

Trabajo expuesto por la Dra. Ana María Alle, Presidente de APIA Córdoba en su representación como panelista de la Mesa en que se desarrolló el tema:

“La Formación del Psiquiatra: ¿Qué perfil profesional prevalece en Córdoba?”

**En las JORNADAS INAUGURALES DE LA DELEGACIÓN DE APSA EN CÓRDOBA
“DE LA PSIQUIATRÍA Y OTROS DISCURSOS: MEDIO SIGLO DE ENCUENTROS Y DESENCUENTROS”
17 y 18 de octubre de 2008**

PERFIL Y FORMACIÓN DEL PSIQUIATRA INFANTOJUVENIL

Para hablar del perfil profesional desde la psiquiatría infantojuvenil, he tratado de hacer una muy breve síntesis basada en Ajuriaguerra que refleja de donde venimos, para explicar cómo estamos e intentar esbozar hacia donde vamos y/o deberíamos intentar hacerlo. Constituye una característica fundamental de la psiquiatría infantojuvenil el ocuparse del desarrollo psíquico y de sus perturbaciones; a partir del conocimiento de la génesis de las diversas funciones y su evolución en el tiempo, valora las posibilidades del niño en cada etapa de su evolución y tiende a comprender las diversas fases cronológicas en función de las relaciones organismo-medio. Su consideración como ciencia médica es muy reciente pero cuenta con un paso rico en experiencias pedagógicas y educativas que se remonta hasta Ponce de León, monje benedictino que por el siglo XVI dio los primeros pasos en la educación de sordomudos. Se perfiló desde fines del siglo XIX y principios del XX la preocupación por la atención de niños a partir de dificultades en la educación por deficiencias mentales y sensoriales, o por la problemática de los niños abandonados, y la delincuencia juvenil. Pereire inició la educación de los sentidos sustituyendo la palabra por la vista y el tacto. Pestalozzi fundó en Iverdón (Suiza) un centro de educación pedagógica donde aplicó el procedimiento intuitivo y natural, frente a la educación abstracta y dogmática imperante en su tiempo. Seguín, fundó en Francia la primera escuela de reeducación, y en colaboración con el psiquiatra Esquirol, pasan a constituir el primer equipo médico pedagógico. En Ginebra a fines de 1898, Claparède introduce por primera vez en la enseñanza pública clases para la formación de niños retrasados: son las denominadas clases especiales. Binet y Simon publican en Francia en 1905 la primera escala de desarrollo intelectual, a partir de entonces la neuropsiquiatría infantil entra en constante desarrollo.

Es un orgullo que en Argentina, se haya iniciado en 1921 la primera Cátedra de Psiquiatría Infantil, que resultó la primera del mundo en la Ciudad de Rosario, a cargo del Profesor L. Ciampi, quien seguía la corriente neuropsiquiátrica infantil de su maestro de Roma Sante de Sanctis. Con posterioridad, recién en 1950 se oficializó en Francia la 1° Cátedra Universitaria de Psiquiatría Infantil a cargo del Prof. George Heuyer. En 1937 en París, se celebró el 1er. Congreso de Psiquiatría Infantil, y numerosos países, la reconocen como especialidad. A lo largo del siglo la Psiquiatría Infantojuvenil halla sus propios métodos y se desgaja como especialidad propiamente dicha tanto de la *Psiquiatría del adulto como de la Pediatría*; en ella se entrecruzan diversas disciplinas: neurología, psicología, pedagogía, sociología, etología, formas de conocimiento con las

