esta nueva ley pueda revertir y subsanar esta situación que se ha dado en nuestro país por más de 80 años.

Que sirva de marco para el ejercicio de los derechos del niño, su familia y así de la ciudadanía toda.

La nueva ley garantiza entre otros:

El apoyo a las funciones familiares, para la crianza y desarrollo de los niños dentro de su familia.

Servicio de apoyo a las familias, tales como "barrios amigables" donde los niños y adolescentes desarrollan su vida cotidiana. "Acogimiento familiar", privilegiando a la familia extensa y en el caso que sea necesaria una medida de protección, proporcionar al niño un núcleo de convivencia familiar sustitutivo o complementario del propio en forma temporal, para su reinserción en la familia de origen.

Capítulo IV, Artículo 35, F: "**Tratamiento médico, psicológico o psiquiátrico del niño o de algunos de sus padres, responsables o representantes**".

Según lo mencionado anteriormente es de esperar que la presente ley ponga fin a la *institucionalización de la pobreza*, aportando nuevas herramientas al colectivo profesional para abordar la complejidad socio familiar. Para lo cual se considera pertinente la intervención del trabajador social como profesional idóneo en el conocimiento de la cuestión humana.

BIBLIOGRAFIA:

BIBLIOGRAFIA

- Alvaro, J.L.; Torregrosa, J.R. y Garrido Luque, A. "Influencias sociales y psicológicas en la salud mental". Siglo XXI. Madrid 1992.
- Astori Danilo: "Estado y mercado: neoliberalismo y opciones". Conferencia pronunciada el 22 de abril de 1994 en el Instituto Movilizador de Fondos Cooperativos
- Carballeda, Alfredo Juan Manuel, "Salud Mental y Nuevos Escenarios Sociales"; Conciencia Social, Publicación de la Escuela de Trabajo Social Universidad de Córdoba. Diciembre 2001.
- Castel, Robert: La dinámica de los procesos de marginalización: de la vulnerabilidad a la exclusión, en El Espacio Institucional 1. Editorial Lugar. Año 1991
- De Robertis, Cristina; Pascal Henri: "La intervención colectiva en trabajo social". Editorial El Ateneo. Buenos Aires 1994.
- Devries, Raúl A. y Alicia B.P. de Devries. "Adolescencia. Desafío para padres". Editorial Paidós. Buenos Aires 1995.
- Dolto, Françoise: "La Causa de los Adolescentes". Editorial Seix Barral. Buenos Aires 1990.
- Eliacheff, Carolina: "El cuerpo y la Palabra". Ser Psicoanalista con los más pequeños. Ediciones Nueva Visión. Buenos Aires 1994.
- Eroles, Carlos: Políticas Públicas de Infancia. Editorial Espacio. Bs.As. Argentina 2002.
- Galende Emiliano "Integración o Desintegración Social, en el Mundo del Siglo XXI", Crisis y Perspectiva de la Integración Social y la Salud Mental. Buenos Aires Editorial Espacio 1998.
- Galende, Emiliano: "Psicoanálisis y Salud Mental". Editorial Paidós. Psicología Profunda. Buenos Aires 1994
- García Méndez, Emilio: "Infancia, ley y democracia: una cuestión de justicia", en "Políticas Públicas de Infancia", Carlos Eroles, Editorial Espacio. Buenos Aires 2002.
- Geldstein, Rosa N. "Familias con Liderazgo Femenino en Sectores Populares de Buenos Aires, en Vivir en Familia. UNICEF/ LOSADA.1994
- Grossman, Cecilia: "Los Derechos del Niño en la Familia", en Políticas publicas de infancia, Carlos Eroles, Editorial Espacio. Buenos Aires 2002.
- Hobsbawn, Eric. Optimismo hacia el siglo XXI. Disertación publicada por Diplomacia, revista de la Academia Diplomática de Chile, reproducida por El Arca, año 2000.
- Knobel, Mauricio: Familia y sociedad: El filicidio en la adolescencia, en "La Universalidad del Filicidio". Editorial Legasa. Buenos Aires 1986.
- Levín, Silvia: "La ciudadanía social argentina en los umbrales del siglo XXI". II Jornadas Internacionales Estado y Sociedad. "Las Políticas Sociales en los Umbrales

del Siglo XXI". Centro de Estudios Avanzados. U.B.A. Buenos Aires 17 al 19 de septiembre de 1997.

Minuchin, S y Charles Fishman, H: "Técnicas de Terapia Familiar". Editorial Paidós. Barcelona 1984.

Nueva Ley del Niño de la Provincia de Buenos Aires, (13298) 2005.

Taylor S. J. y Bogdan R.: Introducción a los métodos cualitativos de investigación. Editorial Paidós . Bs. As. 1998.

Otras fuentes de información:

Curso sobre Operación en Comunidad Capacitación Laboral de la serie de cursos sobre "Alternativas de Control Social". Secretaria de Extensión Universitaria. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación Universidad Nacional de La Plata. 1993

Declaración Universal de los Derechos Humanos y de la Salud Mental 1948
Declaración de Caracas. Derechos Específicos de los Enfermos Mentales. 1990
www.encuentra.com/portalcatico

Gómez Pin, V en Interdisciplinariedad y Multidisciplinariedad en Salud Mental. Revista de la AEN. N° 65 Enero/Marzo 1998. http://www.pulso.com/aen//1_65.htm

Menéndez Osorio, Federico: "Interdisciplinariedad y Multidisciplinariedad en Salud Mental". Revista de la AEN. N° 65 Enero/Marzo 1998.
http://www.pulso.com/aen//1_65.htm

Monografía: "Conflicto del Niño Abandonado". Alfaya; Larragione; Lorentz; Marcote; Pourxet; Rinaldi; Saes. Mar del Plata, 1997.

ANEXO

Declaración de los Derechos Humanos y de la Salud Mental

La presente declaración que marca el 40 aniversario de la Federación Mundial de la Salud Mental, fundada el 21 de agosto de 1948, y de la Declaración Universal de los Derechos Humanos de las Naciones Unidas, proclamada el 10 de diciembre de 1948, ha sido adoptada por vez primera el 17 de enero de 1989 bajo el nombre de Declaración de Luxor sobre los Derechos Humanos para los Enfermos Mentales, en el transcurso del 40 Aniversario de la Federación, en Luxor, Egipto. La presente revisión confirma la inquietud de la Federación no sólo por los individuos definidos como enfermos mentales, sino también por aquellos que son vulnerables a la enfermedad o trastorno mental y emocional, o que corren el riesgo de estar expuestos a ella. La Federación considera que los Derechos Humanos trascienden las fronteras políticas, sociales, culturales y económicas, y se aplican a la raza humana en su conjunto. Fue adoptada por el consejo de Administración de la Federación el 26 de agosto de 1989, con ocasión de su Congreso Mundial Bienal de la Salud Mental, celebrado en Auckland, Nueva Zelanda.

Preámbulo

Considerando que el documento fundacional de la Federación Mundial de la Salud Mental de 1948, titulado Salud Mental y Ciudadanía Mundial, establece que la salud mental constituye "una promesa formal, reflexiva y responsable hacia la humanidad considerada como un todo", "basada en el libre consentimiento" y en el "respeto a las diferencias individuales y culturales".

Considerando que los seres humanos designados públicamente o diagnosticados profesionalmente y tratados o ingresados como enfermos mentales, o afectados por una perturbación emocional, comparten según los términos de la Declaración Universal de los Derechos Humanos de las Naciones Unidas de 1948, "la dignidad inherente" y "los derechos iguales e inalienables de los miembros de la familia humana" y, según los términos del documento fundacional de la FMSM una "humanidad común" con los otros seres humanos del mundo entero.

Considerando que la Organización Mundial de la Salud define la salud como "un estado de bienestar físico, mental, social, y moral completo y no solo como la ausencia de enfermedad o dolencia".

Considerando que el diagnóstico de enfermedad mental establecido por un experto en salud mental será conforme a criterios médicos, psicológicos, científicos y éticos reconocidos y que la dificultad para adaptarse a valores morales, sociales, políticos u otros no será considerada en si misma como una enfermedad mental; considerando

igualmente que, a pesar de todo, aún hoy, algunos individuos son designados y diagnosticados en ocasiones como enfermos mentales o tratados y encerrados como tales.

Considerando que las enfermedades mentales graves no solo obstaculizan la capacidad del individuo para el trabajo, el amor y el odio, sino también impiden a su familia o a su comunidad vivir normalmente e imponen a la sociedad una carga permanente de cuidados.

Considerando que la FMSM ha suscrito el principio de la participación del usuario o del consumidor en la planificación gestión y funcionamiento de los servicios de salud mental.

Considerando que la FMSM reafirma la existencia de las libertades y derechos fundamentales expuestos en la Declaración Universal de los Derechos Humanos de las Naciones Unidas de 1948, así como los instrumentos ulteriores de estos derechos.

Considerando que la FMSM reconoce que la aplicación de estos principios exige tener en cuenta las circunstancias culturales, económicas, históricas, sociales, espirituales y otras de las sociedades específicas, y respetaren todo los casos los criterios básicos de los derechos humanos, que sobrepasan los límites de los grupos políticos y culturales.

El Consejo de Administración de la Federación Mundial de la Salud Mental, proclama la presente Declaración de los Derechos Humanos y de la Salud Mental, la norma común a todos los pueblos y naciones de la familia humana.

Artículo 1

La promoción de la salud mental incumbe a las autoridades gubernamentales y no gubernamentales, tanto como a los organismos intergubernamentales, sobre todo en tiempos de crisis. De acuerdo con la definición de salud de la OMS y con el reconocimiento de la preocupación de la FMSM por su funcionamiento óptimo, los programas de salud y de salud mental contribuirán tanto al desarrollo de la responsabilidad individual y familiar en relación con la salud personal y con la de grupos, como a la promoción de una calidad de vida lo mas elevada posible.

Artículo 2

La prevención de la enfermedad o del trastorno mental o emocional constituye un componente esencial de todo sistema de servicio de salud mental. En este terreno, la formación será difundida tanto entre los profesionales como entre el público en general. Los esfuerzos de prevención deben incluir, igualmente, una atención que sobrepasa los límites del sistema mismo de asistencia en salud mental y ocuparse de las circunstancias

ideales de desarrollo, comenzando por la planificación familiar, la atención prenatal y perinatal, para continuar a lo largo de todo el ciclo de la vida, proporcionando suficientes cuidados generales de salud, posibilidades de educación, de empleo y de seguridad social. Será prioritaria la investigación sobre la prevención de las afecciones mentales, de las enfermedades y de la mala salud mental.

Artículo 3

La prevención de la enfermedad y del trastorno mental o emocional y el tratamiento de aquellos que lo sufren exige la cooperación entre sistemas de salud, de investigación y de seguridad social intergubernamental, gubernamental y no gubernamental, así como de las instituciones de enseñanza. Una cooperación semejante comprende la participación de la comunidad y la intervención de las asociaciones de atención mental profesionales y voluntarias, y también de los grupos de consumidores y de ayuda mutua.

Incluirá la investigación, la enseñanza, la planificación y todos los aspectos necesarios acerca de los problemas que pudieran surgir, así como la prestación de servicios directos.

Artículo 4

Los derechos fundamentales de los seres humanos designados o diagnosticados, tratados o definidos como mental o emocionalmente enfermos o perturbados, serán idénticos a los derechos del resto de los ciudadanos. Comprenden el derecho a un tratamiento no obligatorio, digno, humano y cualificado, con acceso a la tecnología médica, psicológica y social indicada; la ausencia de discriminación en el acceso equitativo a la terapia o de su limitación injusta a causa de convicciones socioeconómicas, culturales, éticas, raciales, religiosas, de sexo, edad u orientación sexual; el derecho a la vida privada y a la confidencialidad; el derecho a la protección de la propiedad privada; el derecho a la protección de los abusos físicos y psicosociales; el derecho a la protección contra el abandono profesional y no profesional; el derecho de cada persona a una información adecuada sobre su estado clínico. El derecho al tratamiento médico incluirá la hospitalización, el estatuto de paciente ambulatorio y el tratamiento psicosocial apropiado, con la garantía de una opinión médica, ética y legal reconocida y, en los pacientes internados sin su consentimiento, el derecho a la representación imparcial, a la revisión y a la apelación.

Artículo 5

Todos los enfermos mentales tienen derecho a ser tratados según los mismos criterios profesionales y éticos que los otros enfermos. Esto incluye un esfuerzo orientado a la consecución por parte del enfermo del mayor grado posible de autodeterminación y de responsabilidad personal. El tratamiento se realizará dentro de un cuadro conocido y aceptado por la comunidad, de la manera menos molesta y menos restrictiva posible. En este sentido, será positivo que se aplique lo mejor en interés del paciente y no en interés de la familia, la comunidad, los profesionales o el estado. El tratamiento de las personas cuyas posibilidades de gestión personal se hayan visto mermadas por la enfermedad, incluirá una rehabilitación psicosocial dirigida al restablecimiento de las aptitudes vitales y se hará cargo de sus necesidades de alojamiento, empleo, transporte, ingresos económicos, información y seguimiento después de su salida del hospital.

Artículo 6

Todas las poblaciones contienen grupos vulnerables y particularmente expuestos a la enfermedad o trastorno mental o emocional. Los miembros de estos grupos exigen una atención preventiva y también terapéutica, particular, al igual que el cuidado en la protección de su salud y de sus derechos humanos. Se incluyen las víctimas de las catástrofes naturales, de las violencias entre comunidades y la guerra, las víctimas de abusos colectivos, comprendidos aquellos que proceden del estado; también los individuos vulnerables a causa de su movilidad residencia (emigrantes, refugiados), de su edad (recién nacidos, niños, ancianos), de su estatuto de inferioridad (étnica, racial, sexual, socioeconómica), de la pérdida de sus derechos civiles (soldados, presos) y de su salud. Las crisis de la vida, tales como duelos, la ruptura de la familia y el paro, exponen igualmente a los individuos a estos riesgos.

Artículo 7

La colaboración intersectorial es esencial para proteger los derechos humanos y legales de los individuos que están o han estado mental o emocionalmente enfermos o expuestos a los riesgos de una mala salud mental. Todas las autoridades públicas deben reconocer la obligación de responder a los problemas sociales mayores ligados a la salud mental, del mismo modo que a las consecuencias de condiciones catastróficas para la salud mental. La responsabilidad pública incluirá la disponibilidad de servicios de salud mental especializados en la medida de lo posible dentro del contexto de una infraestructura de atención primaria, así como una educación pública referida a la salud y

a la enfermedad mental y a los medios de que se dispone para contribuir a la primera y hacer frente a la segunda.

Artículo 8

Ningún estado, grupo o persona puede deducir nada de la presente Declaración que implique derecho alguno a abrazar una confesión o a comprometerse en cualquier actividad que conduzca a la destrucción de ninguno de los derechos o libertades citados previamente.

Declaración de Caracas

Para elaborar este listado, cuyo orden no significa necesariamente jerarquías ni prioridades, se ha tenido presente la importante contribución de Gostin sobre Derechos Humanos en Salud Mental y su proposición de 5 reglas internacionales basadas en la experiencia japonesa (Principios de Kyoto, 1987). Asimismo, las disposiciones de las secciones 501 y 502 del Título V de la Ley sobre Sistemas de Salud Mental, aprobada por el Congreso de Estados Unidos de América en octubre de 1980 y las pautas para el perfeccionamiento de la atención de salud mental que recomendó un documento de agosto de 1988 de la Subcomisión de Prevención de la Discriminación y Protección de las Minorías de la Comisión de Derechos Humanos de las Naciones Unidas.

Organización Panamericana de la Salud "Reestructuración de la Atención Psiquiátrica"-Caracas 1990.

La Asociación de Psiquiatras Argentinos adhiere a esta Declaración en Reunión abierta de todos sus asociados en el marco del Congreso de Mar del Plata 1991.

- Derecho del enfermo mental a ser tratado en todo momento con la solicitud, el respeto y la dignidad propios de su condición de persona.
- Derecho a no ser calificado como enfermo mental ni ser objeto de diagnósticos o tratamientos en esa condición, por razones políticas, sociales, raciales, religiosas u otros motivos distintos o ajenos al estado de su salud mental.
- Derecho a recibir la mejor atención y tratamiento apropiados y menos restrictivos, según las más elevadas normas éticas.
- Derecho a ser informado sobre su diagnóstico y el tratamiento más adecuado y menos riesgoso, y de prestar y revocar su consentimiento para ejecutarlo.
- Derecho a no ser objeto de pruebas clínicas ni de tratamientos experimentales sin su consentimiento informado.

- Derecho a que sus antecedentes personales y fichas e historias clínicas se mantengan en reserva y a tener acceso a esa información.
- Derecho a recibir o rechazar auxilio espiritual o religioso, y de libertad de conciencia y religión.
- Derecho a recibir educación y capacitación adecuadas a su estado.
- Derecho a trabajar y a recibir la remuneración correspondiente.
- Derecho a personalidad civil y a su incapacidad para ejercer derechos sea determinada por un tribunal a través de un procedimiento establecido por la ley al efecto.
- Derecho a que en caso de ser inculcado por algún delito u otra infracción criminal, su responsabilidad o in imputabilidad se determinen por un tribunal de justicia, según las reglas del debido proceso, en un procedimiento que considere el estado de su salud con la intervención de profesionales expertos en calidad de peritos.
- Derecho a un recurso eficaz ante un tribunal y mediante un procedimiento simple y expedito fijado por la ley para reclamar de toda acción u omisión que desconozca o lesione sus derechos.
- Derecho a no ser discriminado ilegalmente en el goce y ejercicio de sus derechos, en atención al estado de salud.

Entrevista al Equipo Técnico del Hogar Juvenil de APAND.

Objetivo: conocer el abordaje institucional con los adolescentes ante la problemática de la salud mental de sus madres, desde la intervención profesional.

1. Abordaje profesional desde su rol de
2. Se realiza un tratamiento especial o específico con los chicos con esta problemática?
3. Tomó contacto con las madres?
4. Tomó contacto con alguna institución que cuidara o ayudara a la madre?

Entrevista realizada al psicólogo

Lugar: Dirección del Hogar Juvenil de APAND.

Fecha: 29/08/06- 11hs.

Abordaje profesional desde su rol de psicólogo.

Se trabaja con estos chicos para que puedan asumir su realidad, comprender su problemática familiar y construir su propia identidad.

Se realiza un tratamiento especial o específico con los chicos con esta problemática?

No demandan un tratamiento especial, pero cada chico tiene sus propios tiempos para internalizar esta realidad y poder aceptar la enfermedad mental de la madre.

En general a los varones les cuesta más que a las mujeres. Estos tienden a avergonzarse de sus madres, ante sus pares cuando las mismas los visitan en el hogar. En casi todos los casos se ha logrado revertir esta situación con mucho trabajo. Se ha fortalecido el vínculo con sus madres propiciando encuentros y visitas tanto domiciliarias como en el hogar.

En su mayoría las madres con padecimiento psíquico, no han abandonado a sus hijos, mantienen su presencia como pueden. También existieron casos en que la madre se desentendió totalmente de sus hijos y no se pudo recomponer la relación vincular.

En otros casos el chico se ha distanciado de su madre, a partir de su identificación con otros modelos y consecuentemente también han adoptado nuevas pautas y hábitos culturales.

En aquellos casos que no exista una familia o adulto responsable que pueda hacerse cargo de ellos, se pone mayor énfasis en la elaboración de un proyecto autónomo, ya que al cumplir la mayoría de edad tendrán que egresar de la institución y valerse por sus

propios medios. Cuando el único referente familiar es la madre con padecimiento psíquico, el proyecto debe contemplar la posibilidad de que el joven se haga cargo de su madre en la medida de sus posibilidades.

¿Tomó contacto con las madres?

Si, durante las visitas domiciliarias, visitas al hogar. Se les ha brindado contención y procurado algún tipo de ayuda.

¿Tomó contacto con alguna institución que cuidara o ayudara a la madre?

Sólo una vez con la Trabajadora Social del Centro de Promoción Social, por una mamá que recibía tratamiento y asistencia.

Entrevista realizada a la psicopedagoga.

Lugar: Dirección del Hogar Juvenil de APAND.

Fecha: 30/08/06- 13hs.

Abordaje profesional desde su rol de psicopedagoga.

Me ocupo de todo lo relativo a la educación y capacitación de los chicos; el nexo entre la escuela y la Institución. Acudo a las escuelas cuando nos citan por alguna cuestión; también realizo el acompañamiento cuando los chicos tienen dificultades de aprendizaje.

¿Se realiza un tratamiento especial o específico con los chicos con esta problemática?

Depende de cada chico en particular, por ejemplo en los varones hay que trabajar para que valoren la relación con su madre o con su familia, que tengan un mayor acercamiento y mayor participación. Se observa en ellos un sentimiento de enojo y en algunos casos tratan de evitar el contacto con la madre.

Ej. G tenía mucha bronca; su mamá venía a visitarlo y se preocupaba por él, quería que tuviera buena junta, que se dedicara a estudiar, lo aconsejaba; pero él a veces iba a la casa de su madre y le sacaba cosas; no le hablaba, no compartía nada con ella; le daba vergüenza y evitaba la situación, era muy desconsiderado con su mamá. Le costaba aceptar que tiene una madre con determinada dificultad.

Ej. C quiere estar con la mamá, pero no es muy comunicativo con ella; obviamente que él desea estar en su casa.

Ej. V, a la casa no quería ir, no quería saber nada de su madre, las veces que iba no se hallaba, ya que el desorden y la falta de higiene le afectaban mucho, él se desacostumbró a esa calidad de vida, esto hacía que no quisiera ir de visita a la casa de su madre. Cada tanto se ven con su hermana mayor, ella también tiene ciertas dificultades de orden mental y él no tiene en cuenta estas cosas, como así tampoco valora los regalos que ella le ha hecho con mucho esfuerzo. Nunca ha tenido un gesto de agradecimiento hacia su familia y si una falta de interés en la comunicación para con ellos.

J directamente no tiene ningún contacto con su madre, ni la nombra; si se relaciona con sus hermanas.

También se observa que hay un trato diferente, una comprensión diferente de la problemática entre los varones y las mujeres.

Ej. P y R, se han volcado a proteger y acompañar a su madre. Si bien R pasó también por un momento de no aceptación de la situación de su mamá, y le daba vergüenza que

la visitara en el hogar, se ponía mal delante del grupo. Esto se fue trabajando con ella y comenzó a ver la situación desde otro lugar.

¿La relación se comenzó a trabajar en el Hogar Juvenil?

Si de a poco ella fue comprendiendo la situación y a ubicarse desde otro lugar con la mamá. A pesar de que la mamá quería lo mejor para ellas, aceptarla en el hogar frente al grupo y superar esa situación, lo pudo lograr y hasta el día de hoy la acompaña y se ha hecho cargo de ella.

¿Esto es un poco lo que les espera a todos en el futuro?

Si, porque ellos de alguna manera reclaman el rol de la madre y en muchos casos se tienen que hacer cargo ellos; siempre que lo puedan hacer.

Ej. P está ocupada con su estudio, sus cosas, pero el fin de semana va a su casa con R y su mamá. Están muy unidas como familia y mantienen un vínculo afectivo muy fuerte.

En el caso de M, sufrió mucho cuando falleció su mamá; pero también estaba muy apegada a ella.

En general el comportamiento de las chicas es diferente, actualmente las chicas nuevas que han ingresado al hogar, reclaman constantemente estar con sus madre, no importa cual sea la dificultad que esta tenga, quieren estar con ella.

¿Tomó contacto con las madres?

Si, con la mamá de G, C, P y R.

¿El contacto se llevó a cabo por una iniciativa personal, una intervención particular?

Por lo general en forma casual, porque asistían a la institución para alguna entrevista con la trabajadora social, en algunas ocasiones me ha tocado atenderlas y les brindaba información sobre la escolaridad y la conducta de sus hijos en el hogar.

En una oportunidad la mamá de G decía que su hijo le había sustraído cosas de valor de su casa. Ella manifestaba el deseo de que su hijo se dedicara a estudiar, que trabaje y que pueda tener sus propias cosas, y no que entre a su casa cuando ella no está para robarle las suyas.

Ella marco bien las pautas y los progresos que quería para su hijo en la vida, como por ejemplo: que tuviera su propia familia, que trabaje, estudie y que no se junte con chicos que lo lleven por mal camino. Muy similar ha sido la madre de P y R.

¿Sería viable en el futuro la convivencia con sus madres?

Sería viable siempre y cuando los chicos vayan tomando las cosas con responsabilidad y madurez acorde para hacerse cargo, porque ya no es fácil hacerse cargo de su edad y además a corta edad también asumir la responsabilidad de su madre. Cuando cumplen la mayoría de edad tienen que egresar y ya no hay otra institución que los contenga. Ellos tienen que afrontar ciertas cuestiones diferentes a otros chicos en situaciones más normales.

Es por eso que aquí tienen que aprovechar al máximo posibilidades tales como la de poder estudiar; conseguir un trabajo para ayudar a su familia, siempre y cuando se quieran hacer cargo de esa familia o esa madre.

En el caso de V, hasta el momento no se vislumbra ninguna intención de hacerse cargo ni de su hermana ni de su madre. El está abocado a su estudio, su carrera en el fútbol, un proyecto personal individual.

¿No tiene incorporada la idea de familia?

No, quizás por las situaciones particulares que ha pasado, la madre tampoco es muy afectuosa. Lo ha visitado muy poco, solo su hermana lo llama y viene a verlo cada vez que puede.

Todas estas madres han mantenido contacto con sus hijos, excepto la mamá de J, entonces como podemos pedirle a J que se haga cargo de su madre?

Lo que trabajamos son las actitudes que tienen sobre todo los varones, ya que la misma rabia y rebeldía que manifiestan hacia la madre, la trasladan a su relación cotidiana en el hogar, en la escuela, con pares y adultos.