que se confronta, se identifica o se diferencia como lo refiere J. De Ajuriaguerra. En Argentina, nos remontamos a 1934, cuando la Dra. Telma Reca regresa al país después de un período de especialización en EEUU en el Departamento de Psiquiatría Infantil en la Escuela de Medicina De la Universidad de John's Hopkins, a cargo del Dr. Leo Kanner e introduce la versión americana de ese momento de la "psiquiatría dinámica infantil" en el ámbito público, desde la 1° Cátedra de Pediatría del Prof. Acuña en el viejo Hospital de Clínicas de Bs. As., quien le ofrece en su Servicio, la Sección de Higiene Mental Infantil, y que más tarde fuera avalada por los Drs. Garrahan y Houssay. El primer consultorio de Higiene Mental, a propuesta de la Dra. Telma Reca, se crea a fin de modificar los criterios imperantes en la época que solo se ocupaban de cuadros neurológicos severos o de grave desadaptación social. En 1937 en la Liga de Higiene Mental del Hospicio de las Mercedes, con la jefatura del Dr. Enrique Pichon Riviere, Arminda Aberastury inicia sus aportes al psicoanálisis infantil. En Córdoba en 1957 se conforma el Servicio de Psiquiatría del Hospital de Niños de la Santísima Trinidad, con los Dres. María Aliaga Moyano, Fermín Quiroga y Capolongo de Herrera. Posteriormente, como Servicio de Salud Mental creó un Postgrado interdisciplinario, sirviendo como modelo a nivel municipal y provincial, una de cuyas gestoras nos acompaña hoy, la Psiquiatra Infantojuvenil Iris Palacín de Olivera, quien fue Jefa del citado Servicio hasta hace algunos años y es activa integrante de nuestra Asociación. En 1968, en Buenos Aires se inaugura el Hospital Carolina Tobar García, primer hospital en la Argentina y Latinoamérica que abordaría específicamente la asistencia psiquiátrica infantojuvenil, cuyo nombre fue homenaje póstumo a una médica con estudios en psiquiatría infantil en EE UU pionera en la creación de escuelas especiales, que señala la profunda ligazón de nuestra especialidad con la pedagogía y psicopedagogía evidenciada en su origen. En el mismo año se fundaba AAPI, la Asociación Argentina de Psiquiatría de la Infancia y Adolescencia y Profesionales Afines. En los años 90 en nuestra provincia se organiza por primera vez un postgrado en la especialidad desde el ámbito de la Psiquiatría, teniendo como gestores al Dr. Carlos Cornaglia y a la Dra. Silvia Martínez de Petit. Si bien continuó la formación de postgrado y funcionaron a nivel nacional la Asociación de Psiquiatría Infantil y Profesionales Afines, y las Asociaciones de Psiquiatría, con Capítulos dedicados a la Infancia y Adolescencia, los esfuerzos fueron múltiples pero muy desarticulados y más aún con una notoria falta de integración. Allí surge APIA Córdoba nuestra asociación de Psiquiatría de la Infancia y adolescencia, en 2004, expresión de la necesidad de nuclearse a partir de la práctica clínica, motivo por el cual y desde entonces, nuestros Ateneos Clínicos mensuales nunca se interrumpieron. Luego de modificaciones que durante 5 años la mantuvieron relegada, la Psiquiatría Infantojuvenil ha vuelto a ser reconocida como Especialidad Médica a nivel nacional y federal, por Resolución del Ministerio de Salud Pública de la Nación número 1105/06. Actualmente se ha creado la Carrera de Especialista en Psiquiatría Infantojuvenil en la UCC en nuestra Provincia. En el año 2006 el Consejo de Médicos de la Provincia de Córdoba,

aprobó la creación de la Especialidad en Psiquiatría Infantojuvenil por Resolución N° 2823/06, con fecha 03/10/2006, constituyéndose el Comité de Contralor de Psiquiatría Infantojuvenil con fecha 13 de Mayo de 2008.

La mención es somera, no es nuestra intención priorizar o desconocer nombres, organizaciones, teorías o enfoques, sino iniciar un camino conjunto, integrador, en forma solidaria, con un objetivo común. Sin embargo no debemos soslayar la necesidad de analizar con objetividad nuestra realidad.