Está en los chicos comprender estas situaciones, pero en la medida que van creciendo van comprendiendo las cosas de otra manera, por ejemplo: R y G que son los más grandes, tienen otra actitud, cuando llegan al Polimodal toman la situación de otra manera.

¿Tomó contacto con alguna institución que cuidara o ayudara a la madre?

En una oportunidad nos visitó una Trabajadora Social del Centro de Promoción Social, Institución donde estaba alojada la mamá de P y R.

Entrevista realizada al médico.

Lugar: Dirección del Hogar Juvenil de APAND.

Fecha: 06/09/06 15hs.

Abordaje profesional desde su rol de médico.

Yo me ocupo de la salud de todos los chicos internados en el Hogar Juvenil de APAND, y en el aspecto estrictamente médico, el abordaje es con todos igual, no hay diferencias entre uno y otro. Porque la diferencia la marcaría el chico y su deficiencia en particular. Si como médico insisto sobre pautas de vida, autocuidado y educación sexual.

En definitiva estos chicos están en APAND, por una carencia de contención familiar independientemente de cual sea la causa.

¿Se realiza un tratamiento especial o específico con los chicos con esta problemática?

No desde el abordaje médico.

¿Tomó contacto con las madres?

Si, con la mamá de C, porque me ha consultado sobre algunos problemas de salud de su hijo y he tenido que darle algunas pautas de crianza, ya que observo que esta señora no tiene capacidad para ejercer la maternidad plena, ya sea porque no tiene experiencia adquirida con su propia madre o porque se encuentra desbordada por la situación. Entonces aprovecho estas oportunidades para guiarla, para que ella pueda ejercer su maternaje de alguna forma, ya sea para sacarle un turno a su hijo en el hospital, acompañarlo a la consulta, conversar con el chico sobre la iniciación sexual ahora que tiene una novia; lo que se trata es de que asuma responsabilidades para con su hijo.

Ella me manifestó que se siente desvalorizada por haber abandonado a sus hijos y que a veces sus hijos y C en particular no le dan la importancia de madre que ella debiera tener; razón por la cual creo que ella tiene que ejercer ese rol desde hechos concretos, y no como un par adolescente mas, como lo ha tomado, ya que así no es un referente adulto y en rol de madre.

Con respecto a la mamá de P y R, tome contacto con ella en algunas ocasiones muy brevemente dado que por su problemática es una mujer ensimismada con muchas dificultades para relacionarse o comunicarse con otros adultos.

A la mamá de G la vi en una sola oportunidad, en la Institución cuando acudió a una entrevista con la Trabajadora Social.

Lo que no puedo establecer en forma científica y a ciencia cierta es si algunas conductas que han presentado algunos chicos, puedan tener relación con la patología materna, por

ejemplo la mamá de J con antecedentes y diagnóstico ciertos de una posible psicosis, y algunos hechos de violencia protagonizados por J y algunas de sus hermanas, porque en realidad son conductas que se repiten en muchos chicos, pueden ser hechos de violencia sin ningún trastorno psicopatológico, eso se observará con el tiempo.

La mamá de P y R es más bien de tipo depresiva y como médico asistí en 4 o 5 oportunidades a R por aparentes cuadros orgánicos que investigados en realidad fueron de origen emocional, posteriores a peleas con su novio. En el caso de su hermana P, nunca ha presentado cuadros psicósomático, pero es una niña que le cuesta mucho relacionarse, expresarse, tiene una tendencia a recluirse en si misma, relacionado tal vez con la personalidad depresiva de la madre.

¿Tomó contacto con alguna institución que cuidara o ayudara a la madre?

Desconozco que en la ciudad haya alguna institución que se dedique específicamente a estos casos. Años anteriores algunas madres con cuadros de salud mental concurrían al Servicio de Salud Mental de la Municipalidad, pero no bajo una institución determinada que realizara un seguimiento.

Nunca tomé contacto con ninguna institución que cuidara o ayudara a estas madres.

Entrevista realizada a la trabajadora social.

Lugar: domicilio particular

Fecha: 05/09/06- 15hs.

Abordaje profesional desde su rol de Trabajadora Social:

Opino que la mayoría o un porcentaje de las mamás que han pasado por distintas situaciones que han derivado en la internación de sus hijos, generalmente tienen algún problema de padecimiento psíquico.

Nosotros trabajamos en equipo, en conjunto con el Psicólogo, quien abordaba más que nada la parte psicológica del chico y en realidad lo que intentábamos siempre y desde el lugar de Trabajadora Social, era producir ese acercamiento con la mamá, que haya una aceptación de esta problemática, de poder explicar entre los dos profesionales, de que se trataba esto, porque se produce el abandono, porque generalmente el chico lo que sufre es el abandono de esa mamá y no alcanzan a comprender porque; y esa mamá tiene una problemática que le dificulta sostener a ella misma y a sus propios hijos. Entonces uno tenía como un argumento que sustentaba el abandono. Pero era difícil la aceptación porque no se entiende la enfermedad mental, y menos un chico que ha pasado por estas situaciones, lo entiende menos. Entonces aparece la vergüenza, la no aceptación, aparece el querer no verlo, el querer desvincularse.

Hasta que van creciendo; me parece que de acuerdo a la edad del chico se dan situaciones distintas. Cuando es chico aparece como una aceptación; cuando atraviesan la etapa de la adolescencia aparece más el rechazo y cuando van creciendo empiezan a comprender más determinadas situaciones, es como que aparece también el acercamiento, y el caso de R da cuenta de esto, a medida que crecen alcanzan la madurez para comprender la situación; creo que para cualquiera de nosotros en cualquier circunstancia es difícil entender, llamémosle enfermedad mental, clínica mental o situación incomprensible desde que una mamá no responde a los cánones que se ve normalmente o que se espera de una mamá.

EJEMPLO:

El caso de X, la mamá era una enferma mental; la ubicamos en un momento, la mamá vuelve; X tenía toda la expectativa de encontrarse con su mamá, ella no sabía que la misma tenía una discapacidad, X sabía que ejercía la prostitución, de algún modo lo intuía. Su mamá era discapacitada y además ejercía la prostitución. Cuando X tenía toda la expectativa de encontrarse con su mamá y se encuentra con su mamá en estas condiciones, se produce este rechazo y esas fantasías que estaban puestas en ese encuentro fueron contraproducentes para ella, porque nadie en realidad sabía que tenía esa discapacidad, pensamos que se había ido nada más, pero cuando chequea y se

enfrenta que tenía además malformaciones físicas, entonces ahí aparece una cuestión de rechazo que hubo que trabajar fuertemente; igualmente X vuelve a repetir el modelo de la mamá, aún a pesar de todo lo que le costó en la vida.

¿Se realiza un tratamiento especial o específico con los chicos con esta problemática?

Mi experiencia me dice que con chicos tenés que trabajar de una manera personal, que no hay un abordaje común, que no hay un abordaje único que podés repetir en cada chico.

Cada chico es único, entonces el abordaje es individual y no podés tener un esquema de abordaje, un patrón de abordaje para con el chico, yo no lo tengo. Creo que cada persona, cada abordaje en cada situación es única e individual porque aparecen cosas que no aparecen en el otro y el individuo que tenés enfrente y las respuestas que vos tenés y el vínculo que vos armas con el otro son distintos, entonces el abordaje de intervención es diferente y es individual.

¿Y eso es independiente de cual sea la causa, de la problemática que haya derivado en la internación del chico?

Yo digo que si por ejemplo: si tenemos una causa: de abuso o maltrato por allí tenemos que usar técnicas diferentes en estos casos más específicos. Pero generalmente en estos chicos estas cuestiones son adicionales, el abandono se da por maltrato, por el abuso, porque la mamá es una enferma mental pero la causa más importante es como trabajar el abandono. Pero después uno tiene líneas de trabajo, que va utilizando, pero yo nunca lo trabajé como una problemática diferente al resto, para mí todos son diferentes y ese es un abordaje que se hace con esa problemática.

EJEMPLO:

Si tenemos un chico con un papá alcohólico; abordar la problemática del papá alcohólico distinto a otro que también puede tener un papá alcohólico por ser diferente. Creo que no hay "una manera", en el equipo no la hemos tenido, en el equipo Técnico no lo hemos trabajado como diferencial. Yo diría que desde lo social, no, porque el trabajo con la familia se hace del mismo modo, el abordaje es igual; tal vez las capitulaciones que vos haces en el afuera son diferentes, pero lo haces en cada caso.

Trabajamos con la familia para que la madre haga un tratamiento para ver como lo contiene, para ver como el pibe puede hacer un tratamiento afuera.

Me parece que no se da por la especificidad de tu pregunta, sino por la problemática en general o individual.

¿Tomó contacto con las madres?

En el caso de M, la mamá estaba compensada pero cuando tenía desbordes la internaban. Era una mujer muy limitada; muy afectiva pero muy limitada de hecho termino con esa pareja que era un desastre: era una mujer que no podía con ella y tampoco podía con M. pero en el caso de M, no tenía esa cosa de vergüenza con la madre, ella no se avergonzaba de su mamá por sus características personales, ya que era muy servicial. La niña tenía muchos problemas con la pareja de su mamá, pero era muy difícil trabajar un vínculo con M y su mamá, por las limitaciones de la señora, solo desde el lado de M, porque a ella le costaba no hacerse cargo de lo que no tenía que hacerse cargo. Era imposible como un vínculo sano, era un vínculo con las características de las personalidades.

¿M pretendía hacerse cargo de su mamá?

Si, ella quería hacerse cargo de las cosas de su mamá; ella no podía con ella, pero quería ir a cuidar a su mamá, quería estar en su casa, cosas que no podía hacer; primero porque no podía asumir ese rol, era difícil poner ese límite. Segundo, la pareja de la señora dominaba mucho a la mamá, entonces M se iba mal porque la mamá repetía desde su limitación las censuras de este hombre que además abusaba de M. era muy complicado allí trabajar un vínculo, pero mientras la mamá vivió tratamos de que lo tuvieran.

¿Este cambio de rol se ha observado también en R?

Recuerdo que el día que la madre la visito en el hogar, R estaba en el parque y entro corriendo y se metió debajo de la cama porque se avergonzaba de ella. La madre estaba muy deteriorada, no podía con ella, tenía una dificultad en la mano, todo eso a R la avergonzaba frente al resto; recuerdo que la tía del hogar preparó el té y la mamá comía mal y R se avergonzaba desde la no aceptación porque tampoco sabía de esta limitación.

Recién cuando la mamá ingresa al CPS, empieza a recuperarse, la medican y se empieza a compensar y cambiar de actitud y hacerse cargo un poco de ella, ahí se modifica el vínculo de R con su mamá.

La mamá comienza a trabajar en un emprendimiento también queda embarazada, tiene un bebé y no lo puede criar, entonces lo cuida una familia; allí a partir de la recuperación de la mamá y a partir de esto el vínculo de R con su mamá comienza a hacerse más fuerte. Cuando R decide egresar o se va del hogar, lo hace con su mamá. En realidad siempre se trabajó con la niña esto de que algún día iba a egresar con su mamá, esto era un deseo de R, no lo hizo como un manotón de ahogado, R tenía este deseo y no lo

podía llevar a cabo. Nosotros creíamos que R iba a terminar egresando con su novio, casada, pero R quiso cumplir este deseo de ir a vivir con su mamá y tener una casa de ellas, esa era su ambición y siempre se vino trabajando en esto, no se aceleró este egreso porque R tenía cosas que quería cumplir como terminar la escuela, cosa que le iba a resultar muy difícil económicamente estando en su casa, entonces como para darle esa posibilidad de terminar sus estudios, en realidad en esa época ella fantaseaba con ser maestra jardinera, que después no lo pudo hacer por otras circunstancias, pero se trató de que tuviera una herramienta más para salir a la calle.

¿Su egreso se aceleró a partir de los episodios de violencia que se produjeron con otra adolescente internada en el hogar?

Seguramente, pero a mí me parece que las cosas no son casuales. Cuando los chicos están mucho tiempo en el hogar y arman los vínculos tan fuertes y es lo único que tienen, se boicotean el egreso; de algún modo no quieren egresar y lo boicotean porque es el único referente y les da terror el afuera, entonces acá tampoco tienen nada pero si tienen algo de donde se pueden agarrar. Cuando ellos se visualizan afuera solos en el mundo les da terror, entonces ellos boicotean todas las cosas buenas que les pasan para no irse y también algo de eso le pasaba a R, porque ella siempre tuvo el apoyo de sus suegros y de su novio como para tomar una decisión de egresar y nunca se animaba; este desenlace que la hizo ir, me parece que la ayudó a R a tomar esta decisión.

Recuerdo cuando R egreso del Polimodal y le hicieron la fiesta en el Sheraton, su mamá hizo todo lo posible, desde sus limitaciones puso todo para acompañar a su hija y ambas estaban felices. Siempre las acompañó, fue una mamá presente, salvo en aquellos momentos que estaba totalmente mal, en estado crítico.

¿Igual que la mamá de M cuando la internaban?

La mamá de M era mucho más limitada, era muy torpe y tenía dificultades para caminar. De hecho M cuando ingreso al hogar era tan torpe como su madre, caminaba igual que ella, era torpe hasta para agarrar las cosas, se le caían de las manos, no se le entendía bien cuando hablaba, tuvo que hacer tratamiento con una fonoaudióloga. Tenía muy poca estimulación, si la madre no podía ocuparse, no podía generar nada, yo creo que a M lo que le faltó fue estimulación y de allí viene ese retraso madurativo, porque observando a M te das cuenta que tiene alguna dificultad.

En los casos observados para mi tesis, aparece como una constante la hipoestimulación.

Esto se ha observado en muchos de los casos, cuantos chicos a veces tienen retraso madurativo por falta de estimulación, por mala alimentación, por descuidos, por incapacidad de las madres y aparecen como una discapacidad y no es tal, simplemente es un retraso o un retardo madurativo y que luego les dificulta para alcanzar al resto.

Por ejemplo V es muy inteligente y ha podido armar otras estrategias a diferencia de su hermana.

Lo que ocurre es que no hay un patrón, si te pones en una familia cualquiera con dos hermanos que han tenido una vida más o menos parecida, las cosas que le han pasado, adentro le suenan diferente, presentan diferentes reacciones y razones. Y en estos chicos también es según como van armando sus recursos o su personalidad, es distinto, un solo hecho puntual que modifique a uno de ellos lo cambia. Este chico puso toda su energía en el fútbol y le fue bien y lo continúa motivando, salió ileso. Otra cosa es su hermana que participó de cosas muy horribles y J también pero por allí las vio desde otro lugar. Ella como mujer y su mamá también vivió algo muy difícil, el castigo de su madre; lo vio, lo visualizó, el maltrato de su propia madre y el poco cuidado de su mamá para con ella misma, para con su persona.

Si partimos de que su madre no tiene registros afectivos, partimos de una limitación o una carencia muy importante.

Por eso digo que uno reproduce lo que es y lo que recibió, entonces la mamá de V está reproduciendo nada más y nada menos que sus propias carencias y por ahí hay alguien que puede dar un corte y puede zafar, pero generalmente se reproducen estos modelos o estas cuestiones de vivencia. La mamá también pasó por cosas terribles. Entonces X está en esa familia y la madre no puede hacer otra cosa que la que hace, entonces X entra en ese mismo circuito, es la hija mayor y es mujer.

¿Tomó contacto con alguna institución que cuidara o ayudara a la madre?

En el caso de la mamá de R hicimos seguimiento con el psicólogo del CPS. También con la mamá de M trabajamos mucho con el Servicio de Salud Mental de la Municipalidad de General Pueyrredón, pero no lo podía sostener por sus limitaciones ya que también tenía dificultades para caminar y había que trasladarla, era todo muy difícil y no pudo sostener un tratamiento.

El Centro de la Costa brindaba la asistencia terapéutica individual a los chicos.

Hoy yo entiendo que los chicos tienen que hacer análisis fuera de la Institución; el psicólogo y el Trabajador Social de la Institución están para otra cosa, no para hacer terapia individual. La terapia individual tiene que ser afuera porque los profesionales de la

Institución están atravesados por la problemática de la misma y cuando vos convivís con ellas también podés tener dificultades en la relación y tenés que sacarlo afuera para que alguien desde afuera pueda tener una mirada objetiva y te pueda ayudar de lo contrario no sirve que el chico haga terapia adentro, no le sirve a el, puede ser una ayuda, pero no le sirve como análisis porque están atravesados por la misma problemática y el chico identifica mucho a esto de la Institución, todo se mezcla, entonces el afuera le permite, el profesional del afuera le permite tener una mirada diferente, más objetiva y más crítica para que el chico pueda ir haciendo un análisis.

También puede ayudar a los chicos a hacer ese quiebre y ver el afuera como afuera y no como esa cosa que les genera tanto miedo.

Exactamente, eso les ayuda muchísimo porque les ayuda a tener otra mirada, talvez más crítica de la propia Institución o a poder separarse de la misma.

En general no hemos trabajado con otras instituciones, solo en forma personalizada con el CPS, que es el lugar donde se pudo trabajar mejor.

Entonces si la institución que tiene la guarda del chico, no se ocupa de mantener el vínculo con la madre, de trabajar la relación, ¿no hay nadie más que lo haga?

De hecho no lo hay, pero creo que el Estado nacional, provincial y municipal, tiene que ocuparse de que las instituciones becadas hagan esta tarea, le tiene que exigir que lo haga, para eso tiene un ET, que tiene que hacer ese trabajo para apoyar. Las instituciones se ocupan del pibe y de lo que tiene que ocuparse es del pibe y su relación con la familia. Entonces ocuparse de si la familia necesita apoyo, por el chico que tiene a su guarda.

Observo que el Tribunal de Menores pone al chico a resguardo y la mamá que justamente es el otro pilar que lo a va a sostener, queda excluida de toda asistencia.

Olvidalo; si tomas una medida de internar al pibe y si no trabajas con este ámbito de donde sacas este pibe, para que este pibe vuelva, el pibe hasta que cumpla 21 años va a seguir internado. Por eso es muy difícil después incluirlo en el medio, el medio no solo es la familia, es el barrio, la escuela; a un chico que lo extrapolas y lo metes en otro lado, entonces cuando vuelve acá, armar su núcleo de referencia es muy difícil. ¿ Como se inserta otra vez?, porque va a volver a ese barrio, no va a ir a otro lado, volverá al barrio de donde salió, a su lugar de origen.

Una sugerencia, un consejo, ni bien ingresa un chico a alojarse en una institución uno como TS tiene que trabajar denodadamente para que el chico vuelva otra vez a su casa

con su familia, madre, padre, abuela, vecino, quien sea pero a su lugar, su espacio. Su espacio significativo, aunque a uno le parezca otra cosa; que aprende otras cosas. En realidad es el espacio donde ellos se sienten identificados, donde aprendieron lo poco o lo mucho que tienen, es en su espacio. Es lo que esta cargado de sentido, tal ves es lo único que sostiene al chico, tal ves mas que uno porque es lo único que tienen.

Entrevistas realizadas a las " tías" cuidadoras de los hogares

1. Los chicos con madres con padecimiento psíquico, ¿presentan alguna característica de comportamiento diferente a los demás chicos del hogar?
2. ¿Como es la relación con sus pares dentro del hogar?
3. En general, ¿cómo ha sido su relación con ellos?
4. ¿Reciben visitas de sus madres? Si - No
¿Manifiestan alegría, temor, angustia, indiferencia, vergüenza?
¿Cómo repercute en ellos?
5. ¿Tomó contacto alguna vez con las madres de estos chicos?

Entrevista realizada a la Sra. E

Lugar: Hogar Juvenil de APAND.

Fecha: 30/08/06- 14hs.

Los chicos con madres con padecimiento psíquico, ¿presentan alguna característica de comportamiento diferente a los demás chicos del hogar?

En el caso de J y su hermana, creo que tienen los rasgos idénticos a la patología de su mamá, ellos suelen ser agresivos y explotar, pueden decir cualquier cosa en ese momento y luego ya no hay vuelta atrás.

¿Como es la relación con sus pares dentro del hogar?

La relación es normal, como cualquier otro chico no hay diferencias, algunos establecen una relación más amistosa con algún compañero y discuten más con otros, pero nada fuera de la conducta normal de un adolescente.

En general, ¿cómo ha sido su relación con ellos?

Los chicos con este tipo de problemas tienden a apegarse más a mi, en algunos casos, me llaman "mamá".

M ha sido más reservada, ella busca desesperadamente un referente materno o paterno permanentemente, alguien que la proteja. Aunque ha egresado continúa frecuentando tanto el hogar maternal como aquí, no se despega más.

En cambio R, egresó no porque ella quiso, pero se hizo cargo de su vida y de su mamá instantáneamente. Ella sigue muy apegada a mi, hay como un cambio de roles, continúa visitándome aquí o en mi casa con una gran necesidad e hablar, de tener una madre que le cubra sus necesidades. Seguramente su mamá no puede darle una devolución sobre

las cosas que ella le cuenta o darle las respuestas que R necesita. Fui la primera en saber que estaba embarazada; me cuenta sus proyectos de formar una familia con su novio y su bebe y también la preocupación por su mamá ya que no vivirá mas con ella cuando se case.

Pero no hay un patrón un modo de tratarlas igual que la otra y que pueda funcionar, todas son diferentes,

Otras chicas que no podían hacerse cargo solas han formado una familia y egresaron bien.

De alguna manera en algunos casos les cubrí la necesidad de una mamá.

¿Reciben visitas de sus madres?

Si- No

¿Manifiestan alegría, temor, angustia, indiferencia, vergüenza?

¿Como repercute en ellos?

En el caso de M, su mamá ya había fallecido cuando llegue al hogar.

R cuando era mas chica no la quería a su mamá, pero a medida que fue creciendo fue comprendiendo la situación y aceptando que tenía que ocuparse de su mamá porque ella sola no podía y fue así como fue cambiando y recibía con mucha alegría la visita de su mamá.

P a su modo también, ella se sienta junto a su mamá, le ofrece mate y permanece a su lado a veces sin hablar ninguna de las dos por largo tiempo, pero se queda allí, como protegiéndola. Quizás todavía le da un poco de vergüenza ante sus pares, tal vez aún no ha asumido la discapacidad de su mamá. Pero lo concreto es que ambas hermanas adoptaron un rol protector con respecto a su mamá, es como que son las mamás de su mamá, se invirtieron los roles.

¿Tomó contacto alguna vez con las madres de estos chicos?

Sólo he tomado contacto con la mamá de P y R cuando esta visitaba a las hijas, pero no he mantenido una conversación con ella ya que no habla mucho, es casi inexpresiva.

Entrevista realizada a la Sra. M

Lugar: Hogar Juvenil de APAND.

Fecha: 05/09/06 14hs.

Los chicos con madres con padecimiento psíquico, ¿presentan alguna característica de comportamiento diferente a los demás chicos del hogar?

Por lo general no se comportan como los demás chicos, por ejemplo G, es muy cariñoso, muy bueno, pero repentinamente tiene reacciones muy raras, como salivar, tirar semen contra la pared o sobre la cama de los otros chicos.

J solía encerrarse en el baño, ha tenido por momentos la tendencia a aislarse y otras de locura, una vez llegó a pegarnos a mi esposo y a mi; estaba totalmente trastornado porque no quería que nosotros le guardáramos sus ahorros; producto de lo que había cobrado por su trabajo; tal como tenemos que hacerlo por reglamento interno de la institución. Después de tanto que le hablaron terminó entendiendo y le hicieron pedir disculpas. Este tipo de conductas solo las observe en ellos.

V es un chiquito divino, ese nene nunca demostró nada anormal, lo único que tiene es "como que no quiere entregarse", una vez le pregunte si él no creía que podía haber personas que lo quieran de verdad, como por ejemplo mi marido y yo. Es un chico que queremos mucho, pero cuando te arrimas demasiado, es como que salta, que llega hasta acá, pone límites, pero a su vez le gusta estar conmigo y salir conmigo.

¿Cómo es la relación con sus pares dentro del hogar?

Normal, no tienen problemas ni se relacionan diferentes a los demás.

¿En general como ha sido su relación con ellos?

Para mí todos los chicos son iguales en el trato. Yo me entregaba más a ellos sin que se dieran cuenta. Pero siempre hay alguno que quieres más porque es diferente, porque es más bueno, en realidad son todos diferentes. Para mí eran todos iguales hasta que entro G y X allí se descompuso toda la casa, entonces esos chiquitos nos volvieron locos. Por los demás hemos tenido una muy buena relación. Pero a G y X últimamente les hablaba lo necesario y dejaba que hicieran cualquier cosa, no en la casita, la casita la hice respetar siempre.

¿Reciben visitas de sus madres? Si- No

¿Manifiestan alegría, temor, angustia, indiferencia, vergüenza?

¿Cómo repercute en ellos?

La mamá de V lo visita de vez en cuando, le trae unas golosinas otras veces ropa interior. V sufre mucho por su hermana, ella es su mayor drama, un día llegó a decirme "no se si mi hermana tiene cura". Ella estaba internada en la Posada del Inti, haciendo tratamiento y parecía que estaba bien. Entonces un día le propuse que hiciéramos unas tortas y fuéramos un sábado a visitarla y pasar la tarde con ella; el estaba muy contento con esa idea y al día siguiente nos avisaron que se había fugado; al enterarse de esto se le vino el alma al suelo otra vez.

A C también lo visita su mamá y además el tiene permiso para egresar con ella los fines de semana.

A J, la mamá no lo visita nunca, yo le digo que la llame, pero el no quiere, dice "que si no la ve mejor", el no demuestra nada. Una vez vino la madre a visitarlo y me increpó diciendo que yo no dejaba que su hijo la llamara por teléfono y J le aclaró que era él quien no quería hablar con ella. J al que más busca de sus hermanos es a X.

A G también lo visita su mamá siempre que tiene dinero para el pasaje; la señora es muy cariñosa con el, y el con su mamá. En general los chicos no tienen problema con la visita de sus madres, pero a veces depende de la presencia, el aspecto con el que se presentan; si vienen limpias y presentables ellos están más contentos. Ahora si vienen sucias o muy desarregladas como el caso de G; a el lo mortifica bastante, la vergüenza lo carcome, o cuando empieza a hablar raro, el enseguida se la lleva; "veni mami te acompaño hasta la esquina", pero después se le pasa.

El resto no ha manifestado ninguna conducta extraña o diferente ante la ausencia de sus madres, ellos charlan, juegan, van y vienen y cuando las mamás los visitan se ponen muy contentos.

¿Tomó contacto alguna vez con las madres de estos chicos?

Si, yo soy de hablar mucho con las madres cuando vienen de visita, porque yo me manejo por lo que ellas dicen para acompañar a los chicos, me da una ayuda para comprender al chico.

La mamá de V hablaba mucho y me contaba el problema de su hija mayor, que no tenía trabajo, que cirujeaba para luego venderlo.

Con la mamá de G es más difícil hablar porque no se le entiende bien, pero siempre tuvimos buen trato. Una vez vino con que su hijo había llevado un paquete de cigarrillos, pero que a ella le parecía que no eran normales y le parecía que era droga y estaba muy triste y lloraba; yo trataba de calmarla diciéndole que no creía que fuera droga pero ella insistía en que tenía olor muy feo. Entonces la lleve a la dirección del Hogar para hablar del tema con la Directora. Continuaba llorando y me decía que no quería ver a su hijo

perdido; también me dijo que G le sacó una radio de su casa, que era de ella y G dice que su mamá se la había prestado, entonces no se si es la señora que esta confundida o G que se aprovecha de esta situación, me queda la duda. Yo trate de tranquilizarla diciéndole que yo siempre reviso los placares de los chicos y nunca encontré droga.

Entrevistas a los adolescentes y las madres

Objetivos: Conocer la dinámica del binomio madre-hijo en situación de vulnerabilidad desde la perspectiva de los actores.

Madres:

- 1- Durante la internación de su hijo, ¿cómo se sintió tratada por la institución?
- 2- ¿Recibió un trato diferencial a causa de su problema de salud mental?

Hijos:

- 1- ¿Recibió un trato diferente por parte de la institución a consecuencia de la enfermedad mental de su madre?
- 2- ¿Cómo impactó en su vida la condición mental de su madre?

Entrevista realizada a la Sta. R y su madre, la Sra. S.

Lugar: domicilio de las entrevistadas.

Fecha: 06/11/06- 10hs.

Sra. S, durante la internación de sus hijos, cómo la trató la institución durante ese tiempo?

S- Bien, me ayudaron.

De que manera la ayudaron?

S- Me consiguieron una casa, un lugar donde vivir.

Cuando Ud. iba de visita o por otras cuestiones, ¿era escuchada en la institución?

S- Si, me escuchaban y me ayudaban.

¿Qué otra ayuda le prestaron?

S- Ya no me acuerdo.

¿Alguna vez sintió un trato diferente al que le daban a otras madres?

S- No, siempre estuve bien, nunca tuve problemas y me dejaban ver a las chicas las veces que quisiera.

¿Ud. tenía amplia libertad para visitar a sus hijas?

S- Si, tenía una libertad tremenda para ver a mis hijas.

¿Ud recuerda cuál fue la razón por la que internó a sus hijos?

S- Porque no tenía casa, andábamos todos en la calle.

R- no andábamos en la calle, la municipalidad nos había prestado una casilla rodante; aparte de que no teníamos un buen lugar donde vivir, ella no tenía trabajo. Tenía pero, ¿cómo haces para mantener una casa con 3 chicos con un trabajo de limpieza por hora?

Básicamente esa fue la razón, tu mamá estaba sola con tres hijos; lo que ganaba no le alcanzaba para cubrir las necesidades; no contaba con el apoyo de la familia y tampoco tenían una vivienda confortable.

El tiempo que estuviste internada en la institución, ¿cómo lo viviste, cómo incidió en tu vida al no estar junto a tu mamá?

R- en ese momento me afectaba como a cualquier chico porque quería estar con mi mamá. De aquel momento no recuerdo muy bien lo que sentía, se que estaba triste, obvio; pero yo siempre me tiré para el lado de pensar que si yo me ponía mal, tenía a mi hermana que era chiquita y ella siempre se ponía mal cuando me veía mal a mi. Entonces yo traté de estar siempre con P y ser fuerte por ella y gracias a que la tenía a ella a mi lado yo seguía adelante, de lo contrario...

¿Ella también te daba fuerza?

R- sinceramente es así porque desde que nos internaron en el Gayone yo me aferré a ella, porque era muy chiquita y yo no quería que ella sufriera, aunque mucho no se daba cuenta de las cosas. Pero en el fondo aunque tuviera 5 años se daba cuenta que no estaba con su mamá, pero al menos sabía que contaba conmigo.

Durante tu internación, ¿notaste alguna diferencia en el trato de la institución para con vos respecto de las demás chicas?

R- sí, todos me lo hacían notar, yo no quería que se note pero...

¿Cuáles eran esas diferencias?

R- la diferencia era obvia, porque si uno hace las cosas bien como ellos te piden; porque no te piden un imposible; te piden que estudies, que seas responsable y a cambio de eso, ellos te dan la confianza de; por ejemplo: dejarte un día salir y regresar un ratito más tarde; o sentarte a ver la tele hasta la hora que se te antoje, pequeñas cosas.

Era un premio a tu comportamiento.

R- si pero yo no lo hacía a cambio de algo, yo lo hacía porque no quería terminar mal, aparte quería terminar mis estudios. Yo todo lo que hice fue sacarle provecho, seguir estudiando, tener buena conducta. Yo buena conducta tuve en el colegio, en el hogar o donde fuera. Entonces esto es lo que más se notó; ellos siempre me hacían diferencia.

¿Positivas?

R- positivas, pero para las chicas, para el resto era negativo, por eso yo siempre tenía problemas con ellas. Cada dos por tres me peleaba con toda la casa; un mundo era la casa y otro mundo era yo sola con la tía. Cuando conocía a mi novio, ahí se empezaron a notar más las diferencias de convivencia porque siempre existieron los celos porque yo tenía un novio "bien", como yo hacía las cosas bien, ellos siempre resaltaban eso: "mirá R que tiene una familia que la quiere, ustedes pueden hacer lo mismo, buscar a alguien...", y siempre me comparaban.

Eras un ejemplo y en lugar de ser el modelo a seguir por las chicas, generaban más conflicto y rivalidad.

R - me generaban problemas a mí.

Pero esa diferencia que vos sentiste por parte de la institución fue positiva, porque siempre te valoraron y respetaron.

R - si es por eso que yo sigo yendo, porque yo les dije a ellos, "estoy muy agradecida por lo que ellos hicieron por mí". Lo que te quiero decir es que cuando me internaron en el hogar, mucho no me acuerdo de lo " que sentía", seguramente tristeza, pero yo ahora lo veo desde "ahora" y para mí fue positivo haber estado ahí. A veces me pongo a pensar si hubiera seguido con ella, (refiriéndose a su madre) no se que hubiera sido de mí o mis hermanos.

Personalmente creo que la decisión que tu madre tomó al internarlos, fue muy sabia. Porque al momento de tomar una decisión puso en la balanza primero a sus hijos, que no les falte alimento, abrigo, que puedan ir a la escuela, que nadie los maltrate.

S - yo no quería que nadie los maltrate.

Creo que eso habla muy bien de tu mamá.

R - igualmente ella siempre nos mandó a la guardería y de la guardería nos llevaban a la escuela y ella desde donde podía lo hacía por más que no tenía muchos medios.

Pero tuvo claro lo que tenía que hacer.

R - medio que se lo impusieron pero bueno..., cualquier otra hubiera sido rebelde.

¿Por qué decís que se lo impusieron?

R - porque a ella creo que no le avisaron nada, ella estaba trabajando. Se aparecieron una mañana en casa, golpearon la puerta, era la policía, bien bruto! levántense que nos vamos a buscar a su mamá al trabajo! Nosotros vivíamos en Batán y mamá trabajaba en Mar del Plata. Cuando llegamos a ella la tomó por sorpresa, porque ella no sabía que nos iban a llevar, y nos levantaron a todos y algunos fuimos al Gayone y otro al Arenaza. La Asistente Social cada tanto iba a casa y hablaba con ella, que "tarde o temprano iba a pasar esto".

Pero en definitiva S, ¿Ud. estuvo de acuerdo, dio su conformidad para esto, porque creyó que era lo mejor para sus hijos?

S - Si; porque les podía haber pasado cualquier cosa.

¿Ud tenía miedo dejarlos solos mientras iba a trabajar, verdad?

S - Si.

Me parece que fue una decisión acertada porque la rebeldía u oponerse a este hecho no la hubiera conducido a nada positivo, por el contrario, seguir exponiéndolos a ustedes a todo tipo de riesgo, ¿no crees R?

R - si.

Podríamos decir que vos tenés una visión positiva de todo, dado que mediante tu internación pudiste ir a la escuela y terminar tus estudios y P, también, ella sigue tu mismo camino.

R - si, yo nunca dije nada negativo de lo que me pasó, al contrario, me hizo más fuerte.

¿Durante este período tuviste la oportunidad de ver a tu mamá con frecuencia?

R - si, lo único que a mi me afectó y mucho, fue cuando ella se enfermó, ella estuvo muy, pero muy mal. (R se observa angustiada).

¿Podríamos decir que esa etapa ya esta superada y controlada?

R - si..., si a como estaba antes...está re bien.

¿S, durante el período que estuvo enferma, también fue contenida por la institución?

S - Si.

¿Entonces nunca la desamparó?

S - No.

¿R, me dijiste que te afectó mucho ese período, por qué?

R - Lo que pasa que cuando ella se enfermó tan mal, desaparecía por 2 o 3 meses y era rarísimo que ella no venga a vernos.

¿Nadie te daba una explicación de por qué tu mamá no venía a verlos?

R - no, es que nadie sabía, es que ella desaparecía y de repente nadie sabía dónde estaba y la buscaban y todo; porque ellos sabían que mamá era incapaz de abandonarnos. Entonces averiguaban por diferentes lugares donde podría llegar a estar, pero ella desaparecía 2 meses o venía todo un mes seguido, y eso a mi me daba miedo, yo pensaba cualquier cosa, tenía 10 años pero nunca fui una tonta.

Me imagino que esas ausencias te habrán angustiado mucho (afirma en silencio).

¿Esto ocurrió cuando estabas internada en el Hogar Scarpati?

R - si, cuando pasé al Hogar Juvenil, recuerdo que 2 veces salí con mi novio a buscarla porque desaparecía de golpe; cuando pasé al Juvenil, la iba a ver porque podía salir, buscaba a dónde estaba viviendo y como andaba de casa en casa, la iba a ver donde estuviera y a veces iba a verme ella, entonces era seguido, era mutuo. De repente una vez desapareció mucho tiempo, entonces salí yo a buscarla, ahí era diferente porque tenía la tranquilidad de que yo podía hacer algo; de decir "no está mi vieja y los demás no pueden hacer nada, pero lo puedo hacer yo" y me acuerdo que ese día me pase toda la tarde buscándola; fuimos hasta Camet con mi novio en bicicleta, dimos vueltas por todos lados, preguntamos en todos lados, hasta que nos dijeron donde estaba. Ese día no la vi, yo la vi recién al otro día; le mandé una nota con una persona para que le diga que yo la estaba buscando.

Y así la encontraste, por vos misma, por tus propios medios, y por tu decisión. ¿Y ahora que planes tienen?

R - yo estoy buscando casa para irme a vivir con mi novio.

¿Cuándo nazca tu bebé?

S - yo no sé a dónde voy a ir a parar. No sé a dónde voy a ir a parar yo...

¿Uds. No reciben ningún tipo de ayuda o subsidio?

S - si tenemos un subsidio.

¿A Ud. la atienden en la Curaduría?

S - si.

¿Ellos no le pueden alquilar una casa o un lugar donde vivir?

R - están en eso, lo que pasa que ella cobra un subsidio de \$243.-, el alquiler hoy en día está arriba de \$200.-, esto a nosotras nos sale \$200.- más la luz más la garrafa. Entonces de la Curaduría querían ver si podían mandar a alguien que viviera con ella y pagaran el alquiler a medias.

¿S, conoce a alguien con quien pueda compartir la casa y convivir?

S - si.

R - lo que pasa es que tiene que ser alguien de confianza porque acá nos sale de garante mi novio y si algún día no llegan a pagar el alquiler quedamos re mal, además son conocidos de su familia.

Yo cobraba una beca de minoridad de \$200.-, pero al cumplir la mayoría de edad, ya lo dejo de cobrar y eso ayudaba mucho. Si no fuera porque tengo dos trabajos, no podríamos vivir con \$450.-.

El problema es también que si mi mamá no tiene un lugar bien, donde vivir, P no va poder egresar con ella los fines de semana, no es una excusa, es la realidad.

¿S, Ud. continúa asistiendo al Centro de Promoción Social, a los talleres de repostería?

S - continúo yendo al Centro pero no se hace más repostería.

R - No, le dieron el alta, el alta no se ¿de qué?. Porque a ella le hace peor estar todo el día encerrada acá en casa sin hacer nada.

¿No hay otras actividades en el Centro, que ella pueda continuar haciendo y que las ayude económicamente?

S - No.

O sea que le dieron el alta y con eso se acabaron las posibilidades, ¿no la atienden más?

S - no, ellos quieren que consiga algo en el comedor que voy yo, porque yo voy al comedor a comer y ahí quiere que consiga algo para hacer.

R - yo lo que le digo, antes de estar perdiendo el tiempo allá; que se consiga un trabajo donde le paguen, porque en el comedor no le pagan nada; y no estamos para hacer las cosas gratis.

¿No hay posibilidad de hacer algo de repostería, de lo que aprendió y salir a vender en el barrio o en algún almacén?

S - en el Centro ya no hacen más como hacíamos nosotros.

¿Aquí en su casa, no tiene los medios para hacerlo?

R - no, tenemos gas embazado y sale muy caro.

Si a vos te parece bien, yo le voy a anticipar esto a la Asistente Social del Hogar Juvenil, donde está tu hermana?

R - Esto ya está hablado en todos lados, pero buscan que nos rebusquemos.

S - yo estoy haciendo los trámites para conseguir una pensión.

¿Eso lo están gestionando en la Curaduría?

R - no se si de la Curaduría o del Hogar.

R - P fue a clase de apoyo porque anda media floja en algunas materias, si no la hubieras encontrado acá. Bajó algunas materias que tenía bien.

¿Cómo la ves a P?

R - Bien, ¿a que te referís?

¿Cómo la ves con sus cosas, la escuela, el hogar, su vida en general?

R - lo que pasa es que ella no es muy demostrativa, con nosotros es bastante demostrativa, pero se guarda mucho, se calla todo, tenés que agarrarla con una sopapa para sacarle algo. Y supongo que se debe sentir muy bien acá porque viene todos los fines de semana, es un refugio para ella, porque viene acá y se descarga.

¿Ella también tiene problemas con las chicas de la casita?

R - no ella no tiene problemas porque no se mete con nadie, es su mundo, pero viene acá y cuenta que le rompen las cosas; que son desastrosas; cosas que se hacen entre ellas; que se rompen las cosas; se roban entre ellas...

Hace poco tiempo hable con ella y me manifestó que tenía algunas dificultades porque estaba todo el día en el colegio y las chicas le reprochaban que no hacía las tareas en la casita.

R - ¿ y qué cosas va hacer si no está en todo el día?. Eso es común, pasó y seguirá pasando. Porque P se está matando, porque ellas se creen que estar todo el día allá en la escuela es joda. Yo la noté últimamente re flaca y le pregunté "vos comés?" . Pero claro esto internamente la debe estar cansando un poco, ella está contenta de ir al colegio allá; pero ¿sabes lo que debe ser estar todo el día, tantas horas lejos de tu casa y lejos de la ciudad?

Pero yo creo que es positivo para ella porque por un lado está lejos del Hogar, lejos de esta problemática y roce con las chicas y en cambio está en un lugar donde esta el conocimiento, donde está aprendiendo; y creo que es mejor para ella que transcurra esas horas en la escuela, escuela que ella eligió.

R - yo no discuto eso, lo que no me gusta es que la presionen, porque uno se cree que es fácil estar allá, pero no es fácil.

¿Quién la presiona, cómo?

R - y...que tu hermana tiene las notas bajas; que tiene que hacer esto; que tiene que hacer aquello; si un día no va a clase de apoyo arman un escándalo bárbaro; que por qué no fuiste; que esto; que lo otro.

¿Quien le hace escándalos, la tía de la casita?

R - si, pero porque le sigue la corriente a las pibitas. Y con respecto a que la presionan por la limpieza de la casa, yo le digo que no se enrosque; porque si no está en todo el día; ¿va a limpiar la mugre de las demás?. Y encima tiene que soportar que mientras está todo el día allá le rompan y le roben sus cosas, no!

S - ella tiene ganas de irse de ahí.

R - si pero yo le dije " que se la banque porque acá no va poder seguir estudiando".

Le falta tan poco para terminar el Polimodal. Supongo que al egresar de una escuela agraria, lo hará con un título especializado y tal vez luego podría continuar una carrera de 2 o 3 años y obtener un título profesional como técnico agropecuario y acceder a un muy buen trabajo.

Lo ideal sería que vos la puedas contener para que ella se banque estos 2 años que le faltan para terminar con la escuela. Que no se deje influenciar por la casita; contenéla con eso, ya termina el año.

Ella tiene la libertad de salir todos los fines de semana y estar con vos, con su mamá, y ahora que va a nacer tu hijo, esto será una alegría para todos. Que trate de verlo como que solo está internada para estudiar.

R - yo no se si me voy a ir a vivir con mi novio ahora o me voy a seguir quedando acá. Refiriéndose a su madre manifiesta: y no nos va alcanzar la plata; y no me da pelota; le digo todos los días y no hace nada, le conseguí hace poco un trabajo para limpiar una casa. Va cuando se le antoja, no llama; yo le dije de entrada "si un día no vas porque no puedes, llamála porque por ahí te puede cambiar ese día por otro día", porque a ella le pagan por día y por hora.

Y yo a la vez estoy tironeando con P, que no quiero que deje el colegio; con ella que quiero que no esté todo el día encerrada, que por lo menos salga a trabajar a hacer algo.

S - ¡Yo me voy a ir de acá, yo me voy a ir a la miércoles!

R - Bueno, ¿ves? Ahí empieza, ¿ves?" El lado oscuro de la realidad". Porque ella nunca valora que yo la saque de un lugar de chapas, horrible en medio de toda la mugre, a un lugar que dentro de todo es mucho mejor y nadie nos joroba, donde no se mete nadie sin permiso, donde tenemos privacidad. Ella no valora que en lo económico y en todo la estoy bancando.

R , yo te entiendo, ¿pero no se te ocurrió pensar que tal vez tu mamá no alcanza a entender lo que vos le planteas, quizás no puede comprender del todo lo que vos le pedís?.

R - ya sé, ya lo sé, yo se lo dije a ellos (Centro de Promoción Social), lo hablé con ellos; pero cuando vieron que me vine a vivir con mi mamá, se lavaron las manos, es cómo

que dijeron "es tu hija, que se haga cargo tu hija". Y no es así, le dieron el alta y la siguen conteniendo con las pastillas, pero no la está tratando ni un psicólogo ni nadie, solo le hacen 2 o 3 preguntas; ¿y las soluciones dónde están?

¿Vos te referís a una solución económica o desde la salud de tu mamá?

R - desde la salud de ella, lo económico ya pasa por otro lado. Lo que pasa es que cuenta todo; la fuerza que tiene que tener una para darse cuenta que el otro no puede con todo; porque yo me voy a ir; ya me cansé; por más que sea mi vieja, ya me cansé de seguir bancándole todo; no se da cuenta de las cosas o no quiere darse cuenta a veces porque no es ninguna tonta. Y lo que más me molesta es que le hayan dado el alta cuando yo me vine a vivir con ella, porque esto ellos ya lo estaban pensando cuando teníamos las reuniones familiares, me decían "y vos pensas ir a vivir con tu mamá...y que P también vaya...", "que puedan recibir una ayuda económica", te pintaban todo color de rosa.

¿No volviste a insistir para que tu mamá continúe recibiendo atención psicológica, psiquiátrica y el apoyo más allá de la medicación?

R - yo no volví a hablar más porque no tengo tiempo para ocuparme de todo.

S - me estaban por dar cita para ir con P allá para hacer terapia.

Está muy bien. ¿S y a Ud que le pasa que no tiene ganas de trabajar, de ayudar un poquito? Porque se paga bastante bien la hora de trabajo, aunque sea lo que gane es para la comida del día; 3 hs. por día ayudan bastante.

R - es lo que yo le digo, así sea una vez por semana o dos, peor es nada, porque ella trabaja dos veces por semana y son \$15.- por día.

¿Qué le pasa S, porque no tiene ganas de trabajar?

S - no es que no tengo ganas, es que no me gusta que me estén todo el tiempo amenazando, amenazando, amenazando.

¿Quien la amenaza?

S - refiriéndose a su hija; quedáte tranquila que ya me voy a ir.

R - yo no te amenazo, yo empecé diciéndote las cosas bien.

S - me amenaza, me trata como un perro, me insulta, no yo me voy a ir, no aguanto más.

R - bueno, ves ahora tiene esta actitud, dentro de un rato me está chupando las medias,

R esto, R lo otro.

Sin enojarnos, sin lastimarnos, ¿S, vos querés hacer las cosas cuando querés, cuando tenés ganas?

S - claro, no me gusta que me estén encima, amenazando, amenazando.

Lo que pasa es que R te insiste porque las urgencias, las necesidades son ahora, ya, es rápido. Hoy tenés que tener \$5.- para comprar algo para comer, ¿entendes? \$2.- para comprar la garrafa o lo que sea. A eso va, a que no se puede esperar a un día de estos, la semana que viene que yo tenga ganas de ir a trabajar.

R - ella está muy cómoda porque sabe que yo plata siempre tengo, y si hoy se termina el gas, R lo paga, y ella después tranquilamente cuando cobra me paga la otra parte. Pero ella no se da cuenta que esta plata la tengo hoy porque siempre tengo "por si acaso", para alguna urgencia, pero a veces yo me quedo con lo justo, ¿y?

S, ahora tenemos que pensar que R va a tener un bebé, y para el cual va a necesitar muchas cosas.

R - yo lo hable con ella, ya se lo dije de millones de formas, empecé bien cuando me enteré que estaba embarazada, se lo dije "mira a mamá las cosas no van a ser igual, yo no sé si voy a seguir viviendo con vos o me voy a ir con mi novio", aparte las cosas con él no estaban bien, si el no se llega a hacer cargo, yo voy a tener que cargar con todo y no voy a poder, va a ser un gasto más en la casa. Además algunos días no voy a ir a trabajar, y ese tiempo yo no voy a cobrar porque estoy en negro y se lo dije de muchas formas, le dije que empecé a ir a los lugares donde limpiaba antes para ver si la necesitan o preguntar en otro lado.

Además S Ud. ha sido y es una mujer luchadora, que se mató trabajando por sus hijos, que hizo grandes sacrificios; no puede bajar los brazos ahora, S ahora sus hijas necesitan que las ayude un poco. Por ahí como dice R dos veces por semana,

eso ayudaría mucho, primero la ayudaría a Ud. y segundo a R, porque ella la necesita también, más que nunca ahora cuando nazca su bebé, ella tendrá que estar un tiempo sin trabajar y eso va a ser bravo para ella y para Ud. Digo, S porque Ud. tiene mucha fuerza, tiene mucha voluntad y es una mujer luchadora, toda su vida lucho por todo y por sus hijos como una leona y ahora va a tener un nietito, es para pensarlo S.

R - con mi novio ya tenemos la plata para comprarnos una casa, la tenemos pero no encontramos la casa, porque todo está muy caro. Entonces yo le dije; me voy a quedar un tiempo más, pero en cuanto me salga la casa, yo me voy, no tenemos apuro, pero en cuanto salga la casa me voy, le digo así que aunque sea pensálo por vos, hacelo por vos.

R, creo que tenés que hacerte un momento para hablar con el Centro y plantear la situación. Porque probablemente tu mami por ahí le pone voluntad y por ahí también se enoja por la imposibilidad de darte una respuesta, porque no puede darte esa respuesta. Desde lo que dice, desde el discurso de lo que tiene que hacer, desde lo actitudinal, desde el hacer, ¿me podes entender?

Entiendo que estás como el jamón del sandwich. Yo creo que tu mamá tal vez no te ayuda porque no le encuentra mucho la vuelta, por eso creo que hay que intentar nuevamente que ella reciba la ayuda en el Centro, en el Hogar de Día, donde ella pueda hacer algo y que la ayuden con la obtención de un trabajo acorde a sus posibilidades o una ayuda económica.

R - lo que pasa que uno tampoco puede estar toda la vida dependiendo de un subsidio. Está bien, en eso tenés razón, me parece perfecta tu forma de pensar; uno no puede estar toda la vida esperando que alguien te de todo.

S - mira le conseguí trabajo, estando yo a full con mi trabajo, haciendo horas extras, buscando un lugar donde irme a vivir con mi novio y así y todo le conseguí trabajo para ella, que vaya dos veces por semana a limpiar una casa y le pagaban \$15.- por día.

¿Queda lejos?

R - no encima tiene la tarjeta gratis y le digo, si un día no vas a ir, llamala y avisale que no vas a ir por X causa.

S - pero ella sabía que yo iba a ir los viernes, cuando no voy, porque ella sabe que yo voy a la reunión de allá, del Hogar.

R - eso si lo sabe, pero vos no fuiste un martes, no fuiste un jueves, vas cuando se te antoja.

S - yo no voy más y listo; no voy a andar ahí yo...

Pero la que se perjudica es Ud. S, porque la señora llama a otra persona, que vaya los días que ella quiere y Ud. se queda sin trabajo, ese es el problema.