No puede pasar desapercibido, que en forma paralela a esta Jornada, se está desarrollando la 1° Jornada de Neurología y Psiquiatría infantojuvenil, organizada por la Sociedad de Pediatría y la Asociación Argentina de Psiquiatría infantil y profesiones afines AAPI. No voy a eludir, lo que es básico y tiene que ver con la posibilidad o no de las personas de trabajar en forma solidaria y conjunta, lo cual es un desafío que estamos tratando de resolver. Sin embargo entiendo importante explicarnos esto como expresión de las múltiples raíces de la psiquiatría infantojuvenil. Raíces que claramente dejan ver las brechas existentes en el conocimiento entre lo biológico, lo psíquico y lo social. Mucho más aún, si nos permitimos analizar la realidad socioeconómica en nuestra cultura, y particularmente las políticas de salud y educación. Por que de esto se trata: establecer las necesidades que plantea la población que nos atañe, y formar profesionales, que principalmente respondan a las necesidades mayoritarias, que puedan ejercer el derecho de acceder al conocimiento ligado a la práctica, y que puedan vivir dignamente de un trabajo, parte del cual es la formación continua. Este planteo inicial nos permiten aproximarnos a comprender, la diversidad existente de formaciones en profesionales que se dedican a la psiquiatría infantojuvenil, y por otra parte, alertarnos sobre la importancia fundamental que tiene una formación que priorice y tienda a integrar resolviendo sus diferencias y contradicciones. La discusión primera desde nuestro ámbito médico se planteó respecto a la dependencia; dependíamos de la Pediatría? O de la Psiquiatría? Acordamos que ni la una ni la otra, pero que necesitamos parte de la formación básica de ambas. Lo cierto es que la psiquiatría infantojuvenil surge desde la necesidad de asistir desde los centros asistenciales pediátricos, en los que el límite de edad que se establece es de 18 años, edad que se puede ver extendida a los 21 años por razones legales, o bien considerando la duración de la adolescencia hasta los 25 años según recomendaciones actuales de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Estos centros asistenciales, estuvieron históricamente desligados de los grandes hospitales psiquiátricos que en realidad son observados con mucha resistencia desde la población general. Sin embargo, esto no significa que sea necesario ser pediatra para manejarnos en este ambiente. Queda aquí planteado uno de los problemas a resolver que tiene que ver con la problemática adolescente, su ubicación propia y las diferencias de abordaje según estemos con un joven de 14 o con uno de 19. Durante mucho tiempo, en los equipos interdisciplinarios pediátricos, existió una población importante de profesionales psicólogos y psicopedagogos entre otros no médicos, siendo el psiquiatra infantojuvenil una

especie de profesional por no decir un espécimen raro, que siendo cotidianamente desprestigiado por su teóricamente escaso conocimiento, a la hora de manifestarse situaciones críticas, difíciles, era a quien se apelaba. Ausente notorio por otro lado en los equipos de los distintos ámbitos y niveles que atienden a la educación. Así cuando en 1995 nos congregamos en un Capítulo de Psiquiatría de la Infancia y Adolescencia, de la Asociación de Psiquiatría de la Provincia de Córdoba en la época en que por Asamblea correspondiente se eligió como Presidente al Dr. Elpidio Olivera, Capítulo que funcionó intensamente e hizo la primera presentación en 1997 al Consejo de Médicos nucleando a todos los que trabajábamos en el tema en Córdoba. Allí, trabajamos sobre nuestra identidad: QUE ERAMOS, pues sabíamos lo que NO ERAMOS, porque nos lo hacían sentir muy claramente: no éramos pediatras, no éramos psicólogos, no éramos psiquiatras, pero si un niño o un adolescente estaban afectados gravemente, o había dudas, todos ellos nos reconocían nuestro saber. También nos planteamos entonces una pregunta fundamental, que desarrollamos en La inolvidable jornada de 1996 **"La clínica Psiquiátrica a fines del siglo XX"** con el trabajo **"Donde está el niño"**. Nuestra preocupación para profundizar en los aspectos pertinentes a la formación, se centraron en la identidad de los psiquiatras de niños y adolescentes, en la determinación de su rol y áreas de desempeño, así como sus responsabilidades legales y éticas, en el análisis de las dificultades en la clínica teniendo en cuenta los distintos marcos conceptuales, institucionales y múltiples abordajes psicoterapéuticos. Nos preguntábamos dónde estábamos, quiénes éramos, qué promovía el abandono de la especialidad, desde donde se constituye el objeto o sujeto de trabajo, si se acepta al niño como un objeto discriminado. Los psiquiatras infantojuveniles en Córdoba provenimos de diversas formaciones realizadas tanto en el extranjero como en el país. No puedo dejar de referirme a la intensa actividad y formación que existía en los años 70, y el desmantelamiento y destrucción ocurridos durante la dictadura terrible que sufrimos. Etapa que tuvo sus propias características en lo que atañe a la formación. Sin embargo si bien las largas noches de las dictaduras, en especial la de 1976, destruyeron muchos de los logros, instituciones, y lo máspreciado, personas; ni la muerte ni el exilio pueden con la vida, los ideales y la solidaridad humanos. Un día, nos damos cuenta, que pasaron los años, que los maestros quedaron dentro nuestro y en los libros, que aunque el aprendizaje propio nunca termina hay quienes sentimos la imperiosa necesidad y responsabilidad de transmitir, de delegar, la riquísima experiencia, para poder ser mejores. Las deficiencias mentales, el abandono y la delincuencia, las grandes problemáticas ya planteadas en el siglo XIX se visualizan exacerbadas: como pocas veces muchos de nuestros niños y adolescentes se hallan abandonados, desnutridos, adictos a drogas y alcohol, violentados y explotados. Por supuesto que esto resuena en el fracaso escolar sin ser deficiencia, en deficiencias evitables y en las respuestas violentas. La sociedad en su conjunto está atravesada por estímulos y exigencias inadecuadas que disimulan la falta de libertad y de respeto por la dignidad humana. El pediatra accede a través del