R - es como que ella lo está haciendo por obligación, de ir a trabajar, por que yo se lo conseguí porque le estoy diciendo que busque trabajo.

S - me arruiné toda la ropa con lavandina, me compré ropa y toda arruinada con la lavandina.

R - pero no es una excusa, yo también tengo todos los pantalones manchados.

Yo creo que a tu mamá le va a venir bien un poco de contención psicológica, un poco de apoyo de ese lado, tal vez de trabajar esto de que ella pueda colaborar y ayudar.

R - es como que ella siempre lo está haciendo todo a presión, entonces se lo toma a mal.

Por eso habría que ver que pasa y por qué ella se toma todo con esta presión, ella no debería tomarlo así, al contrario ella debería ver, ella debería darse cuenta, que bueno que ella puede hacer algo, que tiene la posibilidad, tiene la salud para ayudar a su hija en este momento.

Como lo hizo toda su vida S, lucho como una leona por sus hijos. Y ahora es todavía una mujer joven, que tiene fuerza, que puede hacer un montón de cosas. Pero hay una negación en ella que no se por dónde pasa, eso es lo que deberían ver los profesionales adecuados.

R - pero si ellos sabían muy bien la situación. En la última charla que tuvimos y por eso yo no quise ir más, porque no me gusta la doble careta que te pintan todo color de rosa y después cuando se les antoja se olvidan de vos y eso pasa y va a pasar siempre. Cuando íbamos a las charlas familiares, que íbamos las tres, nos preguntaban cómo andaban las cosas y yo le comentaba lo que pasaba, no era tanto como ahora, la presión era menos, pero siempre hubo problema. Y ellos lo único que hacen es preguntarte, siendo psicólogos, en vez de ayudarte y tratarla a ella; no, te preguntan nomás para molestar. Si te preguntaran y te dijeran vamos a tratarla o hacer tal cosa, pero no, para saber, para llenarse un poco los oídos.

Por eso creo que si vos le planteas puntualmente el problema y lo que le está pasando a tu mamá...

S - y...por qué no te pagan más?

R - porque cumplí los 21, era para que siga los estudios.

S - era para que sigas los estudios... ¿y te pagan si seguís los estudios?

R - no, solo hasta los 21 años. Bueno esa beca también me la conseguí yo. Porque en APAND también lo hablé, que estaba mal; que no tenía comida, que no podía seguir estudiando y ellos me hinchaban "que tenés que seguir"; pero por más que me paguen el colectivo, yo tengo gastos extras, no tengo plata para comprarme un calzón que cuesta \$5.- y no tengo para comprarlo y ellos me insistían en que tenía que seguir estudiando en el Quilmes, con qué voy a seguir estudiando? Entonces me tuve que mover yo, ir a Tribunales, hacer lío acá, lío allá, preguntar para conseguir la beca...

Bien!, lo bueno es que la conseguiste por tus propios medios, ¿entendés? Eso es lo bueno! Porque no se te fue dado servido como una dádiva, te das cuenta de la diferencia?

R - ves, eso es algo que yo veo positivo, pero no me gusta tampoco que sea tan así, porque a algunos las cosas se les facilitan más, en cambio a mi no, siempre como ven que yo puedo, que siempre insisto por no quedarme tirada, se lavan las manos y se preocupan más por las que prefieren las cosas fáciles.

Tal vez, no es que prefieren las cosas fáciles; vos lo dijiste, tenés capacidad para hacerlo, vos te podés arreglar sola.

R - pero esto a mi me mata, emocionalmente, me mata, me carga mucho. (Se angustia y se quiebra).

¿El haber tenido que conseguir eso, el haber logrado la beca?

R - no, todo; porque yo sigo siendo hija, todavía no soy madre de nadie para hacerme cargo de nadie. Y a veces tengo que ocupar el rol de madre yo e insistir con todo. Y que yo lo veo así, en vez de ser la hija termino siendo la madre y no debería ser así.

No, pero digamos que no desde el lugar de madre, pero sí desde el lugar de hija, cumpliste y estás cumpliendo un rol como pocos. Eso vos lo sabes, sos una persona responsable, una persona que tuvo y tiene fuerza para hacerlo; las cosas se dieron así, pero tenés una fuerza y una capacidad que pocos la tienen, y esas personas a las cuales vos ves que "todo se le da servido", es porque no tienen tu misma capacidad. R aunque a vos te parezca mentira; porque la verdadera lucha, la lucha por la consecución de cosas, de objetivos, está en el esfuerzo, en la responsabilidad en la voluntad, en esa constancia diaria que vos tuviste día a día. Porque esas personas que gritan, pelean a golpes y hacen barullo, eso no es sinónimo de fuerza, justamente hacen ese barullo para esconder su debilidad, la incapacidad que tienen para valerse solos, por eso a vos te parece que todo se les da servido.

Pero vos tenés el orgullo y la satisfacción de lo que tenés, lo que sos y lo que lograste, lo lograste vos y eso no te lo saca nadie. Es algo de lo cual tenés que estar segura, conforme, satisfecha y muy orgullosa y eso es algo que le vas a transmitir a tu hijo. ¿Si? Esta capacidad de lucha que vos tenés es la que no te permite bajar los brazos y seguir dándole para adelante, ¿cierto?

R - yo para mi no quiero ningún ingreso, quiero tener la tranquilidad de que mi mamá tenga un lugar donde vivir y la contención psicológica. Yo quisiera que ella recupere la

casa que tenía en el Barrio Las Dalias. Por lo menos eso es lo que más preocupa porque tenemos que pagar un alquiler y están muy caros, te cobran cualquier cosa por cualquier cosa.

S - encima se inunda todo, se llueve.

R - bueno eso no es problema porque estamos mejor que en cualquier lugar que vos estuviste antes.

¿Tu novio vive cerca de aquí?

R - a una cuadra.

¿Están pensando en comprar una casita propia?

R - si y yo cuando me vaya no la quiero dejar a ella sola, pero si ella no pone un poco de voluntad, tampoco puedo tirar para los dos lados. Que no me voy a ir a vivir con mi novio y mi hijo los tres tranquilos porque si no ella no va a tener donde vivir y yo tengo que hacer mi vida. Aparte viene un hijo nuestro y yo tengo la posibilidad de tener una familia, de formar una familia con M y mi bebé, no a cualquiera se le presenta así.

Bueno primero que vos no sos cualquiera y segundo, llevaste una vida ejemplar, con una buena conducta, haciendo las cosas bien, entonces esto es una lógica consecuencia de tu conducta de vida, una conducta coherente con tu vida.

R - bueno por eso no quiero desaprovechar la oportunidad que tengo.

¿Tu novio está de acuerdo con vos?

R - si, el me está dando la posibilidad, me comprendió, de que yo no la quiero dejar a ella sola hasta que no consiga algo, entonces me dijo: "si vos querés quedarte un tiempo más, hasta que tu mamá se pueda acomodar, quedáte, yo no tengo problema; pero quiero que vengas a vivir conmigo". Aparte estamos juntando las cosas para la casa, volver para atrás no se puede.

¿S, Ud. está de acuerdo en volver al Centro, recibir atención, que la ayuden, la acompañen?

S - si, si.

Pero a ponerle ganas, ayudarla un poco a R, porque ella solita no puede con todo.

S - si, si.

¿Lo va a intentar, va a tratar? ¿Para ayudar un poquito? Es mucho el peso que lleva R sobre su espalda...

S - si.

¿Para cuando tenés fecha de parto?

R - 25 de noviembre.

Será nena o varón?

R - varón y se llamará LA

Entrevista realizada a la Sra. G

Lugar: domicilio de la entrevistada

Fecha: 25/10/06- 10 hs.

Durante el tiempo que C lleva internado en APAND, ¿cómo se ha sentido Ud. tratada por la institución?

La verdad? Para mi, son las mejores personas; no es por nada, pero yo tengo familia, pero hace de cuenta que no la tengo. El psicólogo, la directora, todos siempre me trataron bien. La tía de la casita también.

Ud. siente que ellos la escucharon cuando llegó, cuando tuvo algún problema?

Si, aparte me apoyaron muchísimo.

En que sentido la apoyaron?

En todo sentido; por ejemplo el psicólogo siempre me decía que cuando yo necesitara algo. Ellos siempre de que C estuviera conmigo, lo que más trataba siempre el psicólogo era que C estuviera con nosotros.

Hicieron el esfuerzo para que su hijo no estuviera tanto tiempo en la institución, verdad?

Si, para que vaya a ver a sus hermanos, la verdad es que siempre sentí que ellos me ayudaban mucho.

La institución le brindó algún tipo de ayuda material, psicológica, emocional, contención?

Yo te diría que todas las ayudas, porque yo siempre cuando andaba mal, hablaba con ellos y es como que cambiaba todo y me ayudaban mucho con mercadería también, hasta ahora me están ayudando, siempre cada tanto me manda el psicólogo por C.

Durante sus momentos de profundas crisis, angustia, cuando se sentía desbordada, recuerda haber recibido un trato diferente ?

Si, yo sentí que para ellos yo no estaba en condiciones mentales de cuidar a mis hijos, yo sentí en una palabra que para el Tribunal de Menores, estaba loca.

En APAND alguna vez sintió eso?

No, jamás, me hicieron sentir eso, todo lo contrario. No yo con APAND estoy tan agradecida de la forma que me trataron. Yo siempre digo: el día que C ya no esté mas ahí se va a extrañar mucho la gente, todos por igual, porque arriba, en todas partes que yo he estado con esa gente, siempre me han tratado muy bien.

Y con quien más ha tratado además del psicólogo y la directora de la institución?

También con un hombre de arriba, que me hizo hacer un curriculum por trabajo y la otra señora que está arriba también; lo que pasa es que yo tengo muy mala memoria para los nombres; pero era en las oficinas de arriba.

Alguna vez tuvo contacto con el médico del Equipo Técnico?

Si es más, cuando yo tengo algún problema o algo así, voy acá a la salita donde está él y me hago atender.

Se ve seguido con su hijo?

Si, pero ahora hace más de quince días que no lo veo, porque el se había hecho de novio con una chica de acá y después se pelearon, y como que no quiso venir, se alejó un poquito. Pero cuando pueda ir, cuando tenga plata para el boleto, voy a verlo. El ahora no viene seguido porque creo que se está viendo con el padre; por lo que me dijo el psicólogo; el me contó de la primera vez, la segunda vez me contó el psicólogo.

El padre se acercó a la institución?

No, C se acercó para allá.

C viajó a Vidal?

Se fue a Vidal a la casa de la tía y de ahí se encontró con el padre. Que va hacer..., yo no puedo opinar mucho en ese sentido, es más cuando me lo dijo, no le dije ni "que raro, ni nada", si es lo que el quiere, que voy hacer?

El mismo le comentó qué fue a ver al padre ?

Si, el me contó.

Tiene una buena comunicación con su hijo, hablan mucho, le cuenta las cosas que le pasan, sus preocupaciones?

Es muy tímido C; no, mucho no me cuenta. Si me contó que había estado con el padre, que había ido a cenar los días que se quedó allá en Vidal y que le regaló \$30.-, pero mucho, mucho así, no me cuenta.

Ud. le pregunta algo o espera que el le cuente?

No, algunas cosas por ahí yo le pregunto, le pregunto por qué no viene para acá; y el me dice, me fui allá, me fui acá.

Tiene algún problema de salud su hijo?

Si, yo arreglé con el psicólogo la última vez que estuve, que ellos le sacaran el turno, porque yo no tenía plata para ir todos los días al Regional, así que no se en que quedó eso. Si el psicólogo se habrá hecho cargo de eso? Si se tiene que operar porque dicen que cuando son chiquitos había que correrles el cuerito para atrás, algo de eso era.

Actualmente recibe algún tipo de tratamiento o apoyo psicoterapéutico?

Si en el Centro de Protección del Menor del puerto, me hago tratar con las psicólogas. En este centro tengo amistades, un abogado, una secretaria, Asistente Social y los psicólogos, son gente como los de APAND. Cada tanto que pueden vienen y me ayudan. Yo a veces me reniego porque digo: " me hubiese gustado comprar la puerta para acá, pero si compras la puerta no compras otra cosa, si compras una garrafa no compras otra cosa y es así, no se puede con todo. Es todo un tema estar solo"...

Me imagino que no debe ser fácil para una mujer ser jefa del hogar con cuatro chicos a cargo.

Cómo resolvió la tenencia de sus hijos ante el Tribunal de Menores?

Yo los traje como de vacaciones, unos días antes de empezar las clases, los iba a llevar a Vidal y no se quisieron ir. Entonces yo me presenté en el Tribunal sola sin ellos, le explique todo a la secretaria del juez, que ninguno quería volver. Así que la secretaria me dijo "venite el lunes con todos los chicos". Y me presenté en Tribunales con todos los chicos; los vio una médica, una psicóloga y me hicieron firmar, me dieron la tenencia de vuelta a mi, o sea que está todo legalmente.

Con respecto a C, como lo ve en la institución?

El está bien, está contento y le gusta estar allá, porque la otra vez yo estuve comiendo con él allá y con el nuevo tío de la casita y me decía; porque el no tiene malos pensamientos, es sano en ese sentido; y me decía que el tío es re bueno, pero los chicos lo hacen renegar mucho; el tenía una preocupación por eso. Es como que el está bien, en una palabra él está bien, porque por ahí viene para acá y no tiene lo que el quiere; y bueno yo lo entiendo, que de comer y para bañarse tiene, bien está. El dirá todo el tiempo que quiera estar, yo no lo presiono en ese sentido.

Y los otros chicos es como que se me han ido un poco de las manos. Es como que Vidal es chiquito, pero como que acá se desarrollaron más, no sé que pasó, como que van para acá y para allá, tema como que se han descontrolado un poco, se manejan solos y eso no me parece muy bueno.

Es como Ud. dice se le fueron de las manos, aquí se vinculan con mucha gente y tienen acceso a muchos lugares.

Exactamente, acá hay una roticería y se la pasan todo el día ahí armando cajas, está bien, no tiene nada de malo, pero quiero decir que ellos ya se manejan solos y no es tan, tan bueno eso, para mi manera de pensar, no sé?

Bueno hasta que Ud. le ponga límites, cuando vea alguna cuestión que pueda ser peligrosa, que hay que tener cierto recaudo, Ud. ponga el límite, Ud. es la mamá.

De alguna manera me parece mejor que C este allá, porque allá está siempre con los chicos, que se yo...

Ud. quiere decir que está más protegido?

Si, más por la edad que él tiene, aunque es re bueno pero..., que se yo. Prefiero que termine de estudiar y después se verá.

Entrevista realizada a la Sra. A

Lugar: domicilio de la entrevistada

Fecha: 26/10/06- 16 hs.

A , Ud. recuerda por qué internaron a su hijo?

Porque mi papá era alcohólico.

Ud. estaba enferma en ese momento verdad?

Si estaba enferma y todo el barrio y mis amigos me conocen, ahora se me está pasando, yo voy mucho a la psicóloga por todo lo que me pasó.

O sea que a su hijo tuvo que internarlo porque no lo podía cuidar por encontrarse enferma y su papá era alcohólico.

Si, ayer yo fui a verle, lo veo bien, pero como anda de novio y viste la realidad de la juventud ahora, los chicos se encaprichan con algo, con la madre, con el padre y se ponen caprichosos.

Un poco por la edad que tiene, ya en un par de años va a ser más maduro y va a entender mejor las cosas.

Pero este nenito quiere ir a vivir con mi papá.

G quiere ir a vivir con su papá?

Claro, así me comentó.

G le dijo que quiere ir a vivir con el abuelo?

No, ya lo tiene pensado.

Lo tiene pensado, pero G se lo dijo?

No, alguien me lo dijo, me lo dijo el psicólogo.

El psicólogo se lo dijo?

Si.

A, en APAND la ayudaron alguna vez con algo, de alguna manera, Ud. lo recuerda?

A mi me invitaron para la fiesta de APAND, cuando G era chiquito.

Y otro tipo de ayuda, alguna vez le dieron algo, le ofrecieron el medico, el psicólogo; alimentos, alguna vez le ofrecieron otra cosa?

No.

No recuerda nada?

No.

Alguna de las veces que fue a hablar con la directora o con el psicólogo, cómo la trataron, la escucharon cuando fue con algún problema o con alguna necesidad?

No, iba por un problema de G y me atendían perfectamente bien, como una familia, me lo tenían bien.

Y a Ud. cómo la trataron ?

A mi?

Si a Ud., no a G?

A mi me trataron bien, como si fuera una familia.

Y cuando iba a la casita donde vive G, las tías que cuidan de los chicos, la trataron bien, la recibían bien?

Si perfectamente bien, muy educados, me querían como los dioses, me querían saludar, me trataban bien.

Entonces nunca sintió que tuvieran un trato diferente con Ud. por su problema de salud?

No.

No quiere que a su hijo le pase lo que le pasó a Ud. Pero tiene la tranquilidad de que eso no le va a pasar a G, verdad? El está cuidado, protegido y la tiene a Ud.

Si pero yo no le voy a permitir jamás, aunque me lleve la vida mía, no lo voy a permitir.

Claro Ud. quiere que su hijo camine derecho y aunque le cueste la vida no le va a permitir que ande por mal camino?

Si pero el no me dijo, pero está pensando para ir a vivir con el abuelo y este hombre, el amigo de mi papá viene se queda los días ahí, trabaja, no trabaja, se va cuando quiere, yo no se nada.

Ud. tiene miedo de que G vaya a vivir con su papá, no lo ve como un lugar seguro para él?

Porque ellos agarran una bebida y listo, yo no quiero que le pase lo mismo que a mi papá, y va con la novia y yo no quiero.

Y que quiere para G, cómo le gustaría que fueran las cosas para él?

Yo quiero, a mi me interesa; yo acá no lo puedo tener por que hay problemas con esta señora, la dueña de la casa.

G la viene a visitar de vez en cuando?

Si, ayer lo vi y ahora quiere venir el lunes a saludarme, el lunes es mi cumpleaños. A mi el muchachito no me hace caso, el viene a las seis de la tarde y a las seis de la tarde, siete menos cuarto, ya es de noche y yo no quiero que venga tan tarde porque a una cuadra de acá hubo una pelea, todas las semanas haya una pelea.

Y Ud. tiene miedo que le pase algo a G.

Yo lo que quiero para G; yo tengo el terreno de mi mamá y mi papá, eso me dejó mi mamá, el día que se muera mi papá, yo tengo el terreno mío.

Y eso Ud. lo quiere para sus hijos?

Claro, para mi y para ellos.

Bueno el día de mañana tal ves puedan vivir juntos, cuando G sea más grande, cuando él pueda trabajar.

Yo no lo puedo tener acá, el quiere venir acá, pero lo que pasa, el nieto de la señora, ellos se juntan y no me gusta, es peligroso.

Sabes lo que quiero yo para él, para el bien de él? Que me lo ubiquen en un lugar.

Que lo ubiquen en algún lugar, que lugar; a que se refiere con un lugar?

En un lugar que esté bien.

El ya está en un lugar, está en APAND, el esta bien allí, tiene una casa, va a la escuela.

Pero si él quiere irse a vivir con mi papá, yo no lo voy a dejar.

Eso habría que verlo, yo no sé si el puede ir a vivir con su abuelo, por más que quiera, eso depende del juez también.

Pero yo no quiero que vaya a vivir con mi papá.

Lo importante es que Ud. no pierda el contacto con él, la relación con él, que no dejen de verse, porque el chico está creciendo y por ahí tiene esos arranques de rebeldía, de no hacerle caso.

Ayer me contó que la novia va a cumplir años pero no me acuerdo que día; hace un mes que está con la chica.

Entrevista realizada a la Sta. M

Lugar: domicilio de la entrevistada

Fecha: 28/10/06- 10 hs.

¿M, tu mamá tenía un problema de salud mental, verdad?

Si.

¿Esa fue la razón principal por la cual vos y tu hermano fueron internados?

No sé.

¿Vos no recordás nada?

No. Yo sé que caí en APAND, cuando el hombre que estaba con mi mamá se aprovechó de mi, pero no se si fue por eso o por la enfermedad de mi mamá.

Pero tu mamá no te podía cuidar en ese momento, cuando estaba muy enferma incluso internada en el hospital.

No, mi hermana cuando tenía 18 años la tuvo que internar, mi hermana la trató como loca.

Tu mamá tenía problemas de salud muy serios, vos ¿recordás algo?

No, hasta mi propio hermano me lo dice, que estaba enferma.

¿Recordás algo, algún episodio de tu mamá?

A mi me dicen que mamá estaba muy enferma y que gracias a Dios yo me salvé, porque mi mamá no me podía tener, estaba entre la vida y la muerte, no nos podía tener porque estaba enferma de la cabeza.

Porque no podía cuidarse ni a si misma.

Si, tenía un retraso de una persona chiquita pero a la vez tenía como responsabilidad de adulto, pero no tenía la suficiente responsabilidad para tener chicos.

¿Cuando estuviste internada, sentiste algún trato diferente por la enfermedad de tu mamá?

No, me ayudaron para el bien, para que yo pueda salir adelante y pueda ayudar a mi mamá, de entender la enfermedad que tenía, porque yo no sabía en ese tiempo, yo me enteré ahora de grande.

Recién pudiste comprenderlo en la medida que fuiste creciendo.

Si, por suerte si, pero bueno...

¿Estar lejos de tu mamá te perjudicó?

Si porque no la podía tener cerca.

¿Qué significaba para vos tenerla cerca?

Tenerla todos los días, hablarle, estar encima de ella, entre las polleras de mamá.

Como estuviste todo el tiempo que pudiste tenerla.

Si, que le vamos hacer, son las cosas de la vida.

¿Pero el tiempo que estuviste a su lado, y que ella estaba compensada, mantuviste una buena relación, verdad?

Si las dos, porque nos llevábamos mutuamente.

¿O sea que la internación, en lo que más te afectó fue no tener un contacto cotidiano con tu mamá?

Si.

Pero ella te venía a visitar muy seguido.

Ella me iba a visitar todos los días y los viernes me iba a buscar a la tarde cuando salía del colegio y me traía el domingo.

¿La pareja que tenía la acompañó hasta que falleció?

Si hasta el último momento.

Historia de vida de los adolescentes el estudio de los casos

Caso 1: P

P es una niña y nació en la ciudad de Mar del Plata en el año 1990.

Año 1996:

- El día 12 de marzo P ingresa junto con su hermana R al Hogar de Admisión y Evaluación Dr. Gayone* y su hermano J al Hogar Dr. Arenaza;* luego de que su madre la Sra. S compareciera ante el Tribunal de Menores solicitando la internación de los niños ya que no podía alimentarlos y observaba que cada día estaban más delgados. No cuenta con familiares que puedan ayudarla a excepción de su hijo más pequeño quien queda al cuidado de su madrina.

Expresa que no quiere perderlos ni darlos en adopción que teme por su seguridad cuando quedan solos mientras ella trabaja; sólo quiere que estén bien, Manifiesta que recibe ayuda en cuanto a alimentos y ropa del Servicio Social del centro de salud de su barrio, aunque expresa que esta no es suficiente.

La Sra. S expresa que por las actuales condiciones no podrá egresar a sus hijos, ya que desea que estén bien y que cumplan con su escolaridad. Manifiesta que su deseo es vivir junto a sus hijos en otra zona, o si esto no fuera posible, mejorar las deficiencias habitacionales.

La Sra. S de inteligencia limítrofe con buena voluntad para atenderlos y cuidarlos dentro de sus limitaciones. Padece una incapacidad en su miembro superior izquierdo, además de limitaciones de índole intelectual.

La problemática social de ésta excede lo psicológico, es una buena madre continente, pero necesita de la asistencia social: una vivienda y un trabajo digno.

El informe socio-ambiental revela el siguiente cuadro:

"La vivienda: se encuentra ubicada en la localidad de Batán, casilla rodante, propiedad de la municipalidad, de chapa, de reducidas dimensiones con piso de madera, dividido en dos partes, en una dos cuquetas, en la otra un anafe. No hay sillas ni mesa, ni lugar para ubicarlas. Lugar limpio y ordenado. No posee baño, el que utiliza es prestado por una vecina (pozo rodeado de chapas); ni agua, la que también es provista por una vecina".

* Hogar de Admisión y Evaluación, Institución de la cual se vale el Tribunal de Menores para alojar transitoriamente a una niña menor en situación de riesgo psicosocial, para su evaluación y posterior derivación.

*Hogar de Admisión y Evaluación. Institución de la cual se vale el Tribunal de Menores para alojar transitoriamente a un varón menor en situación de riesgo psicosocial, para su evaluación y posterior derivación.

Los niños deben recorrer más de 20 cuadras para ir a la escuela y ella debe recorrer mayor distancia para llevar a P al jardín.

Solicita se le autorice a visitar a sus hijos.

Según informe Terapeuta Ocupacional Hogar Gayone:

"Al momento del ingreso, P cumple pautas evolutivas por debajo de su edad cronológica, aparentemente por falta de estimulación y vínculo dependiente con su hermana R. Impresiona con mayores recursos de los manifiestos. Presenta una actitud social tendiente al aislamiento, introversión y escasa expresividad (verbal y gráfica)".

- El 8 de abril, P y R ingresan al Hogar Scarpati.*

Durante el corriente año realiza tratamiento psicoterapéutico grupal.

Referido a la relación de las niñas con sus compañeros en el hogar, dicen que es buena, tienen amigos y comenzaron a ir a la escuela, donde tiene también muchos amigos.

Se observa un fuerte lazo afectivo entre la Sra. S y sus hijas, demostrando ella desde su discurso la necesidad de tenerlas cuanto antes a su lado. Puede desempeñar en forma acorde su rol materno, no siendo inconveniente su déficit intelectual para contenerlas.

La relación afectiva madre-hijas es muy buena, siendo las visitas frecuentes a pesar de las dificultades económicas por las que atraviesa la señora.