niño, al grupo familiar, pero no puede dar respuesta a todo. Es fundamental una formación que permita una aproximación diagnóstica y terapéutica que no es factible desde el entrenamiento del Pediatra, ni desde la formación del Psiquiatra, que no incluyen la etapa evolutiva a la que nos referimos en forma correspondiente. Es fundamental para acceder al conocimiento de la psiquis del adulto, conocer en profundidad las instancias de su desarrollo. Este es un desafío para la formación del médico en primera instancia, y también para los pediatras, psiquiatras de adultos y neurólogos. Los profesionales sin duda podemos reconocer con honestidad que no existe currícula adecuada al respecto. Este es uno de los primeros objetivos en este momento.

Son múltiples las variables intrínsecas y extrínsecas presentes en cada situación particular, a saber: individuales, familiares, escolares, sociales, judiciales. Las posibilidades de intervenciones oportunas en este grupo etéreo son reducidas: en poco tiempo se produce la estructuración del sujeto que tendrá consecuencias trascendentes para el resto de la vida del individuo; dicha intervención requiere formación especial. Señalaré de todas, como fundamental el conocimiento de aspectos evolutivos normales y patológicos, así como de la dinámica e interacción familiar. El juego y el dibujo, esenciales vehículos de los procesos de simbolización en la infancia se transforman en instrumentos valiosísimos, allí donde aún no está la palabra, por edad o por circunstancias que no lo permiten; su manejo específico es imprescindible.

La necesidad y demanda por problemas de salud mental, tanto desde el grupo familiar, como desde la sociedad a través de sus diversas instituciones, especialmente las de educación y justicia, se acentúa en forma incesante. Son cada vez más graves los motivos de dicha demanda. Las severas problemáticas de violencia física y sexual, involucran a niños y adolescentes, no solo como víctimas sino como victimarios, tanto a nivel familiar como social; las adicciones como el alcohol y otras sustancias, se detectan en edades cada vez más tempranas. Por otra parte la explosión del conocimiento biomédicos de los últimos años exige incrementar aprendizajes y destrezas para mejorar el ejercicio de la profesión. El Psiquiatra Infantojuvenil, parte con la herramienta básica del conocimiento médico, y su formación incorpora áreas biológicas específicas, como las correspondientes a la neurología, endocrinología y psicofarmacología desde una óptica pediátrica; áreas de la psicología y psicopedagogía que tienen que ver con el desarrollo evolutivo normal y patológico, como la psicología evolutiva, el psicoanálisis y otros enfoques teóricos; áreas de la antropología, sociología, ética y ciencias jurídicas que involucran el comportamiento familiar y social en las diversas culturas; áreas que son específicas de la Psiquiatría, que tienen que ver con la psicopatología, nosografía, nosología y terapéutica. Así el Psiquiatra infantojuvenil, desde estas herramientas incorporadas a su saber médico básico, constituye su especificidad. El tiempo no me permite el desarrollo completo adecuado y tampoco es el objetivo, pero no dejaré de nombrar aspectos prioritarios y esenciales de la formación:

- El cumplimiento efectivo de la enseñanza de un cuerpo teórico integrado, elaborado y dictado por profesionales expertos.
- La práctica supervisada con continuidad
- El manejo terapéutico individual y familiar
- El manejo de la terapéutica farmacológica en forma responsable
- El cuidado del profesional, quien como herramienta de trabajo utiliza su propia afectividad, constituyendo una actividad de riesgo para sí mismo y para los demás. Tema este, inherente a todos los psiquiatras, que no debemos soslayar