Durante el presente año la señora se instala en casa de su madre en el Barrio Camet hasta que su casilla es trasladada desde la localidad de Batán a su nuevo domicilio en el Barrio Las Dalías, de la ciudad de Mar del Plata.

Informe Psicopedagógico Preescolar Jardín 911-

"a la niña P le costó adaptarse al jardín, deambulaba, no logró incorporarse totalmente a su grupo. Muy independiente. Intelectualmente logró los contenidos del preescolar.

Inscripta año

1997 en el 1º año, 1º ciclo EGB, Escuela N° 13".

Año 1997:

P, Continúa con tratamiento psicoterapéutico grupal.

Cursa el 1º ciclo de EGB evolucionando lentamente. Mantiene buena relación con pares y adultos. Buena aceptación de las normas institucionales.

Concorre a deportes

Informe Pedagógico - Hogar Scarpati:

"Buen rendimiento escolar y cumplidora en las tareas escolares.

Fue promovida a 2º año de la EGB".

* Hogar municipal para niños de 4 a 12 años con causas sociales

Durante el año P presenta problemas de relación con sus pares, al igual que su hermana. Esto ocurre con mayor frecuencia cuando su madre falta a las visitas sin previo aviso.

Recibe visita de su madre y hermano.

La señora rota su residencia entre la casa de su novio, en el Barrio Caisamar y su casa en el Barrio Las Dalías.

Año 1998:

Informe Pedagógico Hogar Scarpati-

"Gran dificultad para mantener fija la atención y concentración. Lenta en el aprendizaje y para realizar las tareas escolares. Fue promovida a 3º año con los conocimientos mínimos adquiridos".

En el mes de julio, la señora S da a luz a su 5º hijo, fruto de la relación con su actual pareja.

La señora S reside en su casa del Barrio Las Dalías.

Año 1999:

Informe Pedagógico- Hogar Scarpati:

"Buen rendimiento y buen nivel de comprensión. El cumplimiento podría ser mayor pero la mayoría de las veces tenía una actitud desinteresada por las tareas. Promovió a 4º año".

Informe Social Hogar Scarpati:

"A partir de las observaciones realizadas, de la conducta de la Sra. S, se puede referir que la misma, se encuentra en un estado mental de total confusión. No se puede mantener un dialogo coherente con la misma, tiene un discurso incoherente y deshilvanado.

En las visitas que realiza a sus hijas, se producen situaciones perjudiciales para las mismas. Aunque desde la institución se ha intervenido para acotar el tiempo de permanencia de la Sra. S en este hogar, la misma no respeta el señalamiento, haciendo caso omiso a los pedidos del personal de la institución para que se retire de la misma, ya que no tiene noción espacio - tiempo. Por su estado no puede comprender en el estado de angustia y tensión que suelen quedar sus hijas después de sus visitas, siendo en este momento totalmente perjudiciales las mismas.

En este momento se desconoce el domicilio de la Sra. S, ella refiere que vive detrás de la Villa Marista, en una casilla con un señor, aunque no puede aportar más datos al respecto.

Se solicita que se re- evalúe el permiso de visita de la Sra. por lo señalado anteriormente. Asimismo se solicita una nueva evaluación psiquiátrica".

Informe Hospital Interzonal General de Agudos (Pericia psiquiátrica):

"Se procedió al examen clínico psiquiátrico de la Sra. S, la misma no presenta elementos psicopatológicos que configuren patología psiquiátrica aguda. Refiere trastornos en relación a problemas socio económicos. Se sugiere evaluación por Servicio Social".

Informe Perito médico psiquiatra de la Asesoría Pericial Departamental:

"La Sra. S tiene síntomas que se sintetizan en un juicio deficitario y una inteligencia insuficiente. Su personalidad de base puede encuadrarse como un síndrome de debilidad mental de grado ligero.

Por lo expuesto no está capacitada para hacerse cargo de sus hijos, agravado por las pésimas condiciones sociales en que se encuentra.

Es menester, aconsejando respetuosamente, la esterilización de la misma, ya que no tiene introspección o posibilidades de utilizar métodos anticonceptivos convencionales".

Informe Perito psicóloga oficial de la Asesoría Departamental

"La Sra. S presenta un Trastorno de la Personalidad denominado límite o borderline, caracterizado por un patrón de relaciones interpersonales inestables, que alterna entre los extremos de idealización y la devaluación, alteraciones de la identidad, inestabilidad afectiva, fragilidad yoica y organización defensiva primitiva con mecanismos defensivos de baja calidad adaptativa. Tiene además ideación persecutoria, por sentimientos de despojo (real y / o fantaseado) y enfado por mala canalización de la agresividad.

Por todo lo expuesto, se concluye que la Sra. S no puede hacerse cargo de sus hijos, como tampoco puede hacerlo con su propia persona.

Se sugiere respetuosamente a V.S. la necesidad de que realice un tratamiento psicológico y psiquiátrico, por un lapso no menor de un año, para lo cual deberá contar con la contención de una institución que se ocupe de supervisar y controlar dicho tratamiento".

Diagnóstico Centro de Promoción Social *dependiente del HIGA:*

"La Sra. S ingresa el 14/9/99 al Centro de Promoción Social (CPS), Hogar de Día dependiente del HIGA, para recibir atención profesional e iniciar tratamiento. Tendrá atención de lunes a viernes de 8:00 a 14:00 hs., por el equipo interdisciplinario (Psicólogo, Psiquiatra, Terapeuta Ocupacional, Asistente Social).

La Sra. S es medicada con Alopídol y Akineton por vía oral.

En referencia al nuevo diagnóstico arribado por el médico Psiquiatra del CPS," la paciente presenta un cuadro psicótico con síntomas delirantes de perjuicios a nivel del pensamiento incoherente, sin lógica formal, juicio desordenado, que se ha agravado por la ausencia de tratamiento anterior".

* Hogar de día para personas con padecimiento psíquico.

* Hospital Interzonal General de Agudos Dr. O. Alende.

- En octubre del corriente año, la hermana de P ingresa al Hogar Juvenil de APAND*.

- En noviembre, P (9 años) manifiesta que está bien en el Hogar Scarpati, pero que a ella le gustaría ser adoptada, estar con una familia con gente que la quiera; está cansada de estar internada. Dice saber que es ser adoptada. También menciona que su mamá la visita.

Año 2000:

Informe de psicológico del Tribunal de Menores:

"La menor se muestra lúcida, juiciosa, tranquila, algo inhibida. Reitera su deseo de egresar con una familia.

Puede entender la incapacidad materna para ejercer la guarda. Parece que no obstante las visitas, la madre no pudo establecer un vínculo significativo para la niña. Se estima pueda ubicarse en guarda en un hogar evaluado por el equipo de adopción.

De las entrevistas mantenidas con la niña, se ha evaluado:

Escasa expresión verbal; poca iniciativa y creatividad; participa pasivamente en las actividades grupales; tendencia al aislamiento.

Disminución significativa del rendimiento escolar.

Cuando se la interroga sobre algún tema personal, contesta con monosílabos, sin interés. No refiere casi ningún tema espontáneamente. Deterioro psíquico emocional por internación prolongada.

Por todo lo expuesto, se sugiere que P sea derivada a tratamiento psicoterapéutico".

Informe Pedagógico- Hogar Scarpati:

"P es muy capaz pero lamentablemente durante este año lectivo, no logró conectarse con la situación de aprendizaje. No logra pensar, pedagógicamente hablando.

Nivel de atención nulo, lo que genera un bajo nivel de comprensión. No tiene interés por aprender, no cumple con las tareas. Perdió el sentido de la responsabilidad. Socialmente se relaciona bien con docentes y pares. Buena aceptación de las normas de convivencia escolar. No presenta problemas de conducta".

Informe Pedagógico- Hogar Scarpati:

"P durante la mayor parte del año lectivo respondió con poco interés y mucha abulia. En el último trimestre demostró un pequeño incremento del interés por las tareas escolares. Fue promovida a 5º año".

Informe psicosocial Hogar Scarpati:

* A.P.A.N.D "Asociación pro Ayuda a la Niñez Desamparada". Asociación sin fines de lucro, dirigida por empleados de Casino de la ciudad de Mar del Plata, dependiente de la Lotería Nacional. Para niños de 12 a 21 años con causas sociales.

"P se halla internada en este Hogar desde el año 1996.

Su madre no puede especificar quien es el padre de la niña. La Sra. S la ha visitado 7 veces en 5 meses. La señora se encuentra viviendo con sus empleadores.

Tiene 4 hermanos, con quienes no mantiene ningún contacto, excepto su hermana R quien la visitó en marzo de este año.

- En diciembre P egresa con la familia del novio de su hermana R, para pasar las fiestas de fin de año; sucediéndose luego salidas con fines recreativos durante todo el verano. Siendo los resultados altamente positivos ya que P se muestra muy a gusto y ha modificado en los últimos meses su estado de ánimo, se la observa más vivaz y participativa".

Año 2001:

- En enero P fue invitada por el Hogar Juvenil de APAND para realizar actividades recreativas y pasar el fin de semana junto a su hermana.

Informe pedagógico Hogar Scarpati:

"En las pruebas iniciales las calificaciones de P fueron: satisfactorias en Matemáticas; Lengua y Lectura".

- En el mes de septiembre, se presenta el trabajador social del Centro de Promoción Social, informando sobre el embarazo de la progenitora de la niña, la Sra. S vive en el mismo Centro. Solicita se vea la posibilidad de que P pueda visitar a su mamá, lo que sería muy importante para la señora y para la niña, informa que R la otra hija, ya ha concurrido varias veces a verla.

- En octubre la Sra. S se encuentra viviendo con un matrimonio que se ofreció para brindarle vivienda y los cuidados necesarios para ella y para el bebé que esperaba.

Cuando la Sra. S tiene a su bebé, P, acompañada por una preceptora fue a conocer a su hermanito provocando esto mucha alegría en la niña.

Posteriormente la preceptora informa que fueron muy bien recibidas por los dueños de casa, que tanto la Sra. S como el recién nacido estaban perfectamente y que los dueños de casa, invitaron a P a que concurra cuando lo desee y pueda visitar a su mamá, ya que la misma continuaría viviendo allí.

Dicho matrimonio esta muy interesado en que P pase sus fines de semana con su mamá, en su domicilio, esto favorece a la relación madre hija.

La hermana de P, solicita autorización para poder pasar a buscar a la misma el día domingo y juntas ir a ver a su mamá quien cumple años. También la joven solicita

autorización para poder retirar a P los fines de semana algunas horas y pasarlo juntas ya sea realizando alguna actividad recreativa o en el Hogar donde la misma esta ubicada.

P continúa con el tratamiento psicológico iniciado el año anterior y

la posibilidad de que la niña pueda estar en contacto con sus referentes familiares sería muy positivo ya que desde hace tiempo la niña se encuentra internada y esto haría más llevadero su período de internación, por lo que se sugiere se autorice a su hermana a visitarla para realizar juntas actividades recreativas.

Informe pedagógico del Hogar Scarpati del mes de diciembre:

“La niña no ha presentado problemas de aprendizaje ni de conducta. Mostrándose la mayor parte del año abúlica y desinteresada por su escolaridad. Promoviendo a 6° año”.

- En diciembre, se le autoriza a P, el egreso de fin de semana con fines recreativos, bajo la responsabilidad de su mamá.

También se mantuvieron las salidas con la familia del novio de su hermana, quienes las egresaron para pasar las fiestas de fin de año. Manifestando dicha familia el interés por el bienestar de ambas niñas.

La señora S, vive y continúa realizando tratamiento en el Centro de Promoción Social.

Año 2002:

Informe Pedagógico del Hogar Scarpati:

“P compensó Educación física porque no participó de las clases por propia determinación. Presentó algunas dificultades en la relación con los docentes, donde se mostró con algunos caprichos”.

La Sra. S vive con su hermano en Sierras de Los Padres.

Año 2003:

La Sra. S asiste al Hogar de Día dependiente del HIGA; lugar que también la albergó transitoriamente, continúa tratamiento de rehabilitación y reinserción social con respuesta favorable.

Durante el año, P concurre mensualmente a tratamiento familiar con Terapia Ocupacional, junto a su mamá en el Centro de Promoción Social.

La Sra. S vive en casa de un amigo; con quien acuerda el pago de un alquiler por una habitación con 2 camas, compartiendo las áreas comunes de la casa.

En entrevista con P, la niña relata sobre el curso que está haciendo su mamá en el Centro de Promoción Social y de la nueva casa donde vive; manifestando su deseo de pasar todo el fin de semana junto a su mamá y quedarse a dormir con ella.

No habiéndose detectado ningún signo de alarma, ni situación de riesgo para P; y teniendo en cuenta que su madre lo solicita, la niña lo desea y el equipo profesional que atiende a la Sra. S en el Centro de Promoción Social, considera que esta en condiciones

de asumir esta responsabilidad. Se autoriza el egreso de fines de semana de P, bajo la responsabilidad de su mamá.

El Trabajador Social del Centro de Promoción Social, informa del trámite de insania y que se ha designado curador provisorio al Defensor Oficial.

Año 2004:

- 25 de marzo de 2004 ingresa al Hogar Juvenil de APAND.

En general la niña P no ha tenido problemas de conducta, ni de límites y su relación ha sido buena con pares y adultos.

Ese mismo año su hermana R egresa del hogar y se va a vivir junto a su madre.

Caso 2: R

R es una niña y nació en la ciudad de Mar del Plata, en el año 1985.

Año 1996:

- El día 12 de marzo de 1996, ingresa junto a su hermana P al Hogar de Admisión y Evaluación Dr. Gayone.*

Al momento del ingreso la niña R manifiesta que ingresa a la institución porque la casa en donde vivía junto a su madre y hermanos era muy pequeña y no estaba en condiciones de albergarlos. Agrega que su madre además tenía dificultades para darles de comer. Manifiesta tener un buen vínculo con su progenitora. Refiere no recibir maltrato de parte de esta. Relata que cuando desobedecía los ponía en penitencia, poniéndolos a hacer las cosas de la casa. Refiere haber concurrido al centro recreativo; agrega que debe repetir 4° grado porque fue cambiada de escuela.

Relata que su madre trabaja durante el día, regresando a su casa las 14 hs. aproximadamente. Explica que durante este tiempo ella y su hermano J se encargaban de cuidar a su hermana P. Agrega que su hermano C de 1 año permanece junto a su madrina.

Manifiesta encontrarse a gusto en esta institución, igualmente expresa su deseo de volver a vivir junto a su madre y hermanos.

Informe Psicológico Hogar Gayone:

"En general la producción de R corresponde a los parámetros esperables para su edad. No se observan distorsiones en la percepción viso - motora. Si bien se infiere buena capacidad para adaptarse a situaciones nuevas, aparecen tendencias oposicionistas y cierta dificultad en el manejo de las emociones.

Presenta una gestalt acorde a su edad, con rasgos y caracterización sexual adecuada. Se infiere cierta tensión vinculada a las relaciones interpersonales así como a cierto aislamiento y retracción en los contactos con el mundo, lo que podría atribuirse a su situación actual y sentimientos de incertidumbre y falta de seguridad.

La familia graficada en el dibujo de la Familia Kinética concuerda con la composición del grupo real.

Se infiere un buen nivel intelectual. Se expresa con corrección y fluidez. Es espontánea pero medida. Se advierte cierta dificultad en el control de sus emociones e impulsos, así como sentimientos de incertidumbre e inseguridad, los que podrían ser atribuidos a su situación actual.

* Hogar de Admisión y Evaluación, Institución de la cual se vale el Tribunal de Menores para alojar transitoriamente a una niña menor en situación de riesgo psicosocial, para su evaluación y posterior derivación.

Expresa el deseo de volver a vivir junto a su madre, infiriéndose un buen vínculo con la misma".

- El 8 de abril ingresa con su hermana P al Hogar Scarpati. *

R concurre a la Escuela N° 67, a 5° año.

Referido a la relación de las niñas con sus compañeros de hogar, dicen que es buena, que tienen amigos y que comenzaron a ir a la escuela, donde tiene también muchos amigos.

Respecto de la familia ampliada la niña refiere que la relación con la abuela materna, no es buena, que es "tacaña", que hace regalos y que después se los reclama. Que suele discutir con su madre y que su tío de Bs. As, quien se desempeña en la Prefectura, le ha manifestado a la madre que la ayudará con alimentos y ropa.

Respecto de la relación materno filial se observa un fuerte vínculo afectivo.

R reclama la necesidad de ver a su hermano mayor ya que lo extraña, como así también su deseo de volver a vivir con su madre. Dice que su madre la visita con frecuencia y la tiene informada sobre su situación respecto de la vivienda. Manifiesta que su mamá no puede comprar los materiales para arreglar la vivienda. Esta situación angustia mucho a la niña, haciéndose cargo de la problemática familiar, asumiendo un rol adulto, pero impotente a las circunstancias que la exceden.

R manifiesta que con su madre habla a menudo cuando viene de visita y que lo que más le desagrada es la relación que ella tiene con su "novio", ya que lo conoce desde hace tiempo, cuando el grupo familiar estaba radicado en el Barrio Los Pinares, manifestando que es un "ladrón" y que por eso le disgusta.

Respecto de la situación de egreso refiere que no sabe lo que irá a suceder ya que ve que su mamá no puede realizar todo lo necesario para egresarlos de la institución.

Se observa que la niña se muestra muy angustiada ante la situación de su madre por ello se muestra irascible y violenta con sus compañeras, no pudiendo dar cuenta de los reales reclamos a su madre.

La presencia de una figura masculina junto a su progenitora la moviliza generando rechazo; se infiere que la falta de resolución de conflictos están vinculados con la relación paterna.

Año 1997:

Informe Psicología H. Scarpati-

"Se observa que R muestra dificultades en la adaptación a la institución, desarrollando conductas de oposicionismo, llanto, peleas con sus compañeras, sin posibilidad de

* Hogar municipal para niños de 4 a 12 años con causas sociales

reflexionar sobre estas situaciones, observando que dichos episodios ocurren con mayor frecuencia cuando su madre falta a las visitas sin previo aviso.

Dadas las dificultades de adaptación a la institución que R presenta se inicia tratamiento psicoterapéutico grupal”.

Año 1998:

R cursa 8° año, continúa asistiendo a la misma escuela.

A fin de año egresa junto con su hermana P para pasar las fiestas de Navidad y Año Nuevo con su madrina quien cuida a su hermanito C.

Año 1999:

- El 19 de octubre ingresa al Hogar Juvenil de APAND.*

R no presentó dificultades de convivencia con el grupo de su casa

Durante el año la señora S presenta un agravamiento en su estado de salud. R, quien tiene mayores recursos para advertir el estado de deprivación en el que se encuentra su madre suele angustiarse intentando en su fantasía hacerse cargo de ella. Otras veces en cuanto sabe de la visita de su madre, reacciona escondiéndose y le pide a la tía a cargo que no le permita pasar a visitarla.

Año 2000:

- En marzo, R pide permiso en el Hogar Scarpati para egresar a su hermanita P y llevarla a pasar el día junto a ella en su hogar; dada la importancia de que las hermanas estén en contacto se autoriza.

Año 2001:

Sin novedades relevantes

Año 2002:

R se encuentra de novia y contenida por el novio y su familia, quienes la han integrando a la misma egresándolas tanto a ella como a su hermana P los fines de semana y para las fiestas de fin de año.

Año 2003:

R, finaliza el Polimodal. Su madre la acompaña en su fiesta de egresada, evento realizado en el Hotel Sheraton, hecho que colmo de alegría a la joven.

Año 2004:

R no presentó dificultades de convivencia con el grupo de su casa

* A.P.A.N.D " Asociación pro Ayuda a la Niñez Desamparada". Asociación sin fines de lucro, dirigida por empleados de Casino de la ciudad de Mar del Plata, dependiente de la Lotería Nacional. Para niños de 12 a 21 años con causas sociales.

Hogar, hasta el presente año, cuando ingresa otra niña con severos problemas de conducta. A partir de allí se suceden varios episodios de agresiones y violencia que llevaron a la joven a tomar la decisión de egresar de la institución con su madre.

Instituciones que intervinieron en las necesidades de cuidado de la madre:

A partir del año 1983:

Centro de Atención Barrial 9 de Julio.

Centro de Atención Primaria de la Salud de APAND.

Escuela N° 16.

Vindur, terrenos fiscales para la ubicación de la casilla rural.

Casa del Niño Grillito; apoyo psicológico.

Acción Social de la Municipalidad, otorga la casilla rural.

A partir del año 1995:

Madrina de su hijo C, quien asume la responsabilidad de su cuidado.

Centro de Atención Barrial de Batán.

Plan de Lactantes.

Centro de Estimulación Temprana.

Comedor Eva Perón.

Servicio Social Centro Recreativo Asistencial del Barrio Batán.

Hogar F. Scarpati.

Centro de Salud Barrio Camet.

Abordaje institucional con el adolescente desde el trabajador social:

- Informe Socio-ambiental.
- Gestión de materiales de construcción para mejora de la vivienda. Dado que la Sra. S necesita apoyo externo en cuanto a su organización de la vida cotidiana; por ello se trabaja la posibilidad de proyectar junto a la señora, objetivos vitales a corto plazo.
- Entrevistas de seguimiento.
- Entrevistas con los niños y su madre, con el objetivo de que los menores puedan demandar a su madre la necesidad de estar junto a ella, lo cual puede generar que la señora se movilice hacia la ejecución de acciones en pos de su egreso.
- Comunicación de la Trabajadora Social del Hogar Scarpati con la Trabajadora Social de Acción Social de la Municipalidad de General Pueyrredón por el traslado de la casilla rural desde Batán al Barrio Alto Camet y gestión de materiales para mejorar la vivienda.

- Entrevistas de apoyo a fin de colaborar en la clarificación de los aspectos emocionales que interfieren en su deterioro intelectual, sobre la influencia de su reciente pareja que genera en la señora un retroceso en logros obtenidos hasta el momento. Seguimiento.
- Entrevistas del Trabajador Social del Hogar Scarpati con el Centro de Atención Barrial Camet, con el objetivo de acordar acciones conjuntas relacionadas con la situación familiar, respecto del futuro próximo, evaluando posibilidades de egreso.
- Informar al Tribunal de Menores, sobre las actividades desarrolladas por la niña y la evolución de su relación con su madre.
- Entrevista y evalúa a todas aquellas personas que se acercan a las niñas con el objetivo de visitarlas, egresarlas ya sea con fines recreativos o permanente.
- Sugiere e informa al Tribunal de Menores sobre las acciones favorables y más convenientes para las niñas.
- Reuniones permanentes con el Trabajador Social del Centro de Promoción Social con el fin de coordinar las visitas de las niñas a su madre.
- Coordinación permanente de acciones con el Servicio Social del Centro Barrial para estabilizar la variable habitacional de la señora S.
- Señalamientos, control y seguimiento sobre: Situación sanitaria; continuidad laboral y mejoramiento habitacional en la vivienda apuntando a que dicha residencia sea fija. Reflexionando sobre la posibilidad de que de no ser así pierda la casilla y también sobre la concreción de acciones en vista al futuro personal y de sus hijos.
- La Trabajadora acompaña a la Sra. S durante toda la evaluación psiquiátrica y psicológica, aportando datos de su historia familiar.

Caso 3: M

M, es una niña y nació en la ciudad de Mar del Plata en el año 1984. Es la menor de 3 hermanos. Su madre es enferma psiquiátrica. Su padre trabaja en barcos de pesca de altura. El matrimonio se encuentra separado de hecho.

Prácticamente desde el nacimiento de M, su madre ha permanecido internada por largos períodos, quedando ella y su hermano J al cuidado de la Sra. B, vecina que ocupa la vivienda propiedad de la familia en el fondo del terreno. La Sra. B solo recibe ayuda económica del Sr. N, padre de los niños, quien se desentiende afectivamente de los mismos. Esta situación se mantiene hasta marzo de 1994, que se le otorga la guarda provisoria de los niños a la Sra. C, hermana mayor de los mismos, quien reside con su marido y sus hijos en la Capital Federal.

Al mes, M acusa a su hermano de haber abusado sexualmente de ella. Ante este hecho su hermana se declara incapaz para continuar responsabilizándose de los niños y se los interna provisoriamente en los Hogares de Admisión y Evaluación Arenaza* y Gayone* respectivamente. Allí se presenta la señora L madre de M, con informe medico actualizado del cual surge que al presente la señora se encuentra compensada y medicada; solicita que se le confíe la guarda de sus hijos.

La Sra. L, se encuentra viviendo desde hace 6 meses en pareja con un hombre separado que la ayuda con lo que cobra de jubilación. También el padre de sus hijos depositaba mensualmente \$250.- en el banco en concepto de alimentos para sus hijos, esto se ve interrumpido por la quiebra de la empresa donde trabajaba.

Residen en el mismo domicilio, en condiciones muy precarias, ya que la casa principal ubicada en la parte trasera del terreno se encuentra usurpada por la Sra. B y su familia, quienes "cuidaron" de los niños.

En audiencia, M relata las circunstancias en que fue abusada por su hermano y agrega que también fue víctima de abuso sexual por parte de dos hombres mientras se encontraba bajo el cuidado de la Sra. B. Estos hechos fueron verificados por el perito médico correspondiente.

* Hogar de Admisión y Evaluación. Institución de la cual se vale el Tribunal de Menores para alojar transitoriamente a un varón menor en situación de riesgo psicosocial, para su evaluación y posterior derivación.

* Hogar de Admisión y Evaluación, Institución de la cual se vale el Tribunal de Menores para alojar transitoriamente a una niña menor en situación de riesgo psicosocial, para su evaluación y posterior derivación.

Se realiza informe socio-ambiental en el domicilio de la Sra. L habitación y cocina precarios, carece de agua y baño; gas de garrafa. En el fondo del terreno continúa viviendo la Sra. B antigua guardadora de los niños.

Se dispone el egreso de los niños con su madre en el mes de junio de 1994.

Año 1995:

- En junio de 1995, la madre de los niños es internada en el HIGA,* es medicada con Alopídol y controlada semanalmente por psiquiatría y psicología. El hospital le provee de dicha medicación en forma gratuita.

Mientras el padre vuelve a dejar a sus hijos nuevamente, al cuidado de la Sra. B y familia, que según se había comprobado maltrataba a los menores. Por esta razón se decide la internación de los niños en distintas instituciones

- El 23 de junio M ingresa al Hogar Scarpati.*

La niña ha demostrado desde su internación una buena ubicación en tiempo y espacio, pudiendo referir fechas y lugares por los que transitaba todo el grupo familiar. Su relato se dispersa y pierde coherencia lógica cuando se refiere a momentos que se relacionan con los episodios de maltrato sufrido. Dado que estos hechos afectan a la niña, se pauta con ella la iniciación de un tratamiento psicoterapéutico individual.

Cursó 3º grado en la Escuela Nº 16, presentando dificultades de aprendizaje sólo en el área de matemáticas, no presentó problemas de conducta.

La niña no presenta problemas de convivencia, tiene buena adaptación a la institución. Pero demuestra un déficit en el establecimiento de sus propios derechos, colocándose en un lugar doloroso de minusvalía por lo que recibe el rechazo del resto sometiéndose a la agresión verbal y física en algunos casos.

A su ingreso a la Institución, M manifiesta su deseo de ver a su hermano J porque lo extraña.

Su hermana C vive en la Capital Federal, no visita a sus hermanos. No desea ver a su padre, de quien sólo recuerda que " le pegaba"; tampoco este visita a su hija en la institución.

- En diciembre del mismo año, ni bien egresa del hospital la señora L, se presenta con el Sr. R en la Institución solicitando permiso para egresar a su hija a pasar las fiestas de Navidad y Fin de Año a su casa; permitiéndosele únicamente salidas con fines recreativos en los horarios previamente acordados con el hogar.

La Sra. L relata que fue dada de alta de su tratamiento psiquiátrico. Su compañero manifiesta quererla mucho al igual que a la niña y es su intención que la

* Hospital Interzonal General de Agudos O. Alende.

* Hogar municipal para niños de 4 a 12 años con causas sociales.

misma sea reintegrada a su hogar y acompañar a su madre en la crianza. Se observa en la conducta del Sr. R, acciones de contención y cuidado para con la señora L y de preocupación por la situación familiar. Ambos visitan periódicamente a la niña. M, también recibe visitas de su hermano J con quien tiene buena comunicación.

Respecto de la relación de la señora L y su pareja, se observa que está consolidada; el Sr. R sirve de sostén emocional, se hace cargo de las dificultades familiares asumiendo un rol de padre sustituto. M mantiene un buen lazo afectivo con su madre y su concubino.

Si bien la madre de la niña la visita periódicamente y es su voluntad egresarla, se observa escasa capacidad defensiva ante riesgos propios y de su hija: como es considerada la proximidad de la Sra. B y su familia, personas que según obran en la causa y los dichos de M y J han evidenciado total falta de responsabilidad y agresión moral y física para con ellos. La Sra. L teme enfrentar y realizar acciones pertinentes para el desalojo de su propiedad, por las represalias que pudieran tomar contra ellos.

Año 1996:

Se encuentra cursando el 4º grado, manteniendo dificultades solo en el área de matemática. No presenta problemas de conducta.

M no ha presentado dificultades con pares ni adultos tampoco para la aceptación de límites dentro del hogar.

- En marzo comienzan las salidas de fin de semana de M al hogar de su madre, regresando bien contenida y muy contenta. M manifiesta encontrarse a gusto con su madre y el Sr. R. No obstante no ha registrado como peligroso la intromisión de la familia de la Sra. B, ni ha marcado la experiencia, pautas para su propio cuidado desde su posición de adolescente. El vínculo materno filial continúa intacto, constituyendo el pilar en el desarrollo de la niña.

La señora continúa concurrendo regularmente a tratamiento en el HIGA. Se resalta el compromiso asumido por la paciente y la constante colaboración de su concubino. Mejoría y estabilización del cuadro psicótico. Reducción de psicofármacos (Alopidol, Itumina, Akineton). Los profesionales que la asisten destacan la "indefensión de la señora ante situaciones de la vida cotidiana y ante terceros".

Año 1997:

Durante el presente año la niña fue atendida en psicoterapia grupal de acuerdo a la indicación profesional y su propio consentimiento.

Se encuentra cursando 5º grado, con dificultades en el área de matemáticas. No presenta problemas de conducta.

A fines del presente año, un día al regresar de su salida al hogar, la niña manifiesta que fue manoseada por el Sr. R en ocasión de que su madre se había ausentado para hacer las compras, y que también le mostró una revista pornográfica.

Por lo expuesto, por disposición del Juez de Menores se interrumpen las salidas de la niña con su madre; y se da traslado a Asesoría a fin de que se expida acción Penal.

Cuando la Asesoría interroga a la señora L, si desea instar acción penal con respecto al Sr. R, por haber abusado de su hija; manifiesta que no, que su compañero está arrepentido por lo hecho y que no volverá a suceder.

Año 1998:

Se encuentra cursando el 6º grado, dificultades en matemáticas, sin problemas de conducta. Fue derivada a psicopedagoga con el objetivo de mejorar su capacitación en lo que refiere a formas de estudio.

M ha sido asistida desde su ingreso con evolución favorable. Pero debe reforzarse en ella el aprendizaje de recursos de autovalimiento de acuerdo a su edad.

Se encuentra también en tratamiento con Fonoaudiología, quienes sugieren control ortodóncico.

A medida que fue creciendo fue también adoptando actitudes más adultas, inhibiendo sus inagotables demandas de atención indiscriminadas del principio, pudiendo circunscribir sus inquietudes y manifestarlas desde una posición más provechosa,

M continúa siendo visitada periódicamente por su madre. La señora le pide que continúe egresando los fines de semana a su casa, a lo que la niña se niega mientras continúe viviendo allí la persona que le hizo tanto daño. Tanto las visitas como la constante insistencia de la señora L para que su hija perdone al Sr. R, se mantuvieron a lo largo del año, obteniendo siempre la negativa de M.

Recibe la visita de su hermana mayor con quien comparte una salida recreativa.

Año 1999:

Curso el 7º grado, sin dificultades.

Informe de fonoaudiología:

"El tratamiento se reduce a una vez por semana, ya que ha adquirido los nuevos patrones y hábitos respiratorios y articulatorios, que este tratamiento perseguía. Se continuará una vez por semana para reforzar lo aprendido".

Durante las visitas que la señora L realizara a su hija, comienza a presionar a la niña para que retire los cargos contra el Sr. R, escenificando cuadros de descompensación en reiteradas oportunidades como última estrategia para convencer a M.

- El 8 de abril ingresa al Hogar Juvenil de APAND.

La niña se encuentra muy bien adaptada a la institución con buen comportamiento. M es una persona dócil, voluntariosa y colaboradora. Ha logrado ser aceptada por el resto de las chicas, cosa que le costo a su ingreso.

- En junio y noviembre del mismo año participa con el equipo de Basquet, de distintos eventos viajando con el grupo a ciudades de la zona.

Año 2000:

Informe de evaluación semestral del Hogar Juvenil de Apand:

La niña cursa el 8° año, presenta buen aprendizaje, se esfuerza y trabaja bien; adaptándose a la dinámica escolar, es buena compañera. En ocasiones necesita apoyo escolar, intelectualmente necesita constante estimulación y apoyo, intenta superar sus limitaciones.

Presenta una necesidad constante de afecto y de ser tenida en cuenta, ha ganado seguridad en relación a sus compañeros. Socialmente necesita mayor participación en los grupos.

La señora L continúa su relación con el Sr. R, cosa que dificulta el afianzamiento de la relación con su hija ya que M no puede visitarla en su casa por el abuso que este cometió con ella, la niña tiene muy clara esta situación.

Año 2001:

Fallece la mamá de M provocando gran desestabilización en la niña, pero por otro lado le abre la posibilidad de reanudar el contacto con su hermana, con quien egresa en vacaciones de invierno y parte del verano siguiente, viajando a Bs. As. Este contacto con su hermana abre la alternativa de un posible proyecto de egreso con su familia.

Año 2002:

Concurrió a la Escuela de Adultos María Auxiliadora, donde terminó el el 3° ciclo de EGB. M se socializó muy bien y por su solidaridad y personalidad se ha ganado el corazón de directivos, docentes y compañeros.

Siempre le ha costado comprender consignas o entender los temas explicados por la docente, a pesar de ello la voluntad y constancia fueron sus mejores aliados, pero no podría haberse esmerado mucho más. Se le notó más dispersa en cuanto a su actitud hacia el estudio. Este año pareciera haberse volcado más hacia lo social que a lo pedagógico. Accedió a ir a maestra de apoyo, resultando imposible trabajar con ella ya que no hacía nada, se enojaba, no quería hacer las tareas, iba para cumplir con el horario, escondía las guías y a veces ni siquiera abría la carpeta. Las calificaciones de M no fueron suficientes para aprobar el año.

La distancia impide a M el fortalecimiento de la relación con su hermana, transcurrido aproximadamente un año de esta retoma de contacto con su familia, no se visualiza un proyecto de egreso con su hermana, si bien se trabaja para lograrlo. Es

responsable en las tareas de tipo práctico que emprende, no así en las intelectuales. Se relaciona muy bien con pares y adultos.

En cuanto a la pérdida de la madre, le está costando el duelo y el cambio de los Tíos encargados del hogar no ha sido favorable.

Año 2003:

Inicia el Polimodal en el colegio María Auxiliadora. Realizó un curso de masajista en el Instituto Dayloplas, que nunca aprobó por negarse a dar el examen final.

En ocasión de salir a bailar con una compañera del hogar y un amigo, protagonizan un accidente donde una persona pierde la vida y otra termina con la amputación de media pierna. Los jóvenes se dan a la fuga y las niñas por temor ocultan este hecho por el término de un mes, hasta que se dirigen a la Directora del Hogar Juvenil y le confiesan lo ocurrido. Inmediatamente se toma contacto con los abogados de la Institución y posteriormente las menores se presentan en la Fiscalía acompañadas por la Directora del Hogar.

En esta ocasión M se quiebra al revivir los hechos; se pudo comprobar que no pudo dimensionar la magnitud del hecho hasta el momento de concurrir a declarar a la Fiscalía.

- En el mes de diciembre, M viaja a Bs. As a pasar las Fiesta de Navidad y Fin de Año con su hermana y su familia permaneciendo con ellos hasta fines del mes de enero. Durante su estadía en casa de su familia su sobrina quien se encontraba embarazada, dio a luz, hecho que colmo de alegría a M. Pero a su regreso, manifestó no haber tenido muchas oportunidades de conversar con su hermana, sobre su futuro ya que se encontraba muy ocupada todo el tiempo.

Año 2004:

M ha protagonizando últimamente varios incidentes debido a su costumbre de crear situaciones engorrosas a partir de llevar y traer verbalizaciones de su interpretación de la realidad, que la mayoría de las veces no se ajusta al hecho concreto real. Ha creado momentos de gran confusión entre pares y con la tía encargada del hogar como así también incidentes que comprometieron a la institución.

Estos hechos llevan a imponer límites por parte de la tía del hogar que derivó en que M se fugara dirigiéndose a la casa de su padre.

Cabe destacar que la menor últimamente presta poca colaboración en las tareas del hogar y cuando se le plantea la posibilidad de egreso, ya que va cumplir 20 años, su reacción es defensiva, colocándose en el lugar de víctima.

A raíz de la fuga de M, se toma contacto nuevamente con su progenitor, quien manifiesta que cuenta con espacio para ella en la vivienda de su concubina y ambos están de acuerdo en egresarla con ellos.

Se realiza informe socio-ambiental y se trabaja con M, su padre y la pareja de este, la inserción de la joven en la nueva familia. Se acompaña al Sr. N durante los egresos de fin de semana y también durante las vacaciones de invierno.

Para cuando finalizan las vacaciones, habiendo transcurrido 2 meses del inicio de revinculación con su padre; las sucesivas discusiones con el mismo, culminaron con agresiones físicas y verbales por parte de este para con su hija provocando el regreso de M al hogar.

Cuando se intentó citar al Sr. N para analizar los hechos que derivaron en el retorno súbito de M al hogar, el señor manifestó que a los 75 años no quería hacerse más problemas y que es su deseo de no ser molestado nunca más.

M termina con mucho trabajo el Ciclo Polimodal en el Colegio María Auxiliadora, habiendo aprobado todas las materias incluso las previas.

- El 23 de diciembre se constata que M, se encuentra embarazada de 3 meses, se realizan los controles de rutina y se notifica al Tribunal de Menores. Permaneció en el hogar hasta su derivación a un Hogar Maternal.

Año 2005:

El 18 de marzo M egresa definitivamente del Hogar Juvenil e ingresa en el Hogar Maternal "Un Cuadrado de Amor".

Instituciones que intervinieron en las necesidades de cuidado de la madre:

HIGA, Servicio Social.

Centro Recreativo Asistencial Bambi.

Equipo Técnico del Hogar Scarpati.

Abordaje institucional con el adolescente desde el rol del trabajador social:

- Visita domiciliaria a la Sra. L; informe socio ambiental.
- Sugiere a la señora que consulte a un asesor letrado para solucionar la ocupación de la vivienda por parte de la Sra. B y su familia.
- Entrevistas de seguimiento sobre el estado de salud de la señora.
- Contacto con el Servicio Social del HIGA para seguimiento de salud.
- Acompaña a M para que visite a su madre internada en el hospital.
- Informa y clarifica a la niña de cual es el estado de salud de su mamá, anticipándola de la situación.
- Señalamientos a la señora L y su pareja sobre la necesidad de movilizarse en procura de defender su propiedad y abandonar así las malas condiciones

habitacionales que padecen, con el objetivo de egresar a su hija al hogar materno. Además de los perjuicios que provocan a M las salidas al hogar.

- Señalamientos sobre las dificultades de la señora L para cortar relaciones perjudiciales para con ellos y en especial la vulnerabilidad acentuada de M.
- Ante la manifestación de M de haber sido abusada por el Sr. R, informa de inmediato al Tribunal de Menores, atento la preservación psíquica y física de la niña. Sugiere la suspensión en primera instancia momentáneamente de las salidas a su hogar los fines de semana.

Caso 4: J

J es un varón y nació en la ciudad de Mar del Plata en el año 1987.

- En el año 1992, su madre hizo abandono del hogar dejando a sus 7 hijos con su marido. La Sra. padece enfermedad mental desde pequeña, no concurre a tratamiento específico con continuidad, (dichos de su hermana).

Al momento de la internación de sus hijos la Sra. M, se encontraba viviendo en Bahía Blanca al cuidado de sus padres.

- En el año 1993 el progenitor de los niños ingresó a sus hijos en distintas Instituciones de la ciudad. Refiriendo que su esposa tenía problemas psiquiátricos, que era agresiva tanto con él como con los niños y que el último tiempo la convivencia se tornó imposible. Manifestando que sus hijos eran muy traviosos y que "J era un salvaje".

El progenitor de los niños se desempeñaba como chofer de colectivos de corta distancia y además practicaba ciclismo, razón por la cual permanecía todo el día fuera y no tenía quien cuidara de sus hijos. Ante esta situación el mismo decidió internar a todos sus hijos excepto a la más pequeña que dejó al cuidado de una tía materna.

La vivienda que ocupaban estaba en construcción, mitad casilla de madera y mitad de material, 3 habitaciones, luz eléctrica. En la misma vivía el Sr. C con su nueva pareja quien tenía una hija de 5 años. También integraba la familia su madre, una mujer viuda de 67 años. El Sr. C, argumentó como motivo de la internación, la falta de comodidad en el hogar para albergar a todos y además lo encontraba altamente positivo para que sus hijos adquieran pautas de conducta y buenos hábitos. También puso de manifiesto que los niños no se llevan bien con su concubina, quien no quería hacerse cargo del cuidado de los mismos. No le importaba donde estuvieran internados, solo deseaba que estuvieran juntos.

Año 1993:

- Diciembre de 1993 J ingresó al Hogar Scarpati.*

Al ingresar al Hogar Scarpati; dadas las dificultades de relación e integración que presentaba con pares y adultos; en el lenguaje y para permanecer en un espacio común por tiempo limitado; sus crisis de llanto, autoagresión e imposibilidad para la aceptación de límites por parte de los preceptores. Se le realizaron pruebas psicológicas. Que pusieron de manifiesto la acentuada necesidad de afecto, pegándose al otro en su saludo; ante la imposición de límites se enojaba encerrándose en sí mismo.

* Hogar municipal para niños de 4 a 12 años con causas sociales.

No presentaba trastorno de personalidad. La ausencia en tiempo y forma de la estimulación y contención necesaria, promovió conductas regresivas que la inclusión en un ambiente reglado estaría modificando. J. mantenía criterio de realidad. Las funciones intelectuales se hallaban conservadas.

Informe Terapia Ocupacional:

"De la evaluación surgió que aún no había logrado adquirir las pautas madurativas correspondientes a su edad cronológica, por lo que se inició tratamiento individual con una terapeuta ocupacional.

Su estabilidad emocional fluctuaba ante determinadas situaciones (salidas de fin de semana, visitas, etc.) apreciándose una notable regresión posteriormente. El nacimiento del hijo de la pareja de su padre, provocó en el niño un efecto deteriorante.

Con respecto a sus relaciones intrainstitucionales se observó exacerbado el aspecto sexual, intentando juegos sexuales con los niños. A raíz de estos episodios, J es cambiado de hogar obteniendo importantes logros, tales como mayor autonomía personal en las actividades de la vida diaria adaptándose rápidamente a la dinámica de funcionamiento del hogar.

Al momento de internación de los niños, la enfermedad psiquiátrica de la madre y su residencia en Bahía Blanca tornaban improbable todo trabajo con ella, considerando además que se encontraba atendida por su madre y que era incapaz de asumir un rol autónomo.

Año 1994:

Se dio a J el alta de tratamiento psicoterapéutico individual y se lo incluyó en grupos terapéuticos con niños de su edad.

Informe terapia ocupacional:

"Informó que J había logrado los objetivos terapéuticos que se venían trabajando, con respecto a alcanzar pautas madurativas más cercanas a su edad cronológica, adquirir hábitos en la actividad de la vida diaria y favorecer la comunicación verbal e interacción con otros. Por tal motivo se le dio el alta en el tratamiento individual, debiendo continuar con tratamiento fonoaudiológico".

A través de su hermano D quien actuaba como vocero; se pudo saber que quería mucho a su padre, quien les dijo que tendrían que permanecer en la institución hasta que "termine de construir". Deseaban ir a su casa los fines de semana y que sus hermanas vivieran con ellos en el mismo hogar. No hablaban de su madre.

El padre en un principio visitaba esporádicamente a sus hijos en la institución, cuando lo hacía les decía "que los egresaría en cuanto terminara las mejoras y ampliaciones de la casa". Cuando en realidad su plan era que los mismos permanecieran internados hasta que "fueran más grandes", argumentando como justificativo la mala

relación de sus hijos con su pareja y que no había lugar suficiente para todos en la vivienda. Se cerró a toda posibilidad de modificación en el presente, haciendo prevalecer sus propias necesidades por sobre las de sus hijos. Se negó explícitamente a la sugerencia de tratar de encontrar soluciones alternativas que no implicaran el daño psíquico que estaba produciendo en los niños la internación.

Recibían la visita de su tía materna quien tenía la guarda de su hermanita N. Las hermanas de J no deseaban ver a su madre, en especial la mayor quien recordaba los episodios de golpes y porque le han dicho "que es loca". Mostraron disconformidad de ver a su madre como así también de egresar con su abuela.

El niño inició su escolaridad primaria en la Escuela Puerto Argentino, el presente año. Comenzando el proceso de aprendizaje de la lecto escritura y el cálculo, lo que no fuera precedido de la estimulación oportuna y adecuada, no contando por lo tanto en un principio con los dispositivos básicos para el aprendizaje. El tránsito del niño por su 1º grado se centró en consecuencia en un paulatino y lento aprestamiento que fuera reforzado por las diferentes áreas intervinientes desde esta institución, (psicología; terapia ocupacional; trabajo coordinado de los preceptores a cargo, y extra institucionalmente: fonoaudiología. La evolución fue favorable, no obstante se evaluó que resultaría altamente beneficioso para J que fueran respetados sus propios tiempos para el aprendizaje por lo que, habiéndose mantenido entrevistas con la Escuela 29, se acordó la inscripción en 2º grado de acuerdo al régimen de promoción automática, pero permaneciendo en 1º grado a fin de brindarle una oportunidad que resulte mas saludable y acorde a los tiempos señalados, atendiendo además a su dificultad notoria en el habla, que obstaculizaba aún más el aprendizaje de la lecto escritura.

Las ausencias, reticencias y contradicciones del Sr. C, desestabilizaban emocionalmente a los niños y creando en cada uno de ellos un estado de confusión que manifestaban de diferentes maneras. Por otra parte la figura idealizada del progenitor no se ajustaba con la realidad, ya que no demostraba interés hacia ellos; creaba falsas expectativas; convivía con otra niña que no era su hija; no los retiraban los fines de semana ni se movilizaba en procura de modificar la situación.

J sufrió una desestabilización emocional en el hogar como consecuencia del prolongado tiempo transcurrido sin egresar con su familia, además de que en la casa de sus tíos vivía la hermanita más pequeña sobre la que ejercían la guarda y con quien habían asumido un rol paterno. Todo esto produjo efectos perjudiciales para la salud psíquica de los menores internados.

El Sr. C solicitó constancias de escolaridad de sus hijos para cobrar la ayuda escolar, si bien no le correspondía cobrar dicha ayuda debido a que sus hijos estaban bajo Juez de Menores, se le hizo entrega de dichos certificados bajo la promesa de

entregar mensualmente a la institución el monto que percibiera de dicha ayuda a fin de que se compre a sus hijos útiles y materiales escolares.

El Sr. C ha cumplido solo una vez con este compromiso. A partir de ese momento se ausentaría definitivamente. No acudiendo a las citas realizadas por la trabajadora social.

La madre de los niños regresó a Mar del Plata. En el mes de junio del mismo año se casó y se trasladó a la Pcia. de Neuquén.

Año 1995:

Informe Pedagógico:

- "En diciembre, J no ha logrado los objetivos mínimos de 1º grado por la promoción inmediata fue promovido a 2º grado. Presentando dificultades con pares y adultos. Se resistía a trabajar y realizar tareas escolares, molestando, silbando, haciendo ruidos guturales o jugando en el piso". Cuando se le ponía límites, no respetaba, contestaba, y se encerraba en si mismo. En algunos casos, luego de la crisis aceptaba las indicaciones; su concentración era muy limitada.

Problemas afectivos muy serios lo bloqueaban no pudiendo rendir de acuerdo a sus posibilidades.

Se constató que el Sr. C, continuaba cobrando el salario por escolaridad de sus hijos, sin brindarles desde entonces ninguna ayuda material ni afectiva, encontrándose los mismos "abandonados" por su padre.

J se encontraba afectivamente solo, mantenía relación únicamente con sus hermanos. Respecto de su comportamiento, su relación con pares y adultos no pudo mantener una conducta estable; por momentos se integro participando en juegos grupales y en otros presentó serias dificultades de convivencia.

Año 1996:

- En septiembre se evaluaron los antecedentes escolares de J y se lo derivó a la Escuela Especial Pierre Marie.

Su madre regresó a Mar del Plata traída por su hermana con el fin de que firme la renuncia a la patria potestad sobre su hija N, para poder así adoptarla.

La abuela materna de los menores, manifestó que su hija se encontraba medicada y controlada por médicos psiquiatras en Bahía Blanca. La Sra. M, recordó haber tenido episodios depresivos después de abandonar a sus hijos. Refiriendo también "situaciones de histeria" con sus hijos en especial respecto a los límites para con ellos.

Informe Servicio Social Subcentro "El Martillo":

"La Sra. M de 41 años se encontraba embarazada de 8 meses, solicitó asesoramiento y orientación para adopción y ligadura de trompas; embarazo no controlado. No tenía donde vivir, su madre no tenía lugar, la familia no la aceptaba. Fue

derivada a la parroquia Don Bosco, quienes la alojaron hasta dar a luz en el Hogar de Nazareth, lugar de tránsito para personas en situación de calle”.

J mantuvo su conducta inestable y las consecuentes dificultades de convivencia.

Año 1997:

Informe de la Escuela Especial Pierre Marie:

“El niño presentaba buen desenvolvimiento escolar promocionando a la 2º etapa, 2º Ciclo Nivel A”.

La madre atravesaba períodos de largas ausencias ante sus hijos como así también otros en que los visitaba con mucha frecuencia, llevándoles ropa y zapatillas, hecho que coincidió con la obtención de un trabajo temporario. Sus abuelos maternos nunca visitaron a sus nietos en la institución.

Por un tiempo permanecieron todos los hermanos internados en el Hogar Scarpati, excepto la niña N, quien fuera entregada por sus progenitores en adopción a sus cuñados.

La Sra. M, vivía con sus padres y otras veces en el domicilio de la hermana, lugar donde solía alojarse.

Por momentos J presentaba dificultades de convivencia como así también para la aceptación de límites por parte de los adultos.

Año 1998:

Su rendimiento escolar evolucionaba lentamente.

- En el mes de agosto el niño presentó indicadores de un cuadro orgánico de base (atención lábil, inestabilidad emocional, evidenciada en períodos de extrema pasividad y otros de actos impulsivos no siempre agresivos hacia su persona y/o los demás). Desde el inicio se advirtió una falta de estimulación en todas las áreas corroboradas con datos obrantes en la causa que hablaban de la coincidencia de los 2 primeros años de vida con la descompensación psicótica de la madre que provocara una carencia de base en cuanto a alimentación, hábitos, higiene, lenguaje y por ende vinculación con el otro. Dicho cuadro generó la interconsulta con el servicio de neurología del desarrollo de HIEMI.

Informe Neurológico del Dr. Etchepareborda:

“Diagnóstico: síndrome de perturbaciones del desarrollo (síndrome de inmadurez compleja con trastornos de los niveles atencionales, mnésicos, cognitivos y del lenguaje). Tratamiento; Reagin, Polper B12 Forte, Rivotril”.

Un mes más tarde se consultó nuevamente dado que el cuadro de J había empeorado, presentando reacciones impulsivas agresivas en situaciones en que se sentía superado (por su capacidad mental), los cuidadores referían llanto nocturno llamando a su madre. Agredía con crueldad a los animales. También solía quedarse

con la mirada perdida, mirando para otro lado cuando se le hablaba. Cambiaba de actividades con total indiferencia. Dificultad de comunicación. Trastornos autistas que se ubican en la etapa preadolescente. Tratamiento: Haloperidol 2 mg 2 veces por día.

En la vida cotidiana, se registraban datos de autoagresión; expresiones emocionales de satisfacción luego de actos agresivos contra objetos más débiles, animales o niños. Se aumentó la dosis de Haloperidol.

A partir del presente año sus hermanos comenzaron a egresar del Hogar Scarpati con distintos rumbos: Hogar Juvenil de APAND, con una tía o en adopción. La Sra. M se encontraría contenida y cuidada por sus padres de quienes dependía en su totalidad, la misma refirió no concurrir al médico, pero encontrarse bien; datos corroborados por su madre.

La progenitora de los niños no podía hacerse cargo de los mismos por carecer de independencia económica y habitacional.

Año 1999:

Continúa tratamiento.

Año 2000:

Durante el mes de enero su cuadro se agravó aún más presentando crisis de agresividad vinculado esto con la visita de su madre y fiestas navideñas. Los preceptores refirieron mayor agresividad e "intento de estrangulamiento" a otros compañeros de la casita, alarma por esta situación, manifiestan riesgos para terceros. Se recomendó reubicación en otra institución.

Informe de psiquiatría y psicología:

"En base al seguimiento del caso, se consideraba que las conductas del niño se debían a "trastorno de personalidad" que se veía afectado por la inestabilidad del entorno familiar, ya que la madre lo visitaba esporádicamente con el agravante que interrumpía las visitas previstas. Además se encontraba en un período sin actividad educativa organizada".

Informe institucional:

"La presencia variable tanto del adulto a cargo como así también de la población de la casa de convivencia resultaron nocivo para la salud psíquica del niño. Se sugirió la ubicación del niño en un nuevo contexto institucional con un grupo de convivencia pequeño, acorde a su edad, estabilidad en la presencia de referentes adultos.

Revisión de las relaciones con su madre (visitas y/o salidas) debido a la falta de continuidad de las mismas. Seguimiento psiquiátrico y psicológico. Cambios en la medicación de Haloperidol por Tioridazina 10mg".

- En el mes de Febrero egresó de la institución al Hogar de Admisión

y Evaluación Dr. Arenaza * y posteriormente fue enviado al Centro de Reubicación del Menor en La Plata, permaneciendo allí hasta su ingreso al Hogar Juvenil de APAND. *

- El 2 de junio ingresa al Hogar Juvenil de APAND.

El equipo técnico se reunió con el psiquiatra Dr. Tittarelli, donde le informó la situación personal y familiar de J como así también la hipótesis del equipo. El Dr. Tittarelli confirmó la hipótesis del equipo técnico, de que J estaba bloqueado emocionalmente, no observando en el características de personalidad autista o de patología psíquica. Con respecto a la medicación consideró pertinente reducir la dosis gradualmente y caducar la misma en un período de 2 meses. En el discurso J se observaba conectado con la realidad, consciente de los hechos que le acontecieron. Afirma haber sido golpeado en el Hogar Scarpati y en el Hogar de Admisión y Evaluación Arenaza.

Se pudo aducir que J ha aprendido de su entorno que la forma de relacionarse con el exterior era la agresión, por eso ante situaciones de inestabilidad e imposición de límites respondía con violencia.

J concluyó con el tratamiento y no tomó más la medicación. El diagnóstico del Dr. Tittarelli pudo ser corroborado ya que en el hogar donde vivía el niño nunca volvió a tener un episodio de alteración de la conducta como se describieran en los informes anteriores.

J vivía en una casa con 10 menores a cargo de un matrimonio, quienes se ocupaban de él en forma personalizada, interactuaba con otros menores de diferentes edades, donde se mostraba muy colaborador en las tareas cotidianas.

Se adaptó positivamente a la institución, respetando las pautas de convivencia e integrándose con los compañeros del hogar compartiendo salidas con ellos y estableciendo un buen vínculo con la tía, ayudándola en las tareas domésticas, en especial en la cocina.

Lo que no entendía lo preguntaba, también aceptaba y rehacía las tareas cuando las hacía mal. Era muy prolijo y ordenado con sus pertenencias. J ha manifestado una actitud más abierta y más comunicativa con el otro. Se ha observado que por su inseguridad personal, J respondía según el trato, ya que una vez que se sentía seguro con el otro, era muy cariñoso, respetuoso y aceptaba los límites. Compartía la habitación con otro niño que lo cuidaba y le prestaba mucha atención.

* Hogar de Admisión y Evaluación. Institución de la cual se vale el Tribunal de Menores para alojar transitoriamente a un varón menor en situación de riesgo psicosocial, para su evaluación y posterior derivación.

* A.P.A.N.D "Asociación pro Ayuda a la Niñez Desamparada". Asociación sin fines de lucro, dirigida por empleados de Casino de la ciudad de Mar del Plata, dependiente de la Lotería Nacional. Para niños de 12 a 21 años con causas sociales.

Durante el presente año, el equipo técnico del Hogar Juvenil consideró que no era conveniente ingresar por el momento a J en la escuela Pierre Marie, hasta tener un diagnóstico de su evolución una vez finalizado el tratamiento médico.

J manifestó aburrirse en dicha escuela, cabe destacar que sus compañeros eran de menor edad y con debilidades mentales. Debido al interés y habilidad de J por las actividades plásticas, asistió a un taller de dibujo y por otra parte a maestra de apoyo y al finalizar el ciclo lectivo se evaluaría su nivel de inserción escolar. También comenzó a practicar Basquet en la Escuela de Deporte de APAND.

J solicitó que lo lleven a visitar a su madre. Durante las primeras visitas se observaba una relación distante entre ellos y una comunicación poco fluida, percibiéndose en el niño cierta confusión respecto de los sentimientos hacia su madre. Por su parte la mamá no lograba comprender que J necesitaba afecto y su presencia. La relación entre ambos fue mejorando en los sucesivos encuentros que el niño tuvo con su madre por iniciativa propia, siendo casi escasa la reciprocidad por parte de la misma.

La Sra. M se encuentra viviendo en el domicilio de su hermana quien satisface sus necesidades básicas. En el presente año viaja a Buenos Aires por razones laborales, permaneciendo allí 3 meses.

Año 2001:

Informe pedagógico:

"J se encontraba en 1º ciclo "C" especial en la Escuela Pierre Marie. Ha alcanzado los objetivos esperados, debiendo mejorar un poco en conducta. Aspecto intelectual: bueno, necesitaba estimulación constante.

Año 2003:

Durante el año, como alumno de la Escuela Especial Pierre Marie, participó de los Juegos Bonaerenses en el equipo de fútbol y en representación de la municipalidad de Gral. Pueyrredón viajó a Santa Teresita para competir.

Año 2004:

Egresó su hermana L del Hogar Juvenil, quedando sólo J en la institución; de quien se supo por medio de sus maestras que el niño se "ofrecía en adopción".

La comunicación con su madre era casi nula. Se desconoce si la señora debió ser internada en alguna oportunidad por su problemática de salud. También se ignora si se inició algún juicio de insania.

Año 2005:

Actualmente se encuentra cursando el 3º ciclo de adultos encontrándose integrado; en el Instituto María Auxiliadora.

Instituciones que intervinieron en las necesidades de cuidado de la madre:

Hogar de Nazareth dependiente de la Parroquia Don Bosco.

Abordaje institucional con el adolescente desde el rol del trabajador social:

- Visitas domiciliarias y entrevistas con el padre de los niños y su concubina.
- Visitas domiciliarias y entrevistas con la hermana de la señora M, quien tiene la guarda de la niña N.
- Trabajo con el progenitor de los menores internados para mantener y fortalecer el vínculo con sus hijos.
- Clarificación con los menores acerca de su situación en cuanto a la relación y expectativas con su padre.
- Fortalecimiento del vínculo familiar de los menores con su tía y abuela materna.
- Sugiere al Tribunal de Menores que cite al progenitor de manera de inducirlo a que visite a sus hijos, ya que no cumple con las citaciones que se le realizan desde la institución.
- Se trabaja con los niños su realidad familiar y su convivencia en la institución debido al prolongado lapso de internación.
- Sugiere al Tribunal de Menores, respecto del progenitor de los niños, arbitrar los medios para la iniciación de la privación de la Patria Potestad por abandono de sus hijos y el poder retirar el salario que cobra por ellos, a quien no atiende ni material ni afectivamente.
- La TS evalúa que el menor necesita relacionarse con el afuera, para lo cual implementa salidas especiales con fines educativos y recreativos, para fortalecer su autonomía.
- Fomenta la participación de J en la toma de decisiones con respecto a situaciones de índole personal, con el fin de elevar su autoestima, y al mismo tiempo promover un ambiente distinto al que estuvo expuesto, para que sienta que la forma de defenderse es a través del diálogo y no de la agresión.
- Acompaña a J en las visitas a su mamá.
- Durante las visitas domiciliarias trabaja con la madre el fortalecimiento del vínculo madre e hijo como así también la importancia de su presencia en la vida de su hijo. Le informa el estado actual de salud de J y la buena adaptación e integración del niño a la institución.

- Trabaja con el niño en la clarificación de los sentimientos de J hacia su madre, por la gran confusión que padece.
- Realiza entrevista con D hermano de J ante el inminente egreso del mismo con la familia C; para que continúe manteniendo el vínculo con J luego de su egreso. También le informa acerca de la evolución de su hermano desde que ingreso a la institución y clarifica respecto del estereotipo de enfermedad que se le atribuye, que J está bloqueado emocionalmente porque ha estado expuesto a situaciones de riesgo que han incidido negativamente en su desarrollo. Le informa además que J ha sido evaluado por un médico psiquiatra quien considera que el mismo ha sido mal diagnosticado anteriormente, razón por la cual considera inapropiado continuar con la medicación.
- Dinámicas de evaluación temporo- espacial, con el niño.

Caso 5: C

C es un varón y nació en la ciudad de Coronel Vidal en el año 1991. Es el mayor de 6 hermanos, tenía un hermano 1 año mayor, quien falleció en un accidente de tránsito en el año 1999.

Vivían con su madre en Cnel. Vidal hasta que el 2 de abril de 2003, la misma viajó a Balcarce a buscar trabajo y los dejó solos, permaneciendo en esa situación por 6 días. Su padre; quien tenía otra familia paralela y llevaba separado de su madre 3 años; enterado de esto, fue a verlos y a llevarles comida. En aquella oportunidad el señor se manifestó sobre la conveniencia de institucionalizarlos.

- El 8 de abril de 2003, fueron alojados en el Hospital Municipal de Cnel. Vidal, por disposición del Juez de Paz, hasta que tomó intervención el Juez de Menores en turno.

C quedó al cuidado de su abuela paterna al igual que su hermanito menor, el resto quedó al cuidado de sus tías paternas.

En audiencia, C manifestó estar bien donde estaba, que continuaba concurriendo a la escuela, que ha visto a su padre en 3 oportunidades y que mantenía contacto con sus hermanos.

Según los informes psicológicos, el niño se encontraba contenido adecuadamente por su guardadora y no presentó conflictos en la relación cotidiana, mejoró sus hábitos y rendimiento escolar.

Durante una clase en la escuela; en ausencia de la profesora; conjuntamente con otros compañeros sustrajeron dinero de la cartera de la docente. Esto ocasionó que su abuela se desentendiera de los niños. Este hecho derivó en la internación de C y su hermanito.

AÑO 2003:

Informe Secretaria de Salud y Previsión Social de la Municipalidad de Mar chiquita, 8 de abril.

"La Sra. G, no se encuentra en condiciones de cuidar a sus hijos, requiriendo atención psicológica y psiquiátrica, que permitan brindarle contención y afecto para tratar de mejorar su estado depresivo.

Familia de alto riesgo social por sus características socioeconómicas y ambientales, padre abandonado".

Informe psicológico de la Sra. G. 11 de julio.

"Al momento de la entrevista se encontraba angustiada, manifestando su deseo de suicidarse. Adjudicó su estado a la muerte de su hijo de 9 años en 1999 (atropellado

por un auto). No cumplió con los tratamientos Psicológicos ni Psiquiátricos. Se sugirió urgente consulta psiquiátrica y medicación, se aconsejó no visitar a sus hijos”.

Sra. G. vivió en concubinato durante 11 años, tuvo 7 hijos, su pareja la golpeaba y obligaba a tener relaciones sexuales sin su consentimiento. El padre de sus hijos siempre tuvo otra mujer e hijos en forma paralela. Nunca la ayudó en la crianza de los niños. Reconoció tener problemas psicológicos. Manifestó su deseo de recuperar a sus hijos. La señora por entonces se encontraba al cuidado de su hermana.

- El 17 de diciembre ingreso al Hogar de Admisión y Evaluación Arenaza*:

C presentaba un nivel madurativo acorde a su edad cronológica, pero aparecían indicadores emocionales tales como ansiedad, como así también se observaban índices de pasividad e inhibición. Se encontraba deseoso de mantenerse dentro del sistema escolar. C cursaba el 7º año del EGB, en la Escuela Provincial N° 22, de Coronel Vidal, durante el año 2003, con buen pronóstico y desempeño general. Adeudando la materia Ciencias Naturales. Que C decidió compensar en una escuela cercana al Hogar Arenaza. C se observaba dócil, de trato amable y respetuoso. Se interesó por su situación escolar pero manifestó así también no hallarse a gusto en dicha escuela por sus compañeros que eran "camorrones y peleadores".

Si bien trabajó con esmero se encontraba atrasado en los contenidos propuestos para el año declarado.

La única que concurrió a visitarlos 2 veces por semana, durante todo ese tiempo fue su madre, observándose entre ellos una buena relación.

Año 2004:

Transcurrido 3 meses de su internación en el Hogar Arenaza, tanto C como su hermanito menor se adaptaron a la institución, con buena predisposición y aceptación de los límites impuestos por los adultos. En relación a los pares se manejaron sin mayores dificultades.

Se observaban muy unidos con una evidente necesidad del hermano menor de permanecer junto a C.

Según la despachante de la causa, era muy probable que se le realizara una pericia psiquiátrica a la progenitora de C.

* Hogar de Admisión y Evaluación. Institución de la cual se vale el Tribunal de Menores para alojar transitoriamente a un varón menor en situación de riesgo psicosocial, para su evaluación y posterior derivación.

También se consideró la posibilidad de ubicar provisoriamente a los niños en una institución y luego de dicha pericia definir la situación de la internación de los niños. Nunca se realizó dicha pericia.

- El 16 de junio C ingresa al Hogar Juvenil de APAND.

C se insertó rápidamente en su nuevo hogar, retomando inmediatamente su escolaridad, como así también inició su práctica de basquet y fútbol en la Escuela de Deportes de esta institución.

No ha presentado problemas de convivencia con pares ni adultos, aceptando los límites institucionales.

En cuanto a su familia de origen, C manifestó que mientras vivía con su abuela y su tío, este le pegaba. Que extrañaba a su hermano menor quien fuera restituido a una de sus tías y también a sus hermanos que vivían en Vidal a quienes llevaba más de 6 meses sin verlos. Esta demanda generó que el equipo técnico del Hogar Juvenil, lo llevara de visita a la casa de su madre en Vidal, donde se pudo observar un buen vínculo afectivo entre ambos. También se visitó a las tías guardadoras de sus hermanos donde se le dio tiempo y espacio para que se reencuentre con los mismos compartiendo algunos juegos, pudiéndose constatar que el vínculo fraterno se hallaba intacto.

Mediante las entrevistas realizadas en dicha oportunidad a las tías guardadoras, se pudieron corroborar en gran parte los dichos de la Sra. G, en cuanto al maltrato, violencia y abuso sexual a la que fue sometida durante mucho tiempo por el padre de sus hijos.

Desde entonces, C ha recibido la visita de su madre con una frecuencia de una o dos veces por semana.

Para el día de la primavera y en oportunidad de celebrarse una fiesta familiar en Vidal, se envió a C a pasar el fin de semana con su madre y hermanos, regresando el domingo por la tarde, cumpliendo con responsabilidad tanto por parte del niño como de su madre con lo acordado.

La Sra. G. pudo reconocer "que procedió mal al dejar a sus hijos solos, que ella lo que buscaba con esto era que el progenitor de los niños por una vez se hiciera cargo de ellos, y que la justicia solo existía para culparla a ella, ya que al padre de sus hijos no le hicieron nada". Con respecto a la situación de los niños, manifestó que quiere restablecer el vínculo y para ello debe contar con la ayuda económica del progenitor, quien nunca la ayudó a criar a sus hijos. Dijo que "alguien tiene que obligarlo a brindar ayuda a sus hijos". Que el Sr.C tiene varios hijos con otras mujeres a quienes también ha abandonado.

Informó " que se encontraba viviendo en Vidal en la casa de su hermano en la periferia, ya que este "aprovechando su situación se apropió de su vivienda obtenida mediante el Plan Fonavi". Propiedad que está tratando de recuperar para vivir con sus hijos.

Que se desempeñaba como empleada doméstica una o dos veces por semana en la casa y estudio de un abogado, ambos emplazados en el centro de la ciudad de Mar del Plata.

La señora G solicitó ayuda psicológica para C, ya que el presenció el accidente en el que perdiera la vida su hermano, y nunca pudo hablar sobre aquel trágico episodio, la señora manifiesta que "el se guardó todo".

Con motivo de Navidad y Fin de Año egresa con su madre para pasar las fiestas con su familia.

AÑO 2005:

C cursó el 9º año del 3º ciclo de EGB, en la Escuela 15 y continuó también con la práctica de deportiva.

Durante el corriente año ha egresado los fines de semana con su madre quien se encontraba en ese momento viviendo con una hermana en la ciudad de Mar del Plata, regresando muy alegre después de estar con la señora.

Instituciones que intervinieron en las necesidades de cuidado de la madre:

- Escuela Provincial Nº 22, de Coronel Vidal.
- Servicio Social del Hospital Municipal de Coronel Vidal.
- Servicio Social de la Secretaría de Salud y Previsión Social de la Municipalidad de Mar Chiquita.
- Hogar de Admisión y Evaluación Dr. Arenaza.
- Hogar Juvenil de APAND.

Abordaje institucional con el adolescente desde el rol del trabajador social:

- Brindaron apoyo a las familias que se hicieron cargo de los niños.
- Informe socioambiental de las familias a cargo de los niños.
- Informe Hospital Municipal sobre el estado de salud de los menores.
- Equipo técnico del Hogar Arenaza recomendó: que no habiendo ningún familiar dispuesto a hacerse cargo de los niños, sugiere que los mismos sean incluidos en un medio institucional desde donde sean contenidos y puedan retomar su escolaridad, hasta tanto se defina la situación de salud de la progenitora.
- Equipo técnico del Hogar Juvenil de APAND, visita domiciliaria a la Sra. G en Vidal, acercó el niño a su familia. También se realizaron entrevistas con la

directora de la Escuela N°22, Hospital Municipal y el servicio social dependiente de la Municipalidad de Vidal.

No solo se pudieron recabar datos que ampliaron la información, sino que se pudo también coordinar estrategias con dicho servicio social.

- Informe equipo técnico de Hogares Juveniles "Evaluó la posibilidad de que el menor C, pudiera pasar las fiestas en su casa materna y se vaya reincorporando al ambiente familiar y escolar, ya que en diversas entrevistas con su madre y los familiares se observó que la situación es propicia para la inserción paulatina del menor.

Teniendo en cuenta que la madre continuaba el tratamiento psicológico, la posibilidad de que se le restituya la vivienda y así poder alojar a todos sus hijos en una casa más cómoda. El apoyo incondicional de las trabajadoras sociales de la zona para las necesidades económicas. Pero poniendo la atención en el menor, es la mejor oportunidad de que reinicie la relación con su madre y hermanos. Así además de pasar las fiestas con su familia, se evaluó también que C tendría la posibilidad, siempre observando la evolución de la relaciones, pasar parte de las vacaciones de verano.

- El Hogar Juvenil solicitó al Tribunal de menores, autorización para que la Sra. G retire a su hijo del Hogar bajo su responsabilidad, el día 21/05/05 reintegrándolo el día 22/05/05 a las 20Hs.

Se pudo observar el interés volcado por la madre hacia su relación con su hijo y denotando C alegría y positividad después de estar con su madre. Se evaluó como muy positivo dicha solicitud ya que se fortalecería la relación madre - hijo con vistas al futuro. G lo visitó asiduamente en la semana y en el fin de semana. La Sra. G se encontraba viviendo en casa de una hermana en Mar del Plata, constatando el equipo técnico que el lugar era habitable pudiendo albergar al menor el fin de semana, y para que en el futuro pueda salir C los fines de semana con su mamá no se encontraron inconvenientes para esta salida.

Caso 6: G

G es un varón y nació en la ciudad de Mar del Plata, en el año 1988.

Año 1991:

Madre con severo padecimiento psíquico incapaz de cuidar de sus hijos. Nunca fue tratada por su problema psiquiátrico, ni tampoco recibió medicación. Violencia familiar, sus hermanos abandonaron la casa paterna en plena adolescencia por no tolerar la violencia protagonizada por sus padres alcoholizados.

Según consta en informe del Ministerio Pupilar; una vecina denunció, que A era abusada desde niña por su progenitor y sus amigos en estado de ebriedad. La obligaban a ejercer la prostitución y a mendigar durante la noche. A se iba de la casa y mantenía relaciones circunstanciales, regresando embarazada, razón por la cual se desconoce la paternidad de sus hijos.

Según informe Social del Ministerio Pupilar, el certificado del médico psiquiatra diagnosticó que A padece retardo mental de grado imbecílico, requiriendo atención psiquiátrica especializada para su seguridad. Se desconoce si realizó tratamientos o permaneció internada alguna vez. Durante el presente año se inició Juicio de Insania debido al estado en que se encontraba.

Año 1994:

El Juicio de Insania de la Sra. A continuaba en trámite. La abuela de G, trabajaba como empleada domestica y entregó a su hermanita en guarda familiar con fines de adopción; no mostraba interés en cuidar de sus nietos, hija ni marido, quien esporádicamente realizaba changas.

La parte posterior de la vivienda se encontraba ocupada por una persona que también se alcoholizaba y realizaba reuniones con otros hombres que bajo los efectos del alcohol, no solo generaban escenas violentas sino que también invadían la vivienda familiar. Menores en riesgo social, familia desintegrada y disgregada.

- El 10 de marzo G. ingresó al Hogar Scarpati.

El niño de 6 años desconocía el motivo de su internación. A cerca de su grupo de convivencia hacía referencia a su madre, un hermanito y sus abuelos y que tenía además otros tíos. De su abuelo expresó que "es malo", que "se emborracha y pega".

Al momento de internación el menor impresionaba como un niño hipo estimulado, con escasa capacidad de reflexión. Evidenciando significativas distorsiones temporoespaciales y poca capacidad de concentración.

Respecto de la escolaridad y debido al característico cuadro que presentaba el niño recién institucionalizado, separado del grupo familiar, no se consideró adecuada una evaluación del nivel intelectual tal como fue sugerido por la institución escolar, en forma

inmediata. Esta se efectuó en el momento adecuado para descartar dificultades intelectuales mayores teniendo en cuenta los antecedentes: medio maltratante, deficiencia mental de la madre, problemas de alcoholismo y desidia familiar, ya que podrían haber producido un grave deterioro de sus funciones intelectuales.

Informe de Terapia Ocupacional:

“El niño presentaba leve retardo en la adquisición de algunas pautas madurativas; aparentemente por falta de estimulación. Se recomendó tratamiento individual”.

Ingresó a la institución con el plan de vacunación incompleto.

Durante los primeros meses de internación G se enfermó de varicela, sufrió traumatismo de tobillo; fiebre, tos, conjuntivitis; prurito e irritación del glande.

En las actividades de la vida diaria era independiente, poseía hábitos de alimentación, vestido e higiene. Colaborador en las tareas de la casita; evidenciando sentido de pertenencia con sus cosas.

Cinco meses más tarde se observó que se había revertido en parte el estado en el que se encontraba el niño al ingreso a la institución. Se hallaba realizando tratamiento grupal, advirtiéndose cambios muy favorables tendientes a un mayor desarrollo de sus destrezas que indicaban reales potencialidades.

G ingreso al Hogar sin escolaridad previa, iniciando el 1º grado en la Escuela Provincial Nº 29; respondiendo parcialmente a las pautas requeridas a tal nivel. Se mantuvo contacto permanente con la docente de la escuela para reforzar y apoyar el proceso de aprendizaje.

Se estableció con la escuela una relación entre sus dificultades para iniciarse en el proceso de aprendizaje y su propia historia de maltrato y consecuente hipoestimulación, acordándose respetar los propios tiempos del niño y de evaluar recién a fin del ciclo lectivo sus progresos.

En cuanto a sus relaciones interpersonales: era sociable y afectuoso. Participaba en actividades grupales, tendiendo a relacionarse con los niños más pequeños. Sentido de solidaridad con sus compañeros, el niño se adaptó bien a la dinámica institucional como al grupo de pares y adultos.

Respecto de sus vínculos familiares: la abuela materna visitaba a su nieto cada 45 días aproximadamente; aparentemente por problemas de salud y económicos. Los abuelos de G aceptaron que no estaban en condiciones de hacerse cargo del niño nuevamente debido a las dificultades de toda índole que no les permitirían asumir esa responsabilidad. Ellos continuaban con el cuidado del hermano de G y de su madre.

A 3 meses de su internación se estableció contacto con el tío del menor; casado con 3 hijos de 7, 3 y 1 año. Este decidió tener al menor en guarda. Dado que por los

datos recogidos se daba la situación propicia para ello, se envió al señor R a solicitar permiso de visita al niño en la institución.

Los tíos de G asistían periódicamente a visitar al niño, manifestando este el agrado de dichas visitas, así como también el deseo de vivir con ellos en su hogar. Se observaba que constituían una familia continente de sus afectos especialmente con los niños.

Efectuada la visita domiciliaria correspondiente se consideró adecuada para la inclusión de G. A fin de año, no presentando dificultad alguna en la adaptación al medio familiar durante el egreso con sus tíos los fines de semana, su tía manifestó que solicitaría el egreso definitivo del niño.

Año 1995:

Al finalizar el verano de 1995, la tía del menor solicitó que momentáneamente no se siga tramitando el egreso del niño, dado que la convivencia durante los fines de semana se tornó imposible ya que el niño no aceptaba los límites a lo que se sumó el rechazo de la hija mayor del matrimonio.

G modificó su situación de convivencia en el hogar desde la interrupción de salidas con sus tíos. Se ha requerido tiempo para adaptarse a la internación como única posibilidad concreta y descartar las variables familiares para su egreso a corto plazo.

Su estado de ansiedad le impidió aprovechar los espacios dedicados al discurso y la reflexión; lo que también ocurría en la escuela. Se observaba que aún persistía un monto de ansiedad, lo que provocaba una gran dispersión y la dificultad tanto de la realización de una tarea como la de desenvolverse en el grupo. Razón por la cual debió retomar el tratamiento individual.

Demandaba constantemente la atención del adulto. Requería límites precisos a los que respondía medianamente. También le resultaba difícil integrarse con sus pares en un juego, buscando la atención exclusiva del preceptor.

Se hallaba cursando 2º grado. Su aprendizaje era muy lento, comenzando recién con la lecto- escritura, esto se debió a la promoción automática, por no haber repetido el 1º grado.

Informe del equipo técnico del Hogar Scarpati:

“Los abuelos constituían una figura ausente en la realidad del niño. Tampoco constituían referentes sanos para el niño debido al deterioro generalizado que experimentaban con su alcoholismo, patología crónica.

Sus tíos maternos constituían un referente familiar para el niño, pero las visitas y egresos con ellos los fines de semana se daban en forma esporádica. A fines del mismo año, G llevaba 1 año y 8 meses de internación, no recibía visitas ni de su madre, abuelos ni tíos. Esta realidad afectaba emocionalmente al niño, quien reclamaba visitas y

algún tipo de salida de fin de semana. Dado que el niño se encontraba en estado prácticamente de abandono, se solicitó la posibilidad de que G sea visitado en la institución por sus hermanitos, como así también considerar una guarda familiar para G, como ha sucedido con sus hermanos”.

Al concretarse esta solicitud, G manifestó encontrarse muy a gusto con las visitas de sus hermanitos y poder verlos con asiduidad y que desearía concurrir los fines de semana a sus hogares.

Año 1996:

G cursa 2º grado como repetidor; presenta dificultades en algunas ocasiones por su dispersión.

- En abril del presente año, la esposa de su tío R, refirió que junto con su marido e hijos proyectaban tener a G en guarda, si el niño se adaptara bien a la vida familiar. Como la familia se mostraba resuelta a la guarda de G, se le sugirieron salidas de fin de semana para evaluar comportamiento y adaptación. Económicamente y habitacionalmente, la situación era favorable; la tía impresionaba con buena carga afectiva como para asumir la situación que planteaba.

Continuaron las salidas de G con sus tíos. Manifestando el menor que le gustaba salir con la familia y que la pasaba bien en la casa de estos.

Respecto de la puesta de límites, tanto en la familia, cómo en el Hogar, G presentaba dificultades para internalizar dichos límites, relacionado esto con una dificultad para simbolizar aspectos referidos a un vínculo primario con la madre.

La presencia de problemas de conducta en el menor hizo dificultoso el trabajo en pos de una reinserción con sus tíos. El niño manifestaba su interés en compartir su vida con la familia pero la falta de referentes adultos en el pasado dificultó la convivencia con pautas familiares diferentes a las actuales que son de orden institucional. Demandaba atención y afecto total hacia él, solía ponerse agresivo cuando veía manifestaciones de cariño hacia su hermano.

- En octubre comienza a egresar los fines de semana con la guardadora de su hermana L, sin dificultades, ya que la señora no tenía dificultades en ponerle límites cuando la situación así lo requería. Pero la señora manifestó que el niño lo necesitaba permanente como así también que estén a su lado todo el tiempo. Proyectaba egresar al niño para vacaciones de verano. Buen vínculo con la señora. Vivienda de reducidas dimensiones como para alojar a un nuevo miembro.

- En diciembre, egresó por las vacaciones con una familia vecina de los guardadores de su hermana L. Dicha familia expresó sus intenciones de adoptarlo. Se derivó al grupo familiar y a G a psico - profilaxis para la adopción para su posterior evaluación y tratamiento.

AÑO 1997:

- En el mes de febrero se presentaron dificultades en la relación y convivencia; regresan al niño a la institución. Probablemente por falta de tiempos de adaptación previos a la salida por todo el verano. Fue retornado por 4º vez al Hogar.

Luego de los intentos fallidos de egreso con una familia y el reingreso a la institución, el niño no puede clarificar su situación actual, mostrando resabios de la convivencia con la familia. A través de las entrevistas se promueve la clarificación del proceso de guarda y sus motivos. Comienza a instalarse en un lugar de reflexión desde donde intenta demandar "cosas para sí".

- En marzo, G expresó su deseo de intentar nuevamente la posibilidad de adopción. Manifestó que no se había sentido bien en la casa de la última familia. Que las otras dos familias no lo podían tener porque ya estaban sus hermanitos viviendo allí. Reconoció tener dificultades para adaptarse al medio familiar.

Logró demandar la consulta profesional, verbalizar y reflexionar respecto de su situación pasada, presente y futura. Continuo demandando además su integración a una nueva familia, pese a los resultados frustrantes de sus pasados intentos de guarda.

Comienza a tener dificultades con la puesta de límites por parte de los adultos, como así también su relación con pares.

Durante 3º grado no presenta problemas de aprendizaje, pero es hiperquinético, lo que desmerece el rendimiento escolar.

G no recibe visitas, se solicita a los guardadores de sus hermanitos que traigan a los niños con asiduidad de visita; estos responden satisfactoriamente.

En entrevista con G y su mamá: la Sra. A refirió que sus padres deseaban visitar y egresar al niño los fines de semana, se le aclaró que no era posible, ya que desde el ingreso de G, jamás intentaron modificar su situación.

A manifestó que su padre continuaba embriagándose y manteniendo peleas con sus vecinos, y que también su madre solía alcoholizarse.

La situación familiar no ofrecía variantes. La señora A sostenía un fuerte vínculo afectivo con su hijo G, a quien visitaba dentro de lo que sus posibilidades se lo permitían, G comprendió y asumió su situación familiar, mostrándose a gusto con la presencia de su madre.

A partir de que retoma su relación con los familiares, se lo observa más tranquilo. Logró integrarse medianamente con las pautas institucionales, presentando algunos problemas de adaptación con pares respondiendo con facilidad a los límites que se le marcan. Recibió esporádicas visitas de su madre durante este año.

Se consulta al Juzgado Nº 3 en lo Civil Comercial por el estado del Juicio de Insania de A. Curador provisorio: Sr. defensor de pobres y ausentes Nº 4; Peritos

médicos diagnostican "retardo mental severo (grado imbecílico) con pronóstico desfavorable. Demente en sentido Jurídico. Se solicita designación de Curador definitivo a la madre. Fallo: se declara a A demente en sentido Jurídico y se nombra curador.

AÑO 1998:

Durante el presente año G contrajo Hepatitis, superando este trance sin dificultad. Se conversó con el menor sobre su hermanito recién nacido (fallecido) y también sobre su situación de internación, considerando el menor que cuando llegue su límite de edad en esta institución, la posibilidad de un traslado al Hogar Juvenil de APAND.

AÑO 1999:

Sin novedades relevantes.

AÑO 2000:

- En el mes de marzo, G solicitó salida de fin de semana con su tío R.
- En diciembre del mismo año las salidas de G con sus tíos se hicieron más esporádicas, los mismos manifestaron que el niño se aburría con ellos y optaba por actividades que solía ofrecerle la institución.

Informe Pedagógico EGB Pcial. N° 66:

"La docente a cargo informa que mejoró en conducta pero que pedagógicamente no logró producir nada. G, con 12 años era casi un adolescente y manifestaba una conducta ambivalente, respetuoso y cariñoso por momentos, con quien se podía dialogar y razonar, pero ante una frustración se mostraba indiferente, agresivo y sin posibilidad de reflexión alguna. Cuando algo lo perturbaba se negaba a obedecer, no prestaba atención, no cumplía con las tareas, denotando un sentimiento de inferioridad e incapacidad y una ansiedad o estrés elevado, con mucha angustia, sobre todo si era sancionado.

G. era un niño muy vulnerable e inestable emocionalmente".

Informe pedagógico:

"G. tuvo un año complicado, fue cambiado de sección por su comportamiento y se repitió en la nueva. Se creyó que muchas de sus dificultades se debían a la incomprensión de los docentes".

AÑO 2001:

Comienza a cursar el 7° año en otra escuela y se evalúa la posibilidad de que G se traslade en transporte urbano para su escolaridad, sin acompañamiento.

En junio G tomó la comunión por decisión propia y dado el largo período de internación; todo el Hogar preparó la fiesta a la cual no invitó a ningún familiar y aún los que sabían no asistieron.

Comenzó a desenvolverse mejor, a desarrollar mayor autonomía y se trabajó para su pase al Hogar Juvenil de APAND ya que se descartaba toda posibilidad de externación con familiares por el momento.

Dado el largo período de internación, el poco trato con sus familiares, y su permanencia en el hogar los fines de semana, ha desarrollado sus vínculos afectivos dentro del hogar, sin llegar a distorsionar la naturaleza de las mismas

- El 5 de diciembre G ingresa al Hogar Juvenil de APAND.

informe institucional:

“Su madre lo ha visitado al inicio de clases, sin que esto lo perturbe, ni creando en él mayores expectativas, en cuanto a sus tíos, estos lo visitan cuando pueden o quieren y él ha aceptado esta situación. En función de esta situación el mismo ha planificado su futuro en el Hogar Juvenil, sus estudios y sus relaciones amistosas dentro de este entorno”.

Instituciones que intervinieron en las necesidades de cuidado de la madre:

Sala de atención barrial:

Curaduría:

Rotación domiciliaria:

Calle 206 entre 29 y 31, Barrio Belgrano.

Calle 210 y Magallanes.

Scarpatti 639

Abordaje institucional con el adolescente desde el rol del TS

- Informe Socio Ambiental.
- Visita domiciliaria de seguimiento por el alcoholismo familiar, ante las ausencias a las citaciones realizadas desde el Hogar Scarpatti.
- Desestima salidas del niño los fines de semana con su familia, dado que la situación habitacional y familiar no se han modificado.
- Se contacta a uno de sus tíos maternos con el fin de revincularlo al menor internado.
- Informe Socio Ambiental en el domicilio de la familia de R.A, encontrándolo adecuado, sugiere le sea otorgado permiso para visitar y retirar al niño de la institución los fines de semana con el objetivo de evaluar la evolución de las mismas.
- Se trabaja con los tíos de G lo importante que es para el niño la existencia de la figura de sus tíos y primos, que el menor sepa que aunque no pueda convivir con ellos, tiene seres que lo quieren y a quienes recurrir en el futuro.

- Se refuerza con los tíos la importancia de las visitas a G en la institución y el egreso de fin de semana.
- Visitas domiciliarias a los guardadores de los hermanos de G; se trabaja con ambas familias lo importante que sería tanto para G como para sus hermanitos que se visiten y mantengan contacto. Se llega a un acuerdo para que también G pueda pasar algún fin de semana en el domicilio de sus hermanos. En primera instancia se recomienda las visitas en la institución, de ser favorable se pasará a la otra instancia.
- Trabaja con el niño las posibilidades de salida con los guardadores de sus hermanitos, manejando con cautela las expectativas de G. Sugiriendo adecuadas salidas de fin de semana junto a las familias.
- Acompañamiento y seguimiento en la integración de G con la familia guardadora de su hermano D.
- Entrevistas de apoyo, orientación y seguimiento.

Caso 7: V

V, es un varón y nació en la ciudad de La plata, en el año 1990. Su madre la Sra. C, gitana, analfabeta, nació en una carpa, indocumentada, no recordaba su fecha de nacimiento. Sin padres; tuvo su primer hijo a los 17 años. Su hermano la obligaba a mendigar y cuando este se alcoholizaba la sometía a todo tipo de vejámenes, razón por lo cual la menor se fugó reiteradamente de su casa. En 1990 se dispuso la internación de la joven con su hija en el hogar maternal para niñas con causas sociales, La Esperanza de la ciudad de La Plata.

Allí nació su hijo V, este acontecimiento la llevó a maltratar a su pequeña hija diciendo que " se desquitaba con ella todo lo que su hermano le hizo".

Informe psicosocial Hogar Esperanza:

"C golpeaba cruelmente a su hija luego de las peleas con sus compañeras. No deseaba hacerlo de palabra, pero no podía controlarse, sabiendo el daño físico y psíquico que le ocasionaba. Los episodios de violencia se incrementaban, sumando actitud de abandono hacia el hijo varón. Realizó tratamiento psicológico y fonoaudiológico en forma esporádica dado que mantenía conductas opositoras que dificultaron el tratamiento".

Informe psicológico del Tribunal de Menores:

"Nivel intelectual inferior al término medio. Impresionaba como presicótica. La descarga violenta aparecía ante las demandas de los niños o ante el rechazo y hostilidades del afuera. No podía controlarse y no tenía conciencia plena de sus actos. Trababa imposibilidad de cura la deficiencia mental, y la ausencia de registros afectivos en su historia. Se aconsejó decidir para un buen desarrollo de los niños; que deberá ella tener atención psicológica exhaustiva e ininterrumpida.

Año 1996:

Al momento de internación de V, la familia se hallaba constituida por la Sra. C, su esposo y sus cuatro hijos quienes vivían en una casilla, la cual no se encontraba en condiciones de habitabilidad por carecer de agua, energía eléctrica, baño, ni letrina; esta variable sería la detonante del problema; no la prioritaria, ya que la familia estaba a punto de ser desalojada del lugar donde vivían.

Escaso ingreso, no alcanzaban a cubrir las necesidades básicas del grupo familiar. La variable laboral no era tenida en cuenta ya que la pareja utilizaba la mendicidad para vivir. La señora sostenía que " no podía trabajar porque debía cuidar a sus hijos".

Según lo observado; los menores se hallaban en riesgo, tal vez por negligencia de sus padres, no intencional, sino debido a la ignorancia o falta de conocimientos específicos en ciertos aspectos de la vida diaria. La Sra. C impresionaba tener bajo recurso intelectual y baja estimulación psícoafectiva.

Dado que los niños se encontraban expuestos permanentemente a factores de riesgo por falta de abrigo, higiene, alimento y sumado a la vivienda deficitaria. No contando tampoco con recursos familiares ya que su suegra la rechazada por sus raíces gitanas. Y luego de sucesivos ingresos y egresos al Hogar Gayone*, es internado definitivamente.

- El 12 de febrero de 1996, V ingresa en el Hogar Scarpati* y su hermana mayor en el Hogar Gayone, su madre estuvo de acuerdo.

Desde su internación V, ha recibido la visita de sus padres, oscilando desde una frecuencia diaria a muy esporádicas, provocando en estos casos angustia y preocupación en el niño. La inconstancia de la madre respecto de los marcos de contención genera rasgos de introversión en V. El niño mantiene un buen vínculo afectivo con su familia.

Según la evaluación psicológica realizada a V al ingresar al Hogar Scarpati; el niño presentaba un nivel madurativo superior al esperable, para su edad, infiriéndose de las pruebas tomadas, que ya había iniciado la etapa Operatoria Concreta.

El niño se mostraba retraído y tímido en sus actividades en presencia de adultos, con quienes le costaba entablar contacto, situación en la que mostraba gran ansiedad, incapacidad de verbalizar y deseo de complacer. Su estilo de trabajo era autocontrolado y cuidadoso de los detalles, lo cual lo hacía parecer lento y estructurado.

En función de su historia de carencias materiales y afectivas, resultó adaptativo su desarrollo intelectual, su estilo vincular, es reservado, asustadizo y distante con los adultos.

Al momento de la internación (5 años) nunca ha sido escolarizado con anterioridad. Ingresó al Jardín de infantes 911, sala de 5, no presenta problemas de adaptación. Socialmente se relaciona bien con pares y la docente. Intelectualmente responde a los contenidos de la etapa.

Se adaptó rápidamente a la institución integrándose al grupo de pares, no presentando problemas de conducta.

Año 1997:

* Hogar de Admisión y evaluación.

* Hogar Municipal para niños de 4 a 12 años de edad.

V sufre un traumatismo de cráneo con pérdida de conocimiento, permaneciendo internado en observación por 24 hs. en el HIEMI. Siendo los controles normales se le da el alta.

Observándose dificultades en la relación con sus pares; V fue derivado a tratamiento psicológico grupal con frecuencia quincenal, pudiendo aceptar las pautas de trabajo en grupo. V se integró a las pautas del grupo, observándose que su desempeño daba cuenta de un niño con dificultades para expresar sus sentimientos y para verbalizar aspectos de sus vivencias. Coincidentemente el niño demandaba en forma constante salidas con su familia los fines de semana.

Durante el presente año comienza 1° grado, lo que significó una nueva etapa para el; respondiendo y cumpliendo con entusiasmo las tareas escolares, si bien su aprendizaje fue lento, el desempeño y la dedicación puesta por el niño lo llevaron a promover de año sin dificultad. Responsable con sus tareas escolares, socialmente aceptaba las normas de convivencia escolar y se relacionó bien con docentes y pares. Realizaba actividad deportiva.

V se integró a la institución en forma favorable, consiguió mejorar su relación con pares y adultos. Aceptación de las normas institucionales sin dificultad. Recibía visita de sus padres. A fines del presente año, dadas las mejoras de las variables vivienda y psicológicas de la familia se consideraron viables las salidas con fines recreativos de V con su familia. Observándose que regresaba conforme y a gusto de las salidas con su familia; más adelante se le autorizó a egresar el fin de semana de la institución bajo la responsabilidad de su madre, pudiendo pernoctar en el domicilio de la misma. A esto también se sucedieron los egresos con su familia para las fiestas de Navidad y fin de año.

Respecto de su madre V refirió tenerle gran cariño y que le gustaría regresar a su casa y que no tenía claro el motivo por el cual se hallaba internado, mientras sus hermanos estaban en su casa, y el no.

La Sra. C fue derivada a psicoterapia individual pero no concurrió a la misma.

- En octubre la señora C demanda espontáneamente tratamiento psicológico para trabajar aspectos personales, las relación con sus hijos y su pareja. Concurriendo a todas las citaciones realizadas por parte de los profesionales.

Año 1998:

V continuó con el tratamiento psicológico grupal iniciado el año anterior. En cuanto a su escolaridad no presentó dificultades dando muestras de habilidad para resolver situaciones problemáticas y operaciones numéricas.

Luego del último embarazo; a la Sra. C, se le diagnosticó diabetes, es insulino dependiente.

Año 2000:

Durante el verano V concurrió a la Colonia de Vacaciones de APAND, junto a su hermana, con buena adaptación.

Año 2001:

Asistió a la Escuela de Fútbol del Club Cadetes durante el período escolar y fue seleccionado por sus habilidades deportivas para jugar en el Mundialito de fútbol infantil.

Año 2002:

- En el mes de noviembre la hermana ingresa al Hogar Juvenil de APAND.

A fin de año se comenzó a observar un cambio de actitud en V para con su familia. Con motivo de las fiestas de fin de año, decidió pasar solo la noche buena con su mamá, la Navidad en el Hogar y el año nuevo con su hermana en el Hogar Juvenil.

Es probable que este cambio en el niño se produjera a partir de que su hermana lo pusiera en conocimiento el día de su cumpleaños; que el Sr. E no era su progenitor, provocando en el niño un ataque de llanto y rechazo hacia sus padres.

Durante una entrevista V manifestó "estar bien en el Hogar, que estaba acostumbrado y no quería ir a su casa porque se aburría". Acerca de su futuro manifestó su deseo de "ingresar al Hogar Juvenil, que ya no quería volver a su casa, que en el Hogar no tenía problemas de convivencia con ningún chico, que todos eran amigos por igual y que también se llevaba bien con los tíos a cargo de la casita".

Ante la pregunta, si alguna vez se sentía triste, respondió que si, pero eran pocas las veces. Se veía diariamente con su hermana cuando ella concurría a la Escuela de Patín.

Año 2003:

Presentó buen rendimiento en las diferentes áreas de su vida cotidiana. Se observaba una conducta sobre adaptada emocionalmente no solía involucrarse demasiado. Si bien se vinculaba con su familia cuando lo visitaban, no manifestaba deseos de convivencia, impresionando poco conectado afectivamente a ella.

Mostraba en su accionar una actitud de rigidez, con rasgos de pulcritud, orden y mucho control. No presentaba trastornos de conducta, pero dado la estructuración de su personalidad y de no mediar un tratamiento psicológico que lo ayudara a elaborar aspectos de su vida personal y familiar muy contenidos y no elaborados, podrían aparecer manifestaciones de conflicto.

Manifestó saber que la pareja de su madre no era su verdadero padre, que se lo había dicho su hermana. Dejó en claro su deseo de vivir en el Hogar Juvenil, aun sabiendo que su hermana ya no está allí.

Durante el año recibió esporádicas visitas de sus padres y salía con estos el fin de semana durante el día regresando a dormir a la institución.

De la última entrevista mantenida con su mamá, no aparecieron desde ella alternativas de egreso para su hijo, tampoco V ha manifestado su deseo de vivir con su familia.

- El 5 de septiembre ingresa al Hogar Juvenil de APAND.

Continuó integrando un equipo de fútbol en el Club Cadetes de San Martín, realizando entrenamiento de lunes a viernes, desde hace 2 años, el cual representa un proyecto de vida laboral futuro.

Buen comportamiento relacionándose adecuadamente con pares y adultos, tanto en el ámbito escolar como en el hogar.

Durante entrevista con la Sra. C, al hablar de su historia vital refirió como episodio traumático de su vida haber sido violada por su hermanastro gitano, de quien queda embarazada de su hijo V. Relató que su hijo desconocía esto, señalando que el cree que su papá es el Sr. E, expresó "que nunca le dirá la verdad".

De V dijo "es mi vida...son mis ojos", manifestando que "recién ahora lo estoy queriendo", y marca que con el mantiene una mejor relación que con su hija.

Año 2005:

Continúa la práctica de fútbol en el club en las divisiones inferiores, logrando muy buena performance, posicionándose muy bien en su división. Este año se planteó la posibilidad de ser seleccionado para jugar como titular en su equipo en partidos amistosos, fuera de la ciudad, para lo cual se solicitó permiso al Tribunal.

Actualmente cursa el EGB en el Instituto Quilmes, con la ayuda de una beca obtenida a través de la institución.

Desde el año 1998 al 2004, la Sra. C debió ser internada a causa de su diabetes en 5 oportunidades, por episodios de coma diabético. Desmejorando significativamente su salud a causa de sus embarazos. Se tramitó desde HIEMI en la Defensoría N° 5, la autorización para la realización de ligadura de trompas.

También debió ser internada en el HIGA con un cuadro de cólico renal. No existe juicio de insania.

Instituciones que intervinieron en las necesidades de cuidado de la madre:

- Acción Social de la Municipalidad de Gral. Pueyrredón.
- Servicio Social del Hogar Scarpati.
- Centro de Salud Barrial de la zona.
- HIEMI.
- HIGA.

Abordaje institucional desde la intervención del trabajador social:

- Visitas domiciliarias, informes socio-ambientales.
- Se deriva a la Sra. C a tratamiento psicológico en el centro de salud de su barrio.
- Se trabaja la continuidad del vínculo con sus hijos internados a través de las visitas de fin de semana.
- Visitas domiciliarias a la familia del padrastro de los menores con el fin de vincularlos con los niños internados. Sin resultados.
- Se trabajan con la familia las variables: higiene, vivienda y laboral
- Utilización del recurso institucional (internación, Casa del Niño) para el mayor cuidado de sus hijos y poder intentar el despliegue de potencialidades en la persona de la madre. Relación y continuidad del vínculo con sus hijos internados a quienes no visita con la debida frecuencia.
- Sugiere al Tribunal la internación de los niños a cargo de la pareja, en forma urgente por encontrarse expuestos a altos factores riesgo, y continuar con la internación de los otros niños.
- Contiene y aclara al menor sobre la confusión respecto del motivo de internación y de la no modificación de la situación por parte de su progenitora.
- Dado que la familia ha adquirido un terreno en el barrio Hipódromo con la venta de un automóvil y la ayuda de un subsidio del Tribunal de Menores. Se solicitará ayuda a APAND y a Acción Social de la Municipalidad para la construcción de una vivienda en dicho terreno con el objetivo de reinsertar a los niños junto a sus padres.
- Sugiere al Tribunal, contemple la continuidad del cobro del subsidio por un período más, a fin de estabilizar la variable habitacional.
- Gestión de Planes Sociales: Bolsón alimentario por parte de la Municipalidad. Plan vida.
- Solicitud de ligadura de trompas para la Sra. PC, tramitado desde el HIEMI